LA

SEMAINE MÉDICALE



VINGT ET UNIÈME ANNÉE

1901

PARIS

BUREAUX : 18, RUE DE L'ABBÉ-DE-L'ÉPÉE

—

1901

0 1 2 3 4 5 (cm)

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

(ANNÉE 1901)

A

E

F

G

H

I

J

K

P

Q

R

S

T



U

V

X

Z

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

(ANNÉE 1901)

LA

SEMAINE MÉDICALE

VINGT ET UNIÈME ANNÉE

1901

ANNEXES

PARIS

BUREAUX : 18, RUE DE L'ABBÉ-DE-L'ÉPÉE

—

1901

LA

SEMAINE MÉDICALE

VINGT ET UNIÈME ANNÉE

ANNEXES

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

(ANNÉE 1901)

Les chiffres arabes ci-dessous correspondent aux chiffres romains des Annexes.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DU BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL (ANNÉE 1904)

Les chiffres arabes ci-dessous correspondent aux chiffres romains des Annexes.

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

T

U

V

W



Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.— J. CHARPENTIER.

VINGT ET UNIÈME ANNÉE (1901)

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Cochin. — M. A. CHAUFFARD.

Du traitement médical préventif des coliques hépatiques à répétition.

Si la cholélithiase est une maladie relativement peu commune à l'hôpital, elle est au contraire singulièrement fréquente chez les personnes appartenant aux classes aisées de la société. La colique hépatique est, en pratique, un accident de tous les jours, et elle donne lieu à des indications et applications thérapeutiques bien connues.

Mais, d'autre part, pour peu que l'on ait eu l'occasion d'observer un nombre un peu élevé de cholélithiasiques, on arrive bien vite à une conclusion assez inattendue, c'est que la plupart de ces sujets *ne sont médicalement que peu ou pas soignés*. Une fois la colique hépatique terminée, quand tout semble rentré dans l'ordre, le médecin paraît trop souvent croire son rôle fini, et se désintéresse de son malade, en ne lui laissant que quelques prescriptions assez banales d'hygiène générale et de régime alimentaire; aux cures thermales de Vichy, de Carlsbad, de Pougues, de Vittel, etc., de faire le reste.

Est-ce donc que nous sommes à ce point désarmés, et ne pouvons-nous vraiment rien tenter d'efficace, pour éviter le retour de ces crises si pénibles et parfois si dangereuses, depuis que notre confiance dans le classique remède de Durande s'est émoussée? On le croirait, à en juger par la pratique générale, et même par les conclusions les plus autorisées récemment formulées sur cette importante question.

Cette année même, en effet, deux rapports étaient présentés au treizième Congrès international de médecine sur le traitement de la lithiase biliaire, et, dans les résumés de ces rapports — seuls textes publiés jusqu'à présent —, voici ce que je trouve. En matière de lithiase biliaire, dit M. Naunyn « seul le chirurgien peut se poser comme but une guérison complète... Quant à la thérapeutique interne, elle ne peut qu'aspirer à combattre l'obstruction des voies biliaires, et chercher à guérir les complications infectieuses; une fois la maladie redevenue latente, son but est atteint ».

De même, d'après MM. A. Gilbert et L. Fournier, « l'étude de l'action des différents cholagogues et des différents lithontriptiques ne permet point d'obtenir, grâce à eux, la guérison de la lithiase biliaire. Il est évident, toutefois, que l'expulsion de nombreux calculs, que des améliorations considérables, sinon de véritables guérisons, sont obtenues par des cures régulières dans certaines stations hydrominérales ».

Voilà des conclusions qui, certes, ne sont guère encourageantes et constituent de véritables aveux d'impuissance. Je voudrais montrer qu'elles ne sont pas irrécusables, et que nous pouvons et devons faire mieux pour le soulagement et la guérison des cholélithiasiques.

Mais, d'abord, que faut-il entendre, en pareille matière, par le mot de *guérison?* Nous nous heurtons ici à une série de difficultés que nos procédés actuels d'investigation clinique ne permettent presque jamais de résoudre. Chez un malade atteint de coliques hépatiques, il est, en effet, bien des questions pour lesquelles la réponse reste, la plupart du temps, indéterminée; nous ne pouvons préciser ni le nombre, ni le volume, ni souvent l'âge des cholélithes, pas plus que les conditions anatomiques ou le degré des lésions de la vésicule. Notre diagnostic clinique se borne à affirmer l'existence des calculs, avec ou sans ictère, avec ou sans fièvre bilioseptique; et, une fois la colique hépatique terminée, et la guérison apparente obtenue, nous ne savons pas davantage si le cholélithe a été expulsé dans la cavité intestinale, car sa recherche est toujours laborieuse, souvent incertaine, et, même quand le calcul est arrivé dans l'intestin, son issue au dehors dans les fèces peut ne pas être immédiate, et ne se produire qu'après un délai très variable.

Il est donc très vrai que seule l'intervention opératoire peut donner *la certitude d'une guérison actuelle complète;* je dis *actuelle* et non pas *définitive*, car plusieurs fois déjà j'ai observé des récidives calculeuses chez des cholélithiasiques opérés. Le chirurgien peut guérir la lithiase effectuée, il est sans action sur la *maladie lithogène*, de même qu'une lithotritie n'est pas préventive de coliques néphrétiques ultérieures.

Je crois, pour toutes ces raisons, que ce mot trop absolu de guérison doit être écarté du débat, et que la question doit plutôt être posée en ces termes : un malade vient nous consulter pour des coliques hépatiques à répétition, survenant à intervalles plus ou moins rapprochés; pouvons-nous, par un traitement médical (et abstraction faite, bien entendu, des cures hydrominérales dont l'efficacité n'est pas contestée), supprimer ces crises de coliques hépatiques, ou tout au moins en diminuer beaucoup le nombre et l'intensité? Voilà le problème thérapeutique qu'il s'agit de résoudre.

Quelles sont, pour cela, les indications thérapeutiques à remplir? Elles doivent viser le *contenant* et le *contenu* de l'appareil biliaire, c'est-à-dire : diminuer l'excitabilité réflexe de la vésicule, modifier l'état anatomique de celle-ci, arrêter ou empêcher l'évolution de la cholécystite calculeuse; et, d'autre part, augmenter l'activité de la chasse biliaire, en rendant la bile plus abondante et plus fluide, maintenir ou restituer l'état aseptique (cliniquement) de la bile, enfin, et ce serait là le résultat idéal, agir sur les calculs déjà formés pour en enrayer l'accroissement, ou même en diminuer le volume.

La lithiase biliaire étant une maladie essentiellement chronique, on comprend que son traitement devra être *prolongé*, ce qui ne veut pas dire *continu*, car nous savons que tout traitement de longue durée doit être coupé par des interruptions, procéder par alternances d'action et de repos.

Voilà, pour ainsi dire, le plan physiologique et thérapeutique de notre intervention; il faut maintenant en choisir les agents, en déterminer la technique.

Après bien des essais, il m'a paru que les médicaments les plus aptes à remplir les indications que nous venons de préciser étaient le salicylate et le benzoate de soude et l'huile de Harlem.

Au premier rang, je place le salicylate de soude, dont j'ai déjà, en 1891, préconisé l'emploi dans le traitement de la cholélithiase. De nombreuses recherches expérimentales ont montré que ce médicament était un cholagogue sécrétoire très actif, qu'il rendait la bile plus abondante et plus fluide, soit en augmentant seulement sa partie aqueuse (Stadelmann, Doyon et Dufour), soit en élevant aussi le taux des matériaux solides éliminés (1). A cette augmentation de la sécrétion biliaire, reconnue par tous les physiologistes, s'ajoute le bénéfice d'une action antiseptique réelle et d'un pouvoir analgésiant dont d'autres applications thérapeutiques nous donnent la preuve. Tout cet ensemble de propriétés rend bien compte de l'adaptation curative toute spéciale du salicylate de soude à la cholélithiase.

Mais les doses à employer doivent rester très modérées, de 1 à 2 grammes par jour, et encore après constatation de l'intégrité du filtre rénal. On évite ainsi, même avec un usage prolongé du médicament, non seulement toute action toxique, mais aussi tout trouble digestif, auditif, etc.

Le benzoate de soude a été préconisé par M. Lépine et par M. Dufour, comme un cholagogue moins congestionnant pour le foie que le salicylate. Il me paraît cliniquement un peu moins actif, mais je l'associe au salicylate à la fois pour rendre nécessaire une moins forte dose de ce dernier et pour cumuler l'action homologue des deux médicaments. Suivant la gravité des cas et la tolérance des sujets, on pourra donc donner de 1 à 2 grammes par jour de salicylate et autant de benzoate de soude, pris en 2 à 4 cachets, au moment des repas. Souvent aussi, il m'a paru utile d'y adjoindre 1 à 2 grammes de sel de Carlsbad.

Ce traitement sera continué dix à vingt jours par mois, suivant la gravité et le nombre des crises et la durée plus ou moins longue des rémissions obtenues; et cela durant des mois, parfois même pendant plus d'un an. C'est au prix de cette persévérance que la cessation des crises sera obtenue et confirmée.

Un autre médicament, emprunté à la vieille pharmacopée, rend également les plus grands services; c'est l'huile de Harlem, drogue balsamique et résineuse complexe, dont l'huile de genévrier paraît une des parties constituantes les plus actives. Tous les huit à dix jours, j'en fais prendre une à deux perles dans la soirée.

Ce traitement repose donc sur une association de médicaments synergiques, et ce n'est que par expérience que j'ai cru devoir l'adopter. La tendance moderne, que je crois très juste, n'est pas aux thérapeutiques complexes; nous cher-

(1) H. MOREIGNE. Action du salicylate de soude sur la nutrition, et en particulier sur la sécrétion biliaire. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.* mai 1900, p. 303.)

chons à recourir aux méthodes les plus simples, à substituer à la polypharmacie d'autrefois l'administration d'agents bien définis dans leurs effets physiologiques. Mais cela ne nous interdit pas de chercher à combiner plusieurs médicaments de même ordre, si l'observation clinique en montre l'utilité, et je crois que c'est le cas ici. L'administration du benzoate de soude permet de diminuer les doses quotidiennes de salicylate, ce qui a son importance pour un traitement de longue durée; et l'huile de Harlem, si efficace également dans la gravelle rénale, joue un rôle adjuvant des plus utiles dans la cure de la cholélithiase. Il faut naturellement compléter celle-ci par l'hygiène alimentaire, les frictions et stimulations de la peau, les bains alcalins, l'exercice physique, et, si possible, les cures hydro minérales.

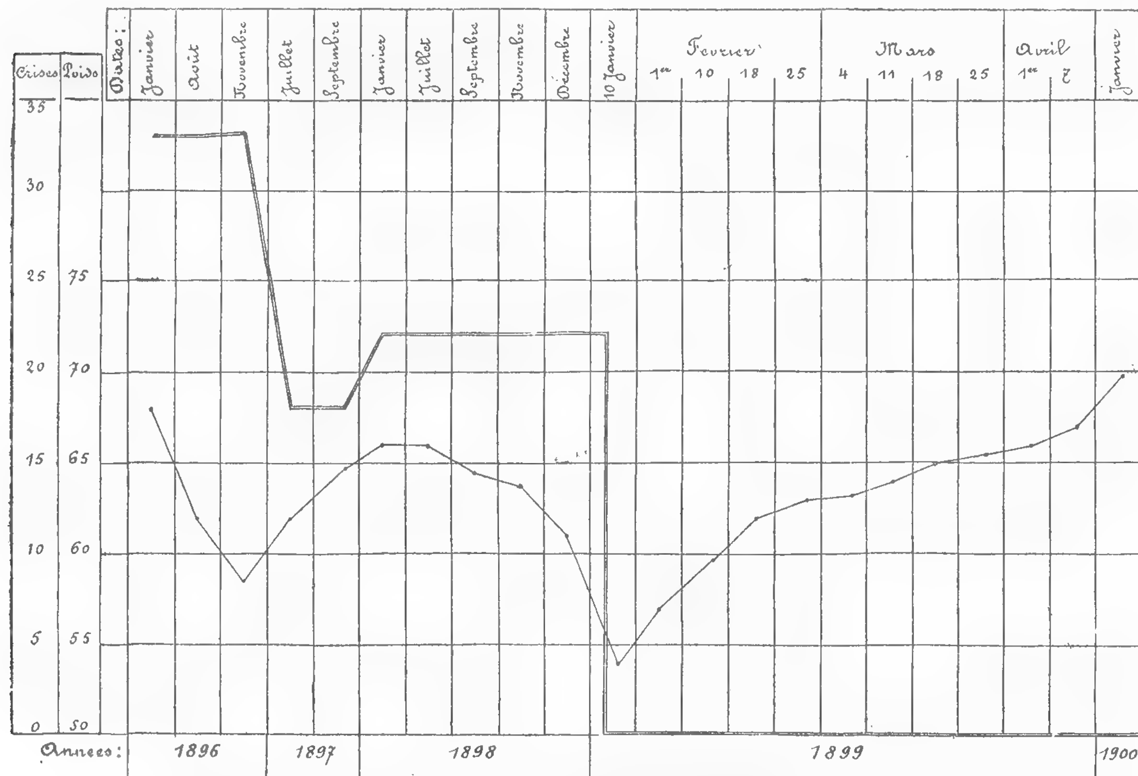
Voyons maintenant si l'efficacité de cette cure *méthodique*, *réglée* et *suffisamment prolongée*, est démontrée par l'expérience clinique (1).

A cet égard, les faits que j'ai observés sont si nombreux et m'ont paru si concluants, que ma conviction est faite. Je n'en veux ici rappeler que deux, dont l'un présente toute la netteté d'une expérience.

Le 10 janvier 1899, un malade âgé de quarante-cinq ans environ était adressé par un de nos confrères de l'Ouest à mon collègue M. Quénu et à moi; il nous était envoyé *pour être opéré*, et lui-même, épuisé par une longue série de coliques hépatiques, était tellement à bout de forces et de courage qu'il était le premier à réclamer l'intervention chirurgicale.

La situation de ce sujet était, en effet, des plus tristes, puisque, *en trois ans*, il avait subi *74* crises de coliques hépatiques, et cela malgré deux cures à Vichy. Dans son auto-observation, recueillie avec le plus grand soin, on relevait 33 crises en 1896, 18 en 1897, 22 en 1898, une enfin le 5 janvier 1899. Les crises étaient typiques comme localisations douloureuses, duraient de six à sept heures quand elles étaient courtes et sans ictère, beaucoup plus longtemps — jusqu'à sept jours une fois — quand elles s'accompagnaient de jaunisse. En 1899, plusieurs de ces coliques hépatiques avaient été compliquées de frissons et de fièvre (39°8 le 20 novembre). Depuis cette dernière date, le malade n'avait pour ainsi dire pas cessé de souffrir, était en état de crises subintrantes. Aussi était-il profondément affaibli et avait-il maigri de 40 livres, de 74 kilos qu'il pesait en 1895 à 54 kilogrammes. Le graphique ci-dessous montre très bien le parallélisme très instructif du nombre des crises et de la courbe des poids.

Telle était la lamentable situation de cet homme quand il fut examiné par M. Quénu et par moi. A part la sensibilité assez vive de la région de la vésicule, nous ne constations, du reste, ni gros foie, ni grosse vésicule, ni empâtement sous-hépatique, ni fièvre, ni ictère. Il nous paraissait possible, probable même, que cette lithiase biliaire de la vésicule fût compliquée d'un certain degré de cholécystite et de péricholécystite, sans que la preuve clinique directe pût en être donnée.



Restait à conclure, et à nous demander si l'acte opératoire était la seule et dernière ressource à laquelle on pût recourir. Mais, avant d'en venir là, était-il certain qu'on avait, médicalement, fait tout le possible? Assurément non, et l'interrogatoire de notre lithiasique montrait bien qu'il rentrait dans la règle commune, et qu'à part deux cures à Vichy, quelques bouteilles d'eau de Vichy de temps en temps, du boldo, et un peu de régime alimentaire, il n'avait été que bien peu traité, sans conviction et sans méthode. Je demandai donc et obtins sans peine de M. Quénu, un peu plus difficilement du malade qui « était venu pour se faire opérer », que l'on fît crédit d'un mois au traitement médical, sauf incidents imprévus. Voilà donc le traitement qui fut institué : régime lacté, commencé à très petites doses (le malade craignant toujours de réveiller, par l'alimentation, des crises douloureuses) et aidé de lavements alimentaires; puis régime lacté plus abondant, bouillies féculentes légères; au bout de quinze jours, retour progressif au régime mixte, lacto-végétarien et faiblement carné. Chaque jour, 1 gr. 50 centigr. de salicylate de soude et autant de benzoate, en 3 prises; deux perles d'huile de Harlem par semaine, des bains alcalins, des frictions sèches.

Pendant toute l'année 1899, ce traitement fut suivi, vingt jours par mois d'abord, puis dix jours seulement.

Le résultat a été immédiat et complet; du jour où ce sujet a été mis en traitement, *il n'a plus eu une seule crise de colique hépatique* et cela depuis près de deux ans; à peine a-t-il à deux ou trois reprises « senti son foie », mais sans être arrêté ni malade un seul instant. Son poids est remonté peu à peu de 54 à 70 kilogrammes, et toutes les occupations d'une vie très active ont pu être reprises.

L'amélioration a été si rapide que, dès le 1er février 1899, vingt jours après le début de son traitement, cet homme, non opéré et fort content, quittait Paris et subissait sans dommage la fatigue d'un trajet de dix heures en chemin de fer.

Il me paraît qu'un fait de ce genre a toute la valeur d'une démonstration. C'est le plus complet et le plus saisissant que j'aie observé, entre beaucoup d'autres du même genre. Tous les cas se ressemblent par la netteté du résultat, les crises étant souvent supprimées, et toujours, au moins, très diminuées dans leur nombre et leur intensité.

Un mot seulement sur un autre fait clinique que l'âge du malade rendait particulièrement intéressant.

Le 18 novembre 1898, M. le docteur Duplaix me faisait voir un vieillard de quatre-vingts ans qui, depuis le mois d'avril 1897, ne cessait d'avoir des crises typiques de colique hépatique, revenant environ tous les dix à quinze jours, et accompagnées de vomissements, parfois de subictère, toujours d'urines bilieuses. C'était, du reste, un lithiasique de vieille date, qui avait subi une série de crises de 1853 à 1855, avec une guérison apparente, ensuite, de plus de vingt ans.

Ce malade était, quand je le vis, profondément affaibli, et son poids était tombé de 98 à 71 kilogrammes. Malgré le grand âge, le rein paraissait sain, et, aucun symptôme d'infection biliaire n'existant, je conseillai de recourir à l'administration combinée du salicylate et du benzoate de soude, de l'huile de Harlem, et cela vingt jours d'abord, puis, ultérieurement, quinze, enfin dix jours par mois.

Ici encore, disparition immédiate des accidents; plus une seule colique hépatique depuis deux ans, deux crises ébauchées et insignifiantes seulement. J'ai récemment revu ce malade avec M. Duplaix; il a repris toutes ses forces, et son poids est remonté de 71 à 78 kilogrammes.

Voilà donc des preuves cliniques évidentes que nous pouvons opposer à la cholélithiase, ou tout au moins à la plus cruelle de ses manifestations, un traitement des plus efficaces. Mais le succès ne peut être obtenu, je le répète, que par une cure réglée, méthodique, proportionnée à la gravité des accidents et à la tolérance du sujet, et prolongée, par alternances, pendant des mois et parfois même des années. On pourrait comparer ce traitement de la lithiase biliaire à la cure iodurée méthodique de l'angor coronarien, telle que l'a formulée M. Huchard; mêmes épisodes aigus, et même traitement intercalaire par périodes alternées de médicamentation et de repos.

Est-ce à dire que ces lithiasiques soient guéris, au sens anatomique du mot, c'est-à-dire débarrassés de leurs calculs, et avec des voies biliaires revenues à leur intégrité première? Je n'en sais rien, et je dirai même que j'en doute fort. Mais il ne faut pas être trop exigeant, et, par recherche de l'absolu, mépriser ces guérisons relatives. Pouvoir transformer un lithiasique douloureux en lithiasique latent, et peut-être en lithiasique guéri, voilà qui est déjà bien loin des conclusions à peu près négatives que je citais en commençant.

Je suis, pour ma part, si convaincu, par expérience, de l'efficacité du traitement médical, que j'en crois pouvoir tirer quelques conclusions pratiques applicables aux indications opératoires chez les cholélithiasiques. Abstraction faite, bien entendu, des formes infectées et bilioseptiques, des ictères calculeux chroniques, on ne devrait pas opérer un lithiasique sans avoir cherché pour lui le bénéfice éventuel d'une cure médicale sérieuse; et si celle-ci reste infructueuse, son échec est une preuve indirecte que, de par des conditions anato-

(1) Voir à ce sujet : A. CHAUFFARD. Traitement de la lithiase biliaire, *in* Traité de thérapeutique de Robin. Fasc. 13, p. 683. Paris, 1898.

miques que la plupart du temps la laparotomie permettra seule de préciser, l'intervention opératoire reste la ressource suprême et dernière.

Mais celle-ci ne doit être que l'exception, et, si j'allais jusqu'au bout de ma pensée, je dirais *qu'il ne devrait pas y avoir de traitement chirurgical de la cholélithiase.* Les lithiasiques ne deviennent trop souvent justiciables du chirurgien que parce que nous, médecins, nous les soignons trop tard, ou d'une façon insuffisante ou écourtée. Si nous étions persuadés de l'efficacité et de la nécessité du traitement médical, si nous faisions comprendre au malade qui vient d'avoir sa première colique hépatique l'intérêt que présente pour lui ce traitement, je suis convaincu que nous modifierions singulièrement l'évolution et le pronostic de cette affection si commune, si douloureuse, et souvent si pleine de complications et de dangers.

A coup sûr, nous ne réussirons pas toujours, et les formes longuement latentes de la cholélithiase sont trop fréquentes pour que notre intervention thérapeutique soit toujours possible en temps opportun. Mais il faut au moins essayer, et si on le fait avec méthode et persévérance, ce sera, j'en ai eu très souvent la preuve, pour le plus grand bien des malades.

L'ÉVOLUTION DES DOCTRINES MÉDICALES

AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE

La spécialisation à outrance, qui tend de plus en plus à envahir la médecine, s'accommode mal des idées générales. A force de se cantonner dans un petit coin du domaine médical, on finit par ne demander à la science que ce qui est d'une utilité immédiate, à savoir des faits et des documents. Certains esprits se déclarent même fort satisfaits de cet état de choses dans lequel ils sont portés à voir une éclatante manifestation des tendances positivistes. A notre avis, c'est du positivisme mal compris, si l'on veut bien se rappeler que, suivant l'expression d'un savant qui a cependant enrichi la science de toute une série de faits nouveaux et de découvertes remarquables, « un fait n'est rien par lui-même; il ne vaut que par l'idée qui s'y rattache ou par la preuve qu'il fournit... C'est l'idée qui constitue le point de départ ou le *primum movens* de tout raisonnement scientifique, et c'est elle qui en est également le but dans l'aspiration de l'esprit *vers l'inconnu* » (1). Ainsi donc — n'en déplaise aux ultra-positivistes à courte vue, qui ne sont pas loin de confondre le but avec le moyen, la science avec les procédés techniques dont elle se sert —, l'idée reste l'alpha et l'oméga du savoir humain. Sans doute, il ne faut pas non plus, à l'exemple des *naturphilosophes* allemands, vouloir « faire sa spécialité des généralités », mais une fois n'est pas coutume, et lorsqu'on a la bonne fortune — devenue fort rare depuis que les Mathusalem ne sont plus de ce monde — d'assister à la naissance d'un siècle, il est permis de jeter un regard en arrière et de se demander quelle a été l'évolution de la pensée médicale dans l'espace des cent ans qui viennent de s'écouler, quel est l'héritage que le dix-neuvième siècle médical transmet aux générations d'aujourd'hui et de demain.

Quelque erronées que puissent paraître à l'heure actuelle les doctrines du passé, l'étude de leur évolution est loin d'être dépourvue d'intérêt : les enseignements que nous donne l'histoire ne sont jamais à dédaigner, et il est bon de se souvenir que la science moderne n'est pas venue au monde tout armée, comme Minerve sortant du cerveau de Jupiter.

Passer en revue les grandes doctrines qui ont tour à tour régné en médecine pendant le siècle dernier, présenter dans un tableau d'ensemble les oscillations successives des idées médicales, dégager les éléments de parenté qui relient les diverses phases de cette histoire et qui marquent les étapes les plus importantes de la marche progressive de notre science, tel est le but que nous nous sommes proposé dans ce travail.

(1) Claude Bernard. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, p. 93 et 47. Paris, 1865.

I

Lasse de se débattre sous le joug des systèmes *a priori* et dégagée de l'esprit de routine, la pensée médicale de la fin du dix-huitième siècle avait légué à la nouvelle génération la tâche, difficile entre toutes, d'appliquer à l'étude de l'homme malade la méthode d'observation et d'expérience en renonçant à « l'obscure notion de cause ». Barthez (1) avait nettement précisé les limites de la « philosophie naturelle », réduisant celle-ci à l'étude de cet *ordre de succession* des phénomènes qui, sous le nom de *déterminisme*, devait plus tard absorber toute l'attention de l'école physiologique. « Dans toute science naturelle », déclarait l'illustre chancelier de l'Université de Montpellier, « les hypothèses qui ne sont point déduites des faits propres à cette science, et qui ne sont que des conjectures sur des affections possibles d'une cause occulte, doivent être regardées comme contraires à la bonne méthode de philosopher » (2).

Mais, par une singulière ironie du sort, c'est au nom de l'observation et de la physiologie que, dès le début du dix-neuvième siècle, Broussais bouleverse toutes les notions positives acquises péniblement au cours des âges pour leur substituer un système dans lequel l'observateur profond qui, quelques années auparavant, avait écrit le *Traité des phlegmasies chroniques* disparaît, laissant le plus libre cours à l'imagination et s'obstinant à torturer les faits afin de les adapter à l'idée préconçue.

Impuissants à démêler tous les éléments de cet ensemble complexe qu'est la maladie, les anciens médecins avaient conçu celle-ci comme un processus général auquel participaient toutes les forces vives de l'organisme. Très sceptique à l'égard de la médecine traditionnelle, Broussais réagit contre cette conception, essentiellement synthétique, de la maladie. Il s'applique à rattacher les phénomènes morbides à un substratum matériel et croit trouver cette base inébranlable de la pathologie dans l'*irritation* du tube digestif.

D'après le célèbre professeur du Val-de-Grâce, il existe, d'une part, des incitants physiologiques ou normaux, chargés d'assurer la nutrition régulière des tissus, et, d'autre part, des incitants pathologiques qui constituent la source des lésions des organes. Ces incitants pathologiques, qui aboutissent à l'irritation, se retrouvent à l'origine de toutes les maladies. Cela étant, les deux phénomènes qui, pour les anciens aussi bien que pour nous, représentaient l'essence même de la maladie aiguë, générale ou locale — la *fièvre* et l'*inflammation* — devaient bientôt acquérir une valeur très inégale. Et, en effet, Broussais subordonne complètement la fièvre à l'inflammation en déclarant que « toute irritation assez intense pour produire la fièvre est *une des nuances de l'inflammation* » et que les fièvres essentielles « se rapportent à la gastro-entérite simple ou compliquée » (1). D'autres fois il se contente d'affirmer que la fièvre, considérée en soi, n'est « qu'un enfant miraculeux de l'imagination des médecins ». Par contre, l'inflammation résume, pour ainsi dire, toute la pathologie. Non seulement les altérations consécutives à l'inflammation aiguë appartiennent aux phlegmasies chroniques, mais encore les tumeurs elles-mêmes doivent être rayées du cadre nosologique comme n'étant qu'une des formes de l'inflammation.

(1) Tout en reconnaissant avec M. le professeur Grasset (Discours prononcé au cinquième Congrès français de médecine, 1899) que les noms de Barthez et de Bichat « doivent être inscrits en lettres d'or sur le solennel Portique qui donne accès au dix-neuvième siècle », nous estimons qu'il est juste de ne pas déposséder le siècle précédent de ses gloires médicales. La *Nova doctrina de functionibus naturæ humanæ* fut publiée en 1774 et la première édition des *Nouveaux élémens de la science de l'homme* date de 1778; dans la seconde édition du même livre, parue en 1806, l'auteur fait déjà remarquer que ses « idées sur la nature et les facultés du principe vital sont devenues celles de plusieurs savants distingués, et qu'on les retrouve dans leurs ouvrages, sous des expressions plus ou moins différentes » (t. Ier, notes, p. 6). L'œuvre de Barthez appartient donc, tout entier, au dix-huitième siècle.

(2) Barthez. Nouveaux élémens de la science de l'homme. T. Ier, p. 6. 2e éd., Paris, 1806.

Jamais esprit de système n'avait été poussé aussi loin, jamais assertions paradoxales n'avaient été proclamées avec un exclusivisme aussi autoritaire. Mais le talent et la verve entraînante du polémiste fougueux, à la raillerie acerbe et au style impétueux, que fut Broussais, avaient suppléé à la valeur intrinsèque de la doctrine, et le professeur du Val-de-Grâce fit école. Toutefois, le règne du broussaisisme fut de courte durée. Le maître lui-même persistait, il est vrai, dans sa doctrine, à tel point qu'au cours d'une leçon faite le 9 janvier 1832 il disait encore : « L'inflammation peut exister et même produire de grands désordres sans qu'il y ait de fièvre, tandis que la fièvre ne peut exister sans qu'il y ait une nuance d'inflammation. Celle-ci est le fait fondamental, et celle-là une circonstance, un accident, un simple effet » (2). Mais à cette époque les affirmations de Broussais n'étaient plus paroles d'Evangile, le nombre des fidèles avait singulièrement diminué : une religion nouvelle venait de se faire jour.

II

Sur les ruines du broussaisisme s'est élevée l'*école organicienne*. A vrai dire, le point de départ des deux doctrines était à peu près le même, car Broussais, lui aussi, avait déclaré qu'« il n'y a ni exaltation, ni diminution générales et uniformes de la vitalité des organes... L'exaltation commence toujours par *un système organique*, et se communique à d'autres, soit dans le même appareil, soit ailleurs » (3). Mais ce qui distingue surtout l'organicisme, c'est le peu de cas qu'il fait de toutes les spéculations philosophiques sur la nature de la maladie. Les organicistes étaient trop absorbés par l'exploitation de ce que l'un d'entre eux a appelé la « riche et féconde mine du domaine de l'anatomie pathologique » pour s'élever au-dessus du terre à terre des constatations faites à l'aide du scalpel. Et comme cette observation macroscopique ne pouvait s'étendre qu'à des affections qui se manifestent par une localisation prédominante et produisent dans les organes des désordres très apparents, on en arriva bientôt à proclamer que la *lésion* est toute la maladie.

Fière, à juste titre d'ailleurs, de ses découvertes, l'école organicienne faisait table rase de toutes les anciennes doctrines synthétiques et se glorifiait d'être avant tout « localisatrice ». « L'incarnation, l'incorporation des maladies, la *localisation*, soit dans tels et tels organes, soit dans l'organisme tout entier », tel était, suivant Bouillaud, « un des premiers articles de foi de cette glorieuse école française ». Malgré ce dogmatisme étroit, l'école organicienne restera, en effet, glorieuse, car c'est elle qui a créé l'anatomie pathologique.

Corvisart, Portal, Bayle, Laënnec, Cruveilhier, et plus tard Andral et Lobstein apportent une longue série de faits positifs qui servent à caractériser un grand nombre de maladies.

(1) Broussais. Examen des doctrines médicales. T. Ier, p. XXVIII et XXXIV. Paris, 1821.

(2) Broussais. Cours de pathologie et de thérapeutique générales. T. Ier, p. 561. Paris, 1834.

(3) Broussais. Examen des doctrines médicales. T. Ier, p. XIX-XX. Paris, 1821.

D'autre part, en Allemagne, Johann Friedrich Meckel le jeune (1) jette les bases de l'étude des monstruosités et, à peu près vers la même époque, Ad. Otto (2) fait paraître le premier traité d'anatomie pathologique comparée.

L'activité médicale ne se borne pas exclusivement, d'ailleurs, aux recherches anatomo-pathologiques. Comme la notion de la maladie se confond, pour les médecins de cette période, avec la lésion de l'organe, tout l'effort des cliniciens tend précisément à déceler pendant la vie les signes matériels de cette lésion. De là l'essor remarquable que prennent la séméiologie et l'art du diagnostic, enrichis de la pratique de la percussion et de l'auscultation.

Mais, au point de vue doctrinal, la médecine se ressent longtemps de cet anatomisme outré qui tenait ses origines de la théorie de Broussais. Si l'on n'essayait plus de réduire toute la pathologie à l'irritation du tube digestif, on n'était pas loin, cependant, de considérer encore la maladie générale comme « un enfant miraculeux de l'imagination des médecins ». C'est ainsi que, sur la question de la fièvre — question qui, avec celle de l'inflammation, constitue en quelque sorte la pierre de touche des doctrines médicales —, Bouillaud, tout en déclarant « qu'il est évident et clair comme le jour que la gastro-entérite n'est pas la cause essentielle des fièvres dites essentielles », arrivait pourtant à conclure que « la fièvre est elle-même une véritable phlogose du système sanguin, une *angiocardite*..... presque constamment consécutive à une phlegmasie locale » (3).

Et voici qu'on commence à s'apercevoir que les faits s'adaptent mal à la théorie; dès lors, un désarroi de plus en plus grand se manifeste dans les opinions flottantes et indécises. Andral, dont on a pu dire avec juste raison qu'on le retrouve « partout et toujours à la tête du vrai progrès de son temps » (Wunderlich), se montre néanmoins très hésitant en fait de doctrines, et sa manière d'envisager la signification des troubles généraux dans la maladie passe par une série de fluctuations réellement caractéristiques de cette époque, féconde en découvertes mais pauvre en matière de synthèse. Dans la première édition de sa « Clinique médicale » (1823), il consacre un livre spécial à l'étude des fièvres et proclame que celles-ci « paraissent devoir être considérées *comme des affections générales*, ayant également leur siège dans les solides et dans les liquides ». Dans la seconde édition du même ouvrage (1829-1833), il supprime la classe des fièvres et fait la déclaration que voici : « Les progrès de la science m'ont engagé à ne pas consacrer, comme dans l'édition précédente, un volume spécial aux *fièvres;* j'ai cependant conservé avec soin les observations que renfermait ce volume; mais je leur ai donné une autre place. J'ai rangé les unes parmi les observations relatives aux maladies des centres nerveux, et les autres parmi celles relatives aux maladies de l'abdomen. » *Quantum mutatus ab illo!* Et, cependant, cette fois encore l'opinion d'Andral n'est pas définitive, car dans son « Essai d'hématologie pathologique » (1843), il rétablit la distinction entre les pyrexies et les phlegmasies et les sépare les unes des autres par une ligne de démarcation des plus nettes : « les premières », dit-il, « forment une grande classe de maladies aiguës qu'on a vainement cherché à faire disparaître des cadres nosologiques, pour les rejeter toutes dans l'ordre des simples inflammations. Une pareille prétention ne saurait être soutenue : les pyrexies existent comme des maladies à part... »

Quoi de plus suggestif que cette instabilité de la doctrine à une époque où l'on a accumulé tant de faits nouveaux! Et qu'on ne vienne pas nous dire que les théories importent peu : la thérapeutique, qui est l'unique raison d'être de la médecine, s'inspire toujours des vues doctrinales, et la preuve en est que le même Andral, malgré son grand sens clinique, retombait parfois dans les abus de la thérapeutique broussaisienne, prescrivant *larga manu* des émissions sanguines « souvent sans nécessité, parfois contre toute indication » (1).

III

L'anatomie pathologique, d'ailleurs, était loin d'avoir dit son dernier mot. Elle avait fait connaître, avec une précision remarquable, les lésions qu'on pouvait étudier à l'œil nu, mais il restait encore à pénétrer plus profondément dans l'intime structure des organes lésés, à faire pour l'état morbide ce que Bichat avait fait, au début du dix-neuvième siècle, pour l'état normal. C'est ici que l'école française, avec Lebert et Charles Robin, fit fausse route. A l'exemple de Laënnec, qui avait divisé les tissus pathologiques en tissus analogues à ceux du corps et tissus n'ayant pas d'analogues dans l'organisme normal, Lebert, continuant en cela la tradition organicienne, établit deux grandes catégories de produits morbides : des néoformations homéomorphes et des productions hétéromorphes. Les premières étaient bénignes, parce qu'elles reproduisaient des éléments normaux; les secondes, constituées par des éléments spécifiques (cellules cancéreuses) et étrangers à l'organisme, étaient, au contraire, de mauvaise nature, végétaient en parasites et leur luxuriante prolifération finissait par étouffer les tissus normaux. Comment naissent ces éléments anatomiques nouveaux? Ils se développent par génération spontanée au sein d'un *blastème*, sorte d'exsudat liquide ou demi-liquide, dont « les principes sont fournis d'une manière immédiate par la substance même des éléments anatomiques, entre lesquels ou à la surface desquels ils apparaissent » (2).

Pendant qu'en France les premiers histologistes s'attardaient ainsi à disserter sur les blastèmes et, en s'attachant à trouver des éléments spéciaux, caractéristiques de chaque espèce morbide, cherchaient péniblement la route des Indes, en Allemagne un explorateur plus hardi découvrait le nouveau monde qui devait s'appeler la *pathologie cellulaire*.

Dès 1838, Johannes Müller (3) avait posé en principe que le tissu qui constitue un produit morbide, une tumeur notamment, a son type dans un tissu de l'organisme normal envisagé à l'état embryonnaire ou à l'état de développement complet. Mais ce principe n'avait pas été présenté, à beaucoup près, avec la richesse d'argumentation et l'envergure philosophique qui caractérisent le livre de Virchow, paru vingt ans plus tard. L'idée neuve de cet ouvrage était que la maladie est impuissante à produire de toutes pièces un élément étranger à l'organisme : « toute production pathologique a son analogue dans les formations physiologiques » et, en fait d'*hétérologie* des produits morbides, le savant allemand déclare ne connaître que « le mode inaccoutumé de leur naissance. Un tissu est reproduit en un point où il ne doit pas être normalement, ou à une époque où on ne le rencontre pas habituellement dans l'organisme; ou bien enfin son développement atteint un degré tel qu'il s'éloigne de la formation typique normale » (4). Toute l'hétérologie des produits pathologiques, qui a joué un rôle dominant dans la doctrine des histologistes français, se trouve ainsi réduite aux trois modalités que nous venons de rappeler, à savoir l'*hétérotopie*, l'*hétérochronie* et, enfin, l'*hétérométrie*. Mais les éléments des productions pathologiques dérivent des cellules existant normalement dans les tissus et n'ont absolument rien de spécifique quant à leur forme : on en retrouve toujours d'analogues dans l'organisme à l'état physiologique. Et comment pourrait-il en être autrement, puisque, en vertu de la loi du développement continu, tous les éléments cellulaires qui composent le corps proviennent de la segmentation des cellules blastodermiques, lesquelles dérivent elles-mêmes de la division d'une cellule primordiale, de l'ovule?

Mais — et ici nous touchons au côté faible de la doctrine — la loi de la filiation continue ne s'étend pas au *type* cellulaire. En d'autres termes, une cellule ne donne pas toujours naissance à des éléments du même type : il existe des substitutions et des équivalents histologiques. Le tissu conjonctif, notamment, est doué d'un pouvoir histogénétique illimité : la cellule conjonctive est une cellule « à tout faire » et c'est, du reste, à elle seule qu'appartient le monopole de la régénération des tissus, car, qu'il s'agisse de l'inflammation ou bien des néoplasmes, la théorie cellulaire n'a en vue que l'irritation formatrice des cellules du tissu conjonctif et fait bon marché de tous les autres éléments auxquels elle refuse le pouvoir de proliférer. Plus tard, Cohnheim attribue aux leucocytes sortis des vaisseaux le même privilège que Virchow avait accordé au tissu conjonctif.

Formulée de cette façon, la doctrine en question ne tarda pas à soulever des objections. Les recherches de Thiersch et de Waldeyer sur les tumeurs épithéliomateuses firent voir que les cellules épithéliales sont susceptibles de se reproduire par prolifération au même titre que les cellules du tissu conjonctif. Tout en se ralliant à cette manière de voir, Virchow n'en continua pas moins à soutenir la variabilité d'évolution des cellules issues d'une même souche, les types cellulaires étant aptes à se transformer l'un dans l'autre.

Ces erreurs — dont le point de départ s'explique par ce fait que le tissu conjonctif avait été longtemps l'objet favori des études de l'illustre fondateur de la pathologie cellulaire — n'enlèvent rien à la valeur de la doctrine. Celle-ci restera grande dans l'histoire, non seulement en raison de l'impulsion considérable qu'elle a donné au développement des études pathologiques, mais encore parce qu'elle est un chef-d'œuvre à la fois d'analyse et de synthèse.

Elle est analytique en ce sens que, transportant dans le domaine de la pathologie la théorie cellulaire formulée par Schleiden pour les végétaux et étendue par Schwann aux tissus animaux, elle apparaît comme la continuation directe et le couronnement de l'œuvre de Bichat : la notion de tissu, introduite dans la science par le grand anatomiste français, se trouve ainsi complétée par la connaissance des éléments constitutifs des tissus, les cellules.

Elle est également synthétique, car, tout en rappelant par le rôle qu'elle attribue à l'irritation inflammatoire la théorie de Broussais, elle s'éloigne complètement aussi bien du broussaisisme que de la tradition organicienne en ce qui concerne la conception de la maladie. S'il est vrai que les éléments constitutifs des produits morbides ne sont autre chose que des cellules normales, mais plus ou moins modifiées dans leur nutrition ou qui, tout au moins, proviennent d'une « prolifération tumultueuse » de ces cellules, la maladie n'est plus *le cri de l'organe souffrant*, comme le voulait Broussais; elle n'est plus l'entité spéciale, à existence autonome, greffée sur l'organisme à l'instar d'un parasite et se développant au mépris des

(1) J. F. Meckel. Handbuch der pathologischen Anatomie. Leipzig, 1812-1818.

(2) A. W. Otto. Handbuch der pathologischen Anatomie des Menschen und der Thiere. Breslau, 1814.

(3) Bouillaud. Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles, p. 551-552. Paris, 1826.

(1) Em. Chauffard. Andral; la médecine française de 1820 à 1830; p. 39. Paris, 1877.

(2) Ch. Robin. Article « Blastème » *in* Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. T. IX, p. 573. Paris, 1868.

(3) J. Müller. Ueber den feinern Bau und die Formen der krankhaften Geschwülste. Berlin, 1838.

(4) Virchow. La pathologie cellulaire. 4e éd. française, p. 89. Paris, 1874.

lois qui régissent l'économie à l'état normal, comme tendait à l'admettre la première école histologique. Les lois générales de la vie deviennent obligatoires pour l'état morbide, comme elles le sont à l'égard de l'organisme bien portant, et la physiologie pathologique n'est plus qu'un cas particulier de la physiologie normale.

IV

Cette œuvre de synthèse, inaugurée par la pathologie cellulaire, se trouve bientôt encore élargie par les travaux remarquables de Claude Bernard qui crée la physiologie générale et cherche à saisir l'essence même de la vie en scrutant les phénomènes qui se passent dans les éléments anatomiques des tissus.

Des découvertes aussi importantes que celles des nerfs vasomoteurs, de la fonction glycogénique du foie, etc., étaient de nature non seulement à éveiller le plus grand intérêt, mais encore à imprimer à la médecine une direction nouvelle. Le fait que, en produisant certaines lésions du système nerveux, on pouvait déterminer à volonté de l'albuminurie ou de la glycosurie devait séduire les esprits les plus sceptiques en matière d'expérimentation. Il semblait qu'en troublant le jeu physiologique des fonctions on dût surprendre le secret de la nature intime des processus morbides, et c'est avec enthousiasme qu'on s'engagea dans cette voie qui paraissait devoir aboutir à une conception nette et précise de la maladie.

Ces espérances, l'école physiologique ne les a pas réalisées. Non pas qu'elle n'ait enrichi la science d'un nombre considérable de faits positifs, mais au point de vue clinique elle ne pouvait guère s'élever au-dessus de l'observation des phénomènes isolés et, se bornant à interpréter le mécanisme de ces phénomènes détachés de l'ensemble complexe qu'est la maladie, elle rapetissait en quelque sorte la question. C'est ainsi que, pour ne prendre qu'un exemple, l'école physiologique arrive à confondre la maladie fébrile avec l'hyperthermie et voit dans la fièvre tout simplement un trouble de la fonction vasomotrice, une distribution anormale de la chaleur sous l'influence de la dilatation des réseaux vasculaires périphériques; l'organisme subit les effets de cette anomalie fonctionnelle en terrain inerte et d'une manière purement passive.

Une interprétation doctrinale de la maladie dont les éléments multiples se déroulent dans une synthèse où tout se tient et tout s'enchaîne ne pouvait être basée sur la connaissance d'un de ces éléments, isolé et provoqué artificiellement. Il y a, du reste, dans l'étude de la maladie, une autre question non moins importante que celle de la nature du processus morbide, question qui, complètement négligée par l'école physiologique, devait, par contre, bientôt constituer le pivot d'une doctrine à laquelle il appartenait, sinon de faire une révolution dans les idées médicales (en médecine, comme ailleurs, l'évolution procède rarement par crises et par passage brusque d'un état à un autre), du moins de leur imprimer une rénovation considérable.

V

Les doctrines dont nous venons de suivre la filiation, loin de tenir compte de tous les termes du problème que soulève l'étude de la maladie, n'avaient en réalité envisagé qu'un côté de la question : s'attachant surtout à faire connaître les manifestations organiques de la maladie et à préciser le mécanisme des troubles fonctionnels qu'elle engendre, elles laissaient dans l'oubli le plus complet cette notion de *cause* qui avait, cependant, été entrevue par le génie des anciens, puisque Hippocrate avait déjà saisi l'existence d'une relation entre les conditions extérieures concernant l'air, le sol, etc., et le développement des maladies épidémiques. Il était, au contraire, entendu avec l'école physiologique que « en médecine il serait absurde de s'occuper de la question du *pourquoi* » et « que la question du *comment* est seule à notre portée » (1).

Et, pourtant, dès le milieu du dix-huitième siècle les médecins anglais (Lind, Pringle, etc.), trouvant un vaste champ d'observation dans les armées en campagne ou aux colonies, recherchent la cause des maladies dans le milieu cosmique, dans les qualités de l'air, du sol et de l'eau. A peu près vers la même époque, Lancisi soupçonne l'origine tellurique des agents qui déterminent les maladies infectieuses. D'autre part, dès le début de la seconde moitié du dix-neuvième siècle, la clinique française insiste, avec Trousseau, sur les caractères de spécificité et de contagiosité d'un grand nombre de maladies.

Mais il faut arriver aux travaux de Pasteur pour voir ces opinions devenir un véritable corps de doctrine d'une science nouvelle qui, limitée d'abord à une branche de la chimie, finit par envahir peu à peu le vaste domaine de la biologie.

Toutefois, l'idée fondamentale de la pathologie microbienne, qui fait dépendre la maladie de la pénétration, dans l'organisme, des infiniment petits vivant dans le milieu extérieur, était loin de constituer une conception absolument nouvelle, car, sans rappeler les travaux des médecins du dix-huitième siècle dont nous venons de parler et qui semblent devoir être en quelque sorte les précurseurs immédiats de Pasteur, la notion de *contagium vivum* remonte à l'antiquité. Elle se trouve nettement exprimée par Lucrèce qui fait précéder la description saisissante de la peste d'Athènes de la remarque significative que voici : « Il existe des germes d'une foule de substances qui entretiennent notre vie; d'autre part, il est impossible qu'une multitude de principes malfaisants et mortels ne flotte pas dans l'espace... Tous ces germes de maladies et de fléaux *nous arrivent du dehors*, comme les nuages et les brouillards, en parcourant le ciel, ou bien s'élèvent du sol même de la terre.. Ces principes pernicieux s'abattent sur les eaux, ou se déposent au cœur des fruits de la terre, ou dans quelque autre espèce d'aliments nécessaires à l'homme ou aux animaux. Quelquefois aussi le poison demeure suspendu dans l'atmosphère, et en respirant l'air qui en est infecté, nous l'introduisons nécessairement dans nos organes » (2).

La découverte du microscope, en ouvrant à la curiosité humaine tout un monde nouveau dans une simple goutte d'eau, semblait rendre une base solide aux vues d'esprit des anciens, et bientôt, grâce aux observations d'Athanasius Kircher et de Leuwenhoëck, l'idée que les maladies épidémiques étaient déterminées par des « animalcules » (*Würmchen*, *Thierchen*) gagna du terrain, à tel point qu'au dix-septième siècle et même au commencement du dix-huitième on vit régner, dans le public, une véritable « phobie » à l'égard de ces hypothétiques animalcules qu'on croyait voir partout et que l'imagination féconde des gens pusillanimes munissait même de becs et de griffes pointues.

Ces exagérations ridicules ont eu pour résultat de discréditer la doctrine du *contagium vivum* et au début du dix-neuvième siècle nous la voyons à peu près complètement déchue. Elle trouve, cependant, un défenseur ardent dans la personne du célèbre anatomiste allemand Henle qui, chronologiquement, doit être considéré comme le premier représentant sérieux de la théorie microbienne au dix-neuvième siècle. Dans ses *Pathologische Untersuchungen* (1840), il a exposé cette doctrine avec une grande vigueur de logique et une parfaite justesse de vues. La découverte, faite par Davaine et Rayer (1850), de la bactéridie charbonneuse dans le sang du mouton permet à l'hypothèse du *contagium vivum* de reprendre un crédit considérable et ouvre, pour ainsi dire, la voie à la marche envahissante de la théorie microbienne.

Après les remarquables travaux de Pasteur, l'idée des anciens médecins, qui par une surprenante intuition comparaient la maladie à une fermentation, se trouve assise sur une base scientifique. La fermentation elle-même — et c'est là le point de départ de l'œuvre de Pasteur — n'est plus le phénomène mystérieux d'autrefois : elle constitue une manifestation de l'activité vitale des microorganismes.

Jamais découverte purement scientifique ne fut plus féconde en applications à la médecine. Toute une doctrine nouvelle venait d'être établie sur ces deux propositions fondamentales, à savoir que les maladies infectieuses sont produites par des microbes et que ceux-ci viennent du dehors, n'étant jamais engendrés que par des germes de même espèce.

Mais, cette fois encore, l'enthousiasme de la première heure alla trop loin, les conclusions furent trop hâtives, les convictions trop intransigeantes. Et ici nous avons en vue seulement la question de doctrine, bien qu'il ne soit guère difficile de voir que, dans les applications pratiques de la microbiologie, on a souvent péché par les mêmes exagérations. Il suffit de rappeler l'histoire mémorable de cet essai de vaccination antituberculeuse qui a soulevé de si grandes espérances suivies d'une non moins grande déception ; il suffit de rappeler les premiers abus de l'antisepsie, qui aujourd'hui cède le pas à l'asepsie, et cette déviation regrettable de la chirurgie hors de toute tendance conservatrice — conséquence directe de l'avènement de l'antisepsie — qu'on a pu qualifier, avec raison, de *furor secandi*, etc.

Il se produisit d'abord pour les microbes à peu près la même chose qui avait eu lieu, au dix-septième siècle, pour les « Würmchen » et les « Thierchen » de Kircher, de Leuwenhoëck, etc., etc. On les trouvait partout, et il semblait qu'il suffisait de déceler dans un organisme malade la présence d'une bactérie pour porter immédiatement ce microorganisme à la dignité d'agent pathogène de la maladie en question. La plupart des premiers travaux bactériologiques se ressentent de cette tendance erronée : c'est seulement après les publications de Pasteur et de Klebs relatives à la manière d'isoler les microbes des tissus malades et de les cultiver sur des milieux artificiels, et surtout après les travaux de Robert Koch, que la bactériologie établit les conditions rigoureuses auxquelles doit désormais répondre l'étude des agents pathogènes.

D'autre part, la doctrine microbienne se présentait, au début, avec des allures trop révolutionnaires : il semblait que, sous le puissant élan de cette théorie, l'édifice séculaire de la médecine traditionnelle, qui depuis le commencement du dix-neuvième siècle menaçait ruine, allât s'effondrer définitivement; il semblait que la microbiologie dût faire table rase de toutes les conceptions de la vieille clinique, telles que diathèse, hérédité, etc. L'organisme n'était-il pas un terrain inerte, à peu près au même titre que le bouillon de culture dont on se sert dans les laboratoires, et ne devait-il pas subir passivement les effets de l'activité du microbe?

On était loin de la célèbre formule vitaliste : « la maladie est en nous, de nous et par nous. » Mais la clinique ne tarda pas à reprendre ses droits — en France tout au moins, car dans nombre de pays voisins l'activité médicale se tourne encore de nos jours plus volontiers vers le laboratoire que du côté de l'hôpital — et, tout en reconnaissant que l'étiologie de la maladie devait être fixée hors de l'organisme, on constata qu'il y avait lieu de compter non seulement avec le *germe*, mais aussi avec le *terrain*. L'organisme n'est pas comparable à une substance inerte : les cellules qui le composent, loin de

(1) CLAUDE BERNARD. (*Loc. cit.*, p. 138 et 142.)

(2) LUCRÈCE. De natura rerum (traduction française de Crouslé, p. 449 et 451). Paris, 1870.

subir d'une manière passive les microorganismes envahisseurs, entrent en lutte avec eux, et ce sont précisément les différentes péripéties de cette lutte qui constituent la maladie.

Que le combat se livre corps à corps, de cellule à microorganisme (*phagocytose*, d'après la théorie de Metchnikoff), ou qu'il se passe à distance ayant pour armes des poisons et des antitoxines (*pouvoir bactéricide* des humeurs, d'après la théorie de Buchner), peu importe : toujours est-il que l'organisme intervient de la façon la plus active, qu'il dispose de moyens multiples pour se défendre et que les deux expressions les plus typiques de l'état morbide aigu — la fièvre et l'inflammation — ne sont, en dernière analyse, que des actes de défense. C'est l'organisme qui fait les frais de la victoire, de la *guérison*, et c'est encore lui qui prend une part active à l'*immunité* dont le mécanisme, envisagé d'une façon générale, se confond d'ailleurs avec celui de la guérison.

Ainsi donc, si la maladie n'est plus « en nous et de nous », puisque la cause morbide — le microbe — vient du dehors, elle est toujours « par nous », attendu que les manifestations cliniques, la localisation du processus morbide, la forme anatomique des lésions, la gravité plus ou moins grande de la maladie, les modalités diverses qu'affecte son évolution, tout cela dépend, pour une grande part, de l'organisme, sans parler de la *réceptivité* à l'égard du germe, qui, elle, est déterminée tout entière par les conditions de terrain.

VI

Dépouillée des exagérations suscitées par les premières recherches bactériologiques, la théorie microbienne, qui avait paru renverser toutes les doctrines antérieures, apparaît aujourd'hui comme la consolidation de l'œuvre de Virchow. De nouveau, on nous fait constater que la maladie ne crée rien; de nouveau, nous voyons se manifester cette grande loi générale en vertu de laquelle tout processus morbide n'est autre chose qu'une modification des phénomènes physiologiques. Et les deux doctrines — la théorie cellulaire aussi bien que la théorie microbienne — se rattachent étroitement à la conception hippocratique de la maladie. C'est que la loi du *développement continu*, établie par Virchow pour les cellules, régit les idées tout aussi bien que les éléments cellulaires.

Un académicien a dit : « Il n'y a pas de mauvais livres; il y a de mauvais moments pour lire les meilleurs livres ». L'histoire de l'évolution des doctrines médicales montre qu'on pourrait en dire autant des méthodes scientifiques. Il n'y a pas de mauvaises méthodes; il y a de mauvais moments où la meilleure méthode peut devenir une source d'erreurs : ce sont des moments d'engouement pour une découverte, pour une idée ou une méthode scientifique; des moments d'exclusivisme étroit et autoritaire, des époques où règne le broussaisisme, où l'on proclame que la lésion est toute la maladie, où un processus complexe comme l'inflammation se réduit tantôt à la prolifération des cellules du tissu conjonctif, tantôt à la diapédèse, où l'on ne voit dans l'état morbide autre chose digne d'intérêt que le mécanisme des troubles fonctionnels, où la notion de germe pathogène efface complètement la notion de terrain... Fort heureusement, l'histoire se charge de mettre tout au point. Elle nous fait voir, en fin de compte, que la clinique, l'amphithéâtre et le laboratoire doivent se prêter un mutuel appui et que, la pathologie étant avant tout la science de l'*homme malade*, c'est à la clinique qu'il appartient de juger en dernier ressort.

Mais — demanderont les sceptiques — puisque la doctrine actuelle semble calquée sur la conception antique, que faut-il penser du chemin parcouru par la médecine depuis Hippocrate et jusqu'à nos jours si la dernière étape de cette évolution se trouve aussi près du point de départ? Ils ne manqueront pas d'en conclure que c'est un signe certain de la « faillite » de la science. Peut-être même invoqueront-ils la vieille opinion de Vico tendant à montrer que l'humanité tourne toujours dans le même cercle, ou la philosophie de Hegel, qui attribue à l'évolution de la pensée un rythme monotone et fatal, la *thèse* appelant immédiatement son contraire, l'*antithèse*, et les deux se conciliant ensuite dans une *synthèse*.

Pour notre part, nous estimons que rétablir la vérité ancienne, purement synthétique, sur une base plus solide et plus large, constituée par l'analyse des faits nouveaux, c'est encore faire œuvre de progrès. « Il n'y a rien qui n'ait été déjà pensé une fois », a dit Gœthe; mais ce qui est consolant, c'est que le grand poète a eu soin d'ajouter : « il s'agit précisément de le repenser » et qu'ailleurs il a déclaré — et, toute réflexion faite, ceci n'est pas en contradiction avec la pensée précédente — *was da ist, war noch nie* (ce qui est là ne fut encore jamais).

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

MÉDECINE PRATIQUE

L'occlusion artério-mésentérique de l'intestin à la limite du duodénum et du jéjunum.

Dans la partie supérieure de son insertion à la colonne vertébrale, le mésentère croise la troisième portion du duodénum; il en résulte que ce dernier traverse une sorte d'anneau dont la résistance est accrue par la présence à ce niveau, entre les deux feuillets du mésentère, de l'artère mésentérique supérieure. Bien que cet ensemble de conditions anatomiques paraisse *a priori* éminemment favorable à la production d'une obstruction par coudure de l'intestin, cet accident est assez rare, du moins si l'on en juge par le petit nombre de publications qui lui ont été consacrées. Il ne serait cependant pas exceptionnel et en 1899 M. le docteur Albrecht (de Mels) a pu, à l'occasion de deux faits qu'il a observés à l'hôpital cantonal de Saint-Gall, en rassembler 19 autres publiés antérieurement. Plus récemment, M. le docteur P. Müller (de Dresde) en a fait connaître 4 observations originales, auxquelles il en ajoute une cinquième, relatée par Riedel et qui avait échappé à M. Albrecht; il estime, en outre, que les vomissements répétés et tenaces qui succèdent à la chloroformisation sont peut-être imputables parfois à un début d'occlusion artério-mésentérique, cette affection, comme nous aurons à le dire plus loin, pouvant guérir spontanément ou grâce à des moyens thérapeutiques très simples. Enfin M. le docteur A. Stieda (de Königsberg) en a publié tout dernièrement un cas nouveau qu'il a observé dans le service de M. le professeur von Eiselsberg.

Cette variété d'occlusion intestinale a une étiologie assez variable. Il ne semble pas qu'elle soit susceptible de frapper des sujets absolument normaux; cependant, elle se développe quelquefois sous l'influence de facteurs banaux dont le plus fréquent serait un amaigrissement notable et rapide; il est probable qu'il existe alors des conditions anatomiques spéciales, comme l'avait admis Kundrat dès 1891 (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 68). Mais le plus souvent la cause, au moins occasionnelle, de l'accident en question est une intervention chirurgicale sous chloroforme; dans un cas même, une simple chloroformisation sans opération consécutive suffit à le provoquer.

On comprend qu'avec une étiologie aussi mal fixée, la pathogénie soit encore bien obscure; sans la discuter ici, nous indiquerons simplement que, tandis que pour les uns il s'agirait de troubles nerveux indéterminés, d'autres croient à une ptose de l'intestin grêle, qui, en augmentant la tension du mésentère, déterminerait une constriction plus ou moins énergique du duodénum par l'anneau mésentérique; d'autres enfin admettent une dilatation aiguë primitive de l'estomac, laquelle — outre qu'elle aurait pour effet de repousser en bas l'intestin grêle, ce qui contribuerait pour une part à tendre le mésentère — abaisserait le duodénum et en amènerait ainsi l'étranglement sur le bord de l'anneau mésentérique. Il importe, en effet, de savoir que les lésions capitales que l'on constate à l'autopsie, dans les cas terminés par la mort, sont une dilatation quelquefois énorme de l'estomac, et un abaissement en masse du paquet intestinal, qui se trouve refoulé dans le petit bassin.

Quoi qu'il en soit, les symptômes qui caractérisent la variété d'occlusion intestinale dont nous nous occupons ici sont ceux de l'occlusion en général, mais avec quelques particularités dues au siège élevé de l'obstacle. C'est ainsi que les vomissements, très abondants, demeurent bilieux et ne peuvent devenir fécaloïdes. La matité et le ballonnement sont considérables, surtout dans la région hypogastrique. Le pouls est rapide; il atteint et peut dépasser 120; par contre, il n'y a pas d'élévation de la température. Les phénomènes douloureux sont inconstants et peu marqués; dans les cas où ils existent, peut-être faut-il invoquer la coexistence du péritonisme. En règle générale, la constipation est absolue, et le patient ne rejette plus ni gaz ni matières; cependant, au début, il peut y avoir une ou plusieurs selles, par évacuation de la partie du tube digestif sous-jacente à l'obstacle. Enfin, l'état général s'aggrave bientôt, et, si l'on n'agit pas, la mort survient dans le collapsus.

L'intervention thérapeutique à opposer à ces accidents est simple et efficace, au moins au début, car le changement de position du malade dans son lit peut suffire à les faire cesser; l'essentiel est de supprimer le décubitus dorsal, le plus favorable à l'étranglement du duodénum sur la bride artério-mésentérique; en ce qui concerne la position qu'il convient de lui substituer, M. Albrecht et M. Stieda préconisent le décubitus génu-pectoral, tandis que M. Müller préfère la position abdominale. A côté de cette indication capitale, le patient doit être mis à la diète absolue; il sera alimenté uniquement par des lavements nutritifs; c'est également par la voie rectale qu'on lui fournira les liquides indispensables à l'économie. Enfin, on fera de nombreux lavages d'estomac, et on n'hésitera pas, en cas de besoin, à employer la pompe stomacale.

Mais tous ces moyens peuvent échouer, d'ordinaire parce qu'ils sont mis en œuvre trop tard : en pareille occurrence, la gastro-entérostomie constitue la dernière ressource.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 décembre 1900.

Relations physiologiques de l'albuminurie intermittente.

M. Charrin. — Chez plusieurs malades affectés d'albuminurie intermittente, j'ai vu l'albumine, indosable au réveil, augmenter lentement jusqu'à midi, où elle atteignait 0 gr. 45 centigrammes, puis, suivant la règle, s'élever brusquement (à 2 ou 4 grammes) après le déjeuner, enfin diminuer dans la soirée, tout en subissant parfois une minime oscillation à la suite du dîner.

Dans ces conditions, l'influence — pour une part indéniable, au moins en apparence — de l'alimentation aussi bien que de l'exercice debout apparaît à elle seule insuffisante; le repas du soir, à diverses reprises volontairement composé comme celui du milieu du jour, n'a pas sensiblement relevé le taux de l'albumine. D'un autre côté, trois de nos malades ne présentent aucune des tares (arthritisme manifeste, tuberculose, lésion du foie, des reins, etc.) que l'on

incrimine pour expliquer la genèse de ces albuminuries.

En ce qui concerne le mécanisme de cette affection, j'ai pu reconnaître qu'une série de phénomènes qui expriment l'intensité des échanges (consommation de l'oxygène, densité, toxicité et degré de congélation de l'urine, température du corps, pression vasculaire) marchent parallèlement à ces albuminuries : leurs maxima se produisent assez souvent de trois à cinq heures du soir, dans la période de la journée où les doses d'albumine sont le plus élevées, même dans nombre de cas où il s'agit d'albuminurie continue.

Ces rapprochements prouvent que l'albuminurie intermittente, ou plutôt son mécanisme, est en rapport avec la plus grande intensité des actes nutritifs. D'ailleurs, bien des raisons tendent à faire considérer cette affection comme relevant d'un trouble de la nutrition. On sait, en particulier, que les matières minérales, l'alcalinité des plasmas, etc., exercent une action et sur la désassimilation et sur la qualité des principes protéiques. D'autre part, cette variété d'albuminurie se rencontre presque uniquement au-dessous de vingt à vingt-trois ans, dans la phase de croissance qui s'accompagne de modifications dans les échanges, surtout au point de vue des matières minérales et de la réaction humorale. Enfin, nul n'ignore que le passage de la sérine dans l'urine comporte un élément mécanique; or, à cet égard encore, les courbes que nous avons établies montrent que ce passage coïncide avec une activité considérable de la circulation (élévation de la pression sanguine).

On voit ainsi, dans la genèse de ce trouble morbide, un facteur physique secondaire s'ajouter au facteur principal de nature chimique, le trouble de la nutrition.

Recherches cytométriques et caryométriques sur les cellules nerveuses motrices après section du cylindraxe.

M. G. Marinesco. — Les recherches entreprises jusqu'à présent ont montré que la section d'un nerf moteur provoque une réaction caractéristique dans le centre d'origine de ce nerf, mais elles n'ont pas déterminé les modifications que subissent, dans les mêmes conditions, le noyau et le nucléole. Or, il était à prévoir qu'un traumatisme aussi violent que celui qui résulte de la section du cylindraxe devait retentir non seulement sur le protoplasma cellulaire, mais aussi sur le noyau et sur le nucléole Comme l'analyse en est des plus délicates, on s'explique que ces lésions, quoique constantes, ainsi que nous le verrons, aient complètement échappé aux observateurs.

Pour percevoir nettement les altérations en question, il faut s'adresser à un centre bien défini et homogène au point de vue de la morphologie cellulaire; sous ce rapport, le noyau de l'hypoglosse est très favorable. De nombreuses mensurations des cellules, des noyaux et des nucléoles, évaluées en μ, ont montré qu'à l'état normal il n'y a pas, entre les deux noyaux de l'hypoglosse, de différence sensible, mais que les dimensions de ces noyaux varient avec la taille de l'animal. En pratiquant la section du nerf hypoglosse d'un côté, on constate, dès le troisième jour, en dehors de la réaction bien connue du cytoplasma, une augmentation de volume du noyau et du nucléole, augmentation qui persiste avec quelques changements pendant les phases de réaction et de réparation, et qui suit de près l'hypertrophie du corps cellulaire; au bout de trois mois, lorsque cette dernière a à peu près cessé, les parties constituantes des cellules ont repris sensiblement les mêmes dimensions dans les deux noyaux.

Cette augmentation de volume du noyau et du nucléole apparaît également, mais un peu différente, lorsqu'on fait la ligature du nerf ou sa résection. Dans ce dernier cas, elle peut même manquer suivant la longueur de nerf réséqué. Ainsi, si on extirpe un peu plus de 2 centimètres du nerf, au lieu de l'hypertrophie habituelle, il survient, au bout de quinze à vingt jours, une diminution du noyau et du nucléole, accompagnée de pâleur de ce dernier. En même temps le corps cellulaire s'atrophie et la cellule nerveuse, bien loin de passer de la phase de réaction à la phase de réparation, finit par disparaître.

Après la désarticulation expérimentale de la jambe chez le chien, j'ai vu succéder, à la phase de réaction avec augmentation du volume de la cellule, du noyau et du nucléole, une atrophie lente de la cellule; la réparation, dans ce cas, n'arrive jamais à être parfaite, comme elle l'est après la simple section d'un nerf moteur.

Ces recherches démontrent, à mon avis, que le défaut de régénérescence d'un nerf moteur entraîne à sa suite l'atrophie et la disparition des cellules qui constituent le centre de ce nerf.

Les relations entre la constitution chimique des produits sexuels et celle des solutions capables de déterminer la parthénogenèse.

MM. Y. et M. Delage. — L'an passé, M. Lœb a observé la transformation en larves normales d'œufs d'oursin non fécondés, replacés dans de l'eau de mer pure après un séjour de quelques heures dans de l'eau de mer contenant une proportion déterminée de chlorure de magnésium; de ce fait, cet auteur avait conclu que la fécondation normale pourrait bien consister simplement en un apport de magnésium par le spermatozoïde à l'œuf.

Dans le but de vérifier cette hypothèse, qui ne serait admissible que si les éléments mâles contenaient une proportion de magnésium plus forte que les éléments femelles, nous avons dosé ce métal dans les glandes génitales des deux sexes, chez le *Strongylocentrotus lividus*. Or, nous avons trouvé que les glandes mâles contiennent 8.83 % de magnésium et que les glandes femelles en renferment 7.88 %. Cette différence est certainement trop faible pour qu'on puisse adopter la théorie de Lœb.

Nous devons ajouter, d'ailleurs, que dans un mémoire plus récent l'auteur américain admet que les solutions capables de déterminer la parthogenèse agissent, non par une action spécifique de leurs composants, mais uniquement par leur pression osmotique, qui leur permet de soustraire de l'eau à l'ovule. Cette hypothèse paraît plus plausible que la précédente.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 décembre 1900.

De l'intervention chirurgicale en cas de perforation typhoïdique de l'intestin.

M. Lejars. — Je suis chargé de vous présenter un rapport sur 2 observations d'intervention pour perforation de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde, qui nous ont été adressées par M. Legueu. Dans le premier cas, concernant un petit garçon de dix ans, notre collègue a fait une laparotomie douze heures après la perforation; l'enfant succomba dans la nuit. Chez le second malade, âgé de quinze ans, le résultat a été plus heureux, et l'opération, pratiquée six heures après la perforation, a été suivie de succès. Ce fait, joint à celui que M. Loison nous a présenté récemment, porte à 16 le nombre des interventions analogues ayant eu une issue favorable.

J'ai eu pour ma part l'occasion d'opérer un malheureux étudiant atteint accidentellement d'une fièvre typhoïde expérimentale. Lorsque je fus appelé, il présentait des signes de perforation datant déjà de la veille, et l'état général était absolument lamentable. Je crus devoir intervenir, bien que j'eusse bien peu d'espoir d'obtenir la guérison. Il existait, en effet, une péritonite purulente généralisée; à 3 ou 4 centimètres du cæcum, je trouvai sur l'intestin grêle une perforation que je pus fermer malgré la friabilité de l'intestin; après un grand lavage à l'eau bouillie chaude, j'installai le drainage et le malade fut reporté dans son lit. Grâce aux injections de sérum, le pouls se releva et l'état général sembla même meilleur pendant quelques heures; néanmoins le patient succomba dans la soirée. Je reste convaincu que le résultat aurait pu être excellent si l'intervention n'avait pas été aussi tardive.

M. Rochard. — J'ai eu 5 fois à intervenir chez des dothiénentériques. Dans 3 cas, il s'agissait d'une perforation, mais j'avais été appelé beaucoup trop tard, et les opérés ont succombé. Dans un quatrième fait, chez un malade de M. Debove pour lequel on avait fait le diagnostic de perforation, j'ai fait une laparotomie qui ne m'a pas permis de trouver de solution de continuité de l'intestin; la guérison s'est faite d'ailleurs sans incident. Enfin, j'ai eu l'occasion d'opérer un sujet atteint de fièvre typhoïde méconnue et prise pour une appendicite; l'intervention a été également suivie de succès, ce qui montre qu'on ne fait en tout cas aucun mal aux typhiques en les opérant.

M. Delorme. — J'ai observé l'année dernière un fait analogue à ceux que M. Rochard vient de rapporter et qui montrent bien la difficulté du diagnostic de la perforation au cours de la fièvre typhoïde.

M. Walther. — J'ai été appelé auprès d'une malade, vingt-quatre heures après le début d'accidents qui paraissaient devoir être attribués à une perforation de l'intestin dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Je n'intervins pas, trouvant les signes trop localisés et l'état général extrêmement mauvais. Peu de temps après, il se fit une ouverture spontanée dans la vessie, suivie d'une fistule vésico-intestinale qui guérit spontanément en quinze jours.

Quant à la difficulté du diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et l'appendicite, j'ai pu m'en rendre compte dans 3 cas que j'ai observés dans le courant de l'année dernière et où il s'agissait d'une fièvre typhoïde sans perforation, alors qu'on avait pu croire à une appendicite.

M. Routier. — Je crois qu'il faut établir une distinction, au point de vue qui nous occupe, entre les perforations intestinales du début de la fièvre typhoïde et celles qui surviennent à la fin de la maladie; celles-ci sont évidemment moins graves que les premières.

Diagnostic des lésions cancéreuses de l'estomac par l'examen du sang.

M. Hartmann. — J'ai fait allusion dans la dernière séance aux recherches que j'ai poursuivies avec M. Silhol sur l'état du sang chez les cancéreux, surtout au point de vue de l'anémie et de la leucocytose.

Chez une femme de quarante-quatre ans atteinte de troubles gastriques qui semblaient devoir être rapportés à un cancer de l'estomac, l'analyse du suc gastrique paraissait confirmer ce diagnostic. Mais une laparotomie que j'ai faite il y a huit ou neuf mois a montré un estomac absolument sain, et, depuis lors, la santé de la malade ne nous a donné aucun démenti. Or, le résultat de l'examen du sang était contraire à l'idée de cancer; nous avions donc eu tort de ne pas y attacher d'importance.

Dans un autre fait, c'est l'inverse qui s'est produit. Il s'agissait d'un homme de quarante-huit ans chez lequel je m'apprêtais à faire une gastro-entérostomie pour des accidents que j'attribuais à un ulcère gastrique; cependant, le sang présentait les caractères du sang des cancéreux, et la laparotomie a permis de s'assurer qu'il s'agissait, en effet, d'un cancer.

M. Routier. — Tout récemment, j'étais sur le point de pratiquer une gastro-entérostomie chez une femme qui m'était envoyée comme atteinte d'une maladie de Reichmann typique. J'avais fait un examen rapide de cette malade et je n'avais pas senti de tumeur; or, sur la table d'opération, j'ai constaté l'existence d'un double kyste de l'ovaire, dont j'ai fait l'ablation.

M. Chaput fait un rapport sur une observation communiquée par M. Morestin et relative à une plaie de l'abdomen par coup de couteau avec perforation du cæcum.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 décembre 1900.

Recherches sur l'action antitoxique « in vitro » du glycogène hépatique.

M. P. Teissier. — Après avoir étudié l'action bactéricide *in vitro* du glycogène hépatique (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 281), j'ai recherché quelle pourrait être, dans les mêmes conditions, l'action antitoxique de cette substance. Mes premières expériences sont relatives à l'influence exercée par le glycogène hépatique en solution aqueuse sur des doses toxiques de nicotine, de cicutine, de sulfate neutre de strychnine et de toxine diphtérique. Le mélange de glycogène et de poison était conservé, à la température ambiante ou dans une étuve réglée à 37°, pendant un laps de temps qui varia de quarante-huit heures à plus

de deux mois. Les résultats de ces recherches sont les suivants :

Le glycogène hépatique *in vitro* atténue nettement la toxicité de la nicotine, n'agit pas sur le sulfate neutre de strychnine, et renforce, dans une certaine mesure, l'intoxication diphtérique expérimentale.

La richesse de la solution en glycogène, la durée de contact du mélange, le mode de conservation de ce mélange n'exercent aucune influence.

Ces conclusions et les notions de pathologie expérimentale relatives au rôle antitoxique du foie n'offrent rien de contradictoire : les résultats positifs obtenus avec la nicotine démontrent la contribution du glycogène hépatique aux fonctions antitoxiques du foie; quant aux faits négatifs, ils sont d'accord avec cette constatation, à savoir que le foie n'arrête ni ne modifie tous les poisons, et que l'intoxication diphtérique ou pneumo-bacillaire, par exemple, peut être renforcée par son passage à travers le foie (Teissier et Guinard).

De l'hyperleucocytose polynucléaire comme élément de diagnostic de l'abcès du foie.

M. Boinet (de Marseille) adresse une note montrant l'importance de l'examen hématologique lorsqu'on soupçonne un abcès du foie, cet examen révélant alors une proportion de leucocytes de six à dix fois plus considérable qu'à l'état normal; cette augmentation porte spécialement sur les polynucléaires. Chez deux malades ayant eu autrefois la dysenterie, M. Boinet a pu, en s'appuyant sur la présence d'une quarantaine de polynucléaires dans le champ du microscope, affirmer l'existence d'un abcès du foie dont le pus fut évacué quelques jours après par incision.

Essais de sérothérapie antirabique.

MM. Rodet et **Galavielle.** — Il résulte des expériences que nous venons de faire que, chez le mouton traité par une série d'injections intraveineuses de virus rabique, le sérum acquiert des propriétés antirabiques, mais qui ne se manifestent nettement que lorsque le sérum est introduit dans l'organisme en même temps que le virus; en pareil cas, la période d'incubation est prolongée et la mort plus ou moins retardée, tandis que la maladie affecte ordinairement la forme paraplégique.

Sur les « Plasmazellen » du grand épiploon.

M. Jolly. — On ignore encore à l'heure actuelle si, dans le tissu conjonctif normal des mammifères, il existe des plasmazellen.

Comme objet d'étude, j'ai choisi le grand épiploon de mammifères adultes (rat, chien, cobaye, lapin, etc.). L'épiploon de ces animaux, soigneusement étalé, est fixé par l'alcool ou par le liquide de Flemming et coloré ensuite par la thionine. Sur de pareilles préparations apparaissent tout de suite les mastzellen qu'on reconnaît bien à leur protoplasma granuleux coloré en violet rouge. Mais à côté de ces cellules on en remarque d'autres, plus nombreuses, réunies en amas au voisinage des vaisseaux et formant une notable proportion des cellules agglomérées au niveau des bouquets capillaires.

Ces cellules, dont le protoplasma se colore en bleu ou en violet sans métachromasie, ont tous les caractères des plasmazellen d'Unna. Les différences qu'on trouve parfois entre elles et les plasmazellen de l'homme ne sont sans doute qu'une question d'espèce.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 17 décembre 1900.

Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

M. W. Körte. — J'ai eu à intervenir dans 37 cas d'ulcus, 20 fois chez des hommes et 17 fois chez des femmes. On sait cependant que cette affection est plus fréquente dans le sexe féminin; mais les hommes, à cause de l'incapacité de travail qui résulte de l'ulcère, se font admettre plus tôt à l'hôpital et acceptent plus volontiers l'opération.

Chez 31 de ces malades, il y avait gastrectasie; le plus souvent, c'est la sténose pylorique qui a constitué l'indication opératoire; dans 2 cas cependant j'ai dû intervenir à cause des malaises causés par l'ulcère, et dans un à cause d'une hémorrhagie.

En ce qui concerne le choix du procédé, la résection est l'opération idéale; mais c'est aussi la plus grave, de sorte qu'elle n'est indiquée que dans un nombre restreint de faits; elle exige, d'ailleurs, que les lésions soient facilement accessibles et mobilisables et qu'il n'existe pas d'adhérences trop fortes avec les organes voisins. Je l'ai pratiquée 5 fois avec 4 succès; je dois ajouter que chez 3 de ces malades j'avais porté à tort le diagnostic de carcinome.

J'ai fait 28 gastro-entérostomies, avec 7 décès consécutifs; comme causes de mort, je relève 2 fois le collapsus post-opératoire, 1 fois la pneumonie, 2 fois des hémorrhagies secondaires; un patient, qui, outre son rétrécissement pylorique, avait aussi une sténose de l'œsophage ayant nécessité l'établissement d'une bouche gastrique et le cathétérisme œsophagien, succomba à une péricardite purulente bien qu'il n'y eût pas perforation de l'œsophage; enfin le septième décès fut déterminé par un phlegmon de la paroi stomacale. J'ai eu 2 fois des accidents de *circulus viciosus* après une gastro-entérostomie antérieure; je n'ai jamais observé cette complication à la suite de la gastro-entérostomie postérieure.

Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie, l'opération que l'on est le plus fréquemment appelé à faire en cas d'ulcus stomacal, sont excellents; dans un seul cas j'ai vu survenir, au bout de trois ans, un ulcère peptique du duodénum, chez un sujet dont le suc gastrique était hyperacide.

Enfin mes 4 derniers malades ont été traités par la pyloroplastie selon la méthode de von Mikulicz; cette opération ne m'a donné qu'un succès.

Emploi thérapeutique de la chaleur.

M. S. Munter. — On a essayé de suppléer, par une sudation artificielle, à l'insuffisance de la diurèse; mais il importe de remarquer que la sueur contenant proportionnellement beaucoup moins de matériaux solides que l'urine, il ne faudrait pas moins de 18 à 24 litres de sécrétion sudorale pour éliminer la quantité de déchets organiques qui sont excrétés journellement par le rein.

Néanmoins, l'application de la chaleur par divers procédés (bains romains, bains russes, bains de soleil, bains électriques, bains de sable, etc.) peut rendre des services en thérapeutique. Elle est utile parfois en déterminant un simple accroissement de la sudation, et c'est ce que l'on vise, par exemple, en cas de stases diverses (à condition que le cœur soit sain), d'obésité, d'intoxication, de maladies par refroidissement; c'est encore par le même mécanisme que la chaleur donne des succès dans les affections inflammatoires des yeux, des poumons, dans les maladies cutanées; à ce groupe d'indications se rattache aussi le traitement de la chlorose par la sudation. Mais, dans d'autres cas, on se propose d'activer par ce procédé la destruction de matériaux azotés, toxines ou produits de la destruction incomplète des substances azotées, accumulés dans l'organisme. Le bain chaud (à 35° ou 40°) prolongé agit particulièrement dans les altérations des échanges organiques.

La thermothérapie est contre-indiquée chez les artérioscléreux, les cardiaques, les cachectiques, ainsi que dans les maladies fébriles.

Dr VILLARET.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le massage contre le point de côté des pneumoniques.

La douleur intercostale qui accompagne la pneumonie fibrineuse est non seulement très pénible pour le malade, mais encore, en gênant plus ou moins la respiration et partant l'expansion pulmonaire, elle entretient la congestion pneumonique. M. le docteur A. Tagesson-Möller (de Francfort-sur-le-Mein) combat heureusement ce point de côté par un procédé de massage qui fait partie intégrante du traitement massothérapique de la pneumonie, employé en Suède depuis longtemps déjà. Ce procédé consiste à faire, avec les extrémités des doigts d'une main, des frictions peu étendues, mais très énergiques, à l'endroit précis de l'espace intercostal où siège la douleur, pendant que l'autre main exécute la même manœuvre au point correspondant du côté opposé du thorax. Le massage de ce point symétrique non douloureux a pour but d'augmenter l'effet des frictions sur la région douloureuse, la sensibilité d'un nerf se trouvant, comme on sait, diminuée pendant l'excitation mécanique d'un autre nerf.

Tout d'abord, ce massage provoque chez le patient un arrêt respiratoire qui, d'ailleurs, ne tarde pas à être suivi d'une inspiration profonde. Puis, à mesure que l'on continue les frictions, les mouvements de respiration deviennent de plus en plus amples et faciles, tandis que la douleur intercostale s'atténue et finit par disparaître complètement. Pour obtenir ce résultat, on doit souvent prolonger le massage pendant une demi-heure. Il est bon de répéter les séances à des intervalles de trois ou quatre heures.

Radiothérapie du cancer.

Chez 6 malades porteurs de tumeurs malignes, M. le docteur W. Johnson et M. W. Merrill (de Washington) ont obtenu, par l'emploi des rayons de Röntgen, des effets thérapeutiques manifestes.

Dans l'un de ces cas, concernant un épithélioma du nez et de la joue qui, excisé deux fois au bistouri, n'avait pas tardé à récidiver, la guérison complète fut obtenue au bout de 15 séances de radiothérapie (dont 10 pour le nez et 5 pour la joue), pratiquées tous les deux jours.

Un second malade, porteur d'un cancroïde du nez, est encore en traitement, mais son ulcère (dont la nature épithéliomateuse a été confirmée par une biopsie) est déjà en voie de cicatrisation.

Deux autres lésions présentant l'apparence de cancroïdes de la face, mais dont le caractère épithéliomateux n'a pu être déterminé avec certitude, ont également guéri sous l'influence de la radiothérapie.

Une femme avec cancer récidivé du sein s'est bien trouvée du même traitement : la tumeur diminua de volume, les douleurs disparurent et l'état général s'améliora.

Enfin, le sixième sujet, atteint d'épithélioma de la lèvre inférieure, fut lui aussi amélioré, mais il a été perdu de vue après 20 séances.

Traitement des engelures par l'air surchauffé.

D'après M. le docteur C. Ritter, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Greifswald, un procédé efficace pour combattre les engelures consisterait à exposer la partie atteinte à l'action de l'air surchauffé dans une étuve ou une boîte appropriée à ce genre de traitement. Par des séances quotidiennes, et prolongées de quinze minutes à une demi-heure, on amènerait la disparition progressive des démangeaisons et de la tuméfaction d'origine congestive ou inflammatoire, ainsi que la cicatrisation rapide des plaies lorsque les engelures se sont ulcérées.

L'iodate de calcium comme antiseptique chirurgical.

D'après M. le docteur W. Mackie (d'Elgin), l'iodate de calcium, en dégageant, au contact des humeurs de l'organisme, de l'iode et de l'oxygène à l'état naissant, exercerait sur les plaies une action antiseptique et désodorisante des plus nettes. Aussi notre confrère anglais se sert-il avec succès de cette substance pour toute sorte de pansements, soit sous forme de solution saturée (à 1 pour 380), soit en pommade à base de vaseline (à 5 ou 10 %), soit, enfin, à l'état de poudre dont il recouvre les solutions de continuité.

L'iodate de calcium n'irriterait pas les tissus et favoriserait le processus de bourgeonnement sans déterminer cependant un développement excessif des bourgeons charnus; il serait, en un mot, susceptible d'être substitué avantageusement à l'iodoforme dans toutes les applications chirurgicales de cet antiseptique.

REVUE GÉNÉRALE

Le sort et le rôle des levures introduites dans le tube digestif.

Après un assez long oubli, l'attention a été de nouveau attirée dans ces derniers temps sur l'emploi des levures en thérapeutique. Le rôle chaque jour grandissant qu'on attribue aux ferments et aux diastases en physiologie et en pathologie explique la faveur qui leur a été accordée; et déjà bien avant que les découvertes de Cagniard de Latour, de Schwann, de Pasteur eussent mis en lumière les processus intimes des fermentations, l'idée avait germé que peut-être, au cours des maladies, ces mêmes processus fermentatifs pourraient modifier favorablement ou détruire les substances nuisibles pour l'organisme.

Les faits constatés ont semblé confirmer l'hypothèse. Cependant, avant de juger d'une façon définitive la valeur d'une telle méthode thérapeutique, il convient de se demander si réellement elle peut agir et comment cette action se réalise. En d'autres termes, il faut élucider ces deux points d'importance capitale : que deviennent les levures introduites dans le tube digestif, et quel est le mécanisme de leur action? Nombreuses, en effet, sont les influences auxquelles sont soumises les levures dans leur parcours à travers la bouche, l'estomac, l'intestin : les sucs digestifs, la composition chimique du milieu, la symbiose avec des espèces microbiennes multiples, l'absence d'oxygène, etc., peuvent modifier leur vitalité, entraver leur pullulation, sinon amener leur mort. D'autre part, ces levures peuvent agir sur les sécrétions digestives, sur le contenu de l'intestin, sur les espèces nombreuses qui y végètent à titre de saprophytes ou d'agents pathogènes. Enfin, à côté d'une intervention utile il faut penser à la possibilité d'un effet nuisible, crainte légitimée par les nombreux travaux relatifs au rôle joué par les levures dans la genèse de certaines affections.

Aussi nous a-t-il paru utile de grouper les données que nous possédons à l'heure actuelle sur ces différents points.

I

Tout d'abord, il importe de savoir comment se comportent les levures introduites dans le tube digestif. Peuvent-elles ou non y vivre, s'y multiplier, y déterminer des fermentations?

Une première influence entre en jeu, celle de la température du corps de l'être vivant dans lequel elles pénètrent. Cette influence paraît négligeable, d'après les divers auteurs qui la signalent. De fait, Kayser (1) a montré que les levures, placées en milieu liquide dans des tubes effilés, meurent seulement entre 50° et 60° après un chauffage de cinq minutes; Blankenhorn et Moritz ont constaté que la fermentation est encore possible à 45°, bien que la température optima pour sa production soit comprise entre 30° et 35° (Büchner et Rapp).

L'action des sécrétions digestives a donné lieu à plus de controverses. Elle est, du reste, complexe et variable, difficile à établir par l'expérimentation, que celle-ci soit faite *in vivo*, en faisant ingérer des levures à des animaux, ou *in vitro*, en employant la méthode des digestions artificielles. Falk (2), Simanowsky (3), Neumayer (4) surtout, se sont attachés à la préciser. Les recherches de ce dernier, qui ont porté sur neuf espèces de levures, sont les plus complètes.

(1) E. Kayser. Les levures; caractères morphologiques et physiologiques; applications des levures sélectionnées. Paris, 1899.

(2) Falk. Ueber die Einwirkung von Verdauungssäften auf Fermente. (*Arch. f. Physiol.*, 1882, p. 187.)

(3) Simanowsky. Ueber die Gesundheitschädlichkeit hefetrüber Biere und über den Ablauf der künstlichen Verdauung bei Bierzusatz. (*Arch. f. Hyg.*, 1886, IV, 1.)

(4) Neumayer. Untersuchungen über die Wirkung der verschiedenen Hefearten, welche bei der Bereitung weingeistiger Getränke vorkommen, auf den thierischen und menschlichen Organismus. (*Thèse de Munich*, 1890.)

La salive n'a pas d'influence nuisible sur ces végétaux, ainsi qu'il ressort des expériences de Falk. Cet auteur lave des levures dans l'eau, les sèche et les émulsionne dans de la salive; après six heures de contact, il les place dans un milieu sucré et constate qu'elles n'ont rien perdu de leur activité. Comme, dans la réalité, la salive n'a qu'une action passagère, il n'est pas nécessaire de prolonger la durée de l'expérience, ni de rechercher si les levures peuvent provoquer la fermentation en présence de la salive. Elles passent, en effet, presque immédiatement dans l'estomac, où l'effet de la salive est arrêté par le suc gastrique.

En ce qui concerne ce dernier, il intervient soit par son acidité, soit par son ferment.

L'influence des divers acides est variable; elle dépend, en outre, des races de levures sur lesquelles on opère (Dumas, Lafar, Kayser). C'est surtout l'acide chlorhydrique qui nous intéresse ici : d'après Dumas, il aurait une action moins marquée que d'autres acides minéraux, tels que l'acide sulfurique, l'acide sulfureux, l'acide azotique. Nous avons, d'ailleurs, à ce sujet les expériences plus précises de Beylot (1). Ce dernier ensemence 1 gramme de levure haute dans des solutions sucrées contenant des quantités variables d'acide chlorhydrique (depuis 0 jusqu'à 4 ‰) et les place à l'étuve à 36°; il constate qu'une acidité comprise entre 0.50 et 1 ‰ favorise la fermentation, et qu'une proportion plus forte d'acide ne l'empêche pas. Or, l'acidité du suc gastrique à l'état normal ne dépassant guère 2 ‰, il ne peut en résulter d'influence défavorable pour les levures.

Mais l'action du suc gastrique ne relève pas de son acide seul. Il faut, en outre, tenir compte de la pepsine et des produits complexes de la digestion gastrique. C'est ce qui explique en partie les résultats différents obtenus par les divers auteurs. D'après Falk, le suc gastrique diminue ou abolit le pouvoir ferment des levures. Simanowsky, par contre, n'admet pas cet effet nuisible; mais ses expériences ne sont pas probantes : il se borne à laisser un certain temps la levure en contact avec le suc gastrique, puis à étudier son pouvoir ferment en la reportant dans un milieu sucré; on n'en peut déduire qu'un fait, c'est que la sécrétion gastrique ne détruit pas les levures.

Le problème est d'ailleurs double. Il faut rechercher : 1° si le suc gastrique détruit les levures; 2° si les levures peuvent produire la fermentation en présence du suc gastrique. Ce sont ces deux points qu'ont envisagés Neumayer, puis Beylot.

Dans une première série d'expériences, Neumayer laisse séjourner des levures dans 50 c.c. d'eau additionnés d'un demi centimètre cube d'extrait glycériné d'estomac de porc (solution de pepsine) et d'une quantité variable d'acide chlorhydrique (0.1 c.c., 0.2 c.c., 0.3 c.c.); puis, au bout de six et de vingt-quatre heures, il fait des ensemencements sur gélatine et dénombre les colonies qui ont poussé; il constate ainsi qu'il y a d'autant plus de levures détruites que l'acidité du milieu est plus marquée et que l'expérience a duré plus longtemps, mais que cependant un grand nombre restent vivantes. Dans une seconde série d'expériences, il ensemence les levures dans 100 c.c. d'une solution sucrée additionnée de 1 c.c. de la solution de pepsine et de 0.5 c.c. à 1.2 c.c. d'acide chlorhydrique; après six jours de séjour à l'étuve à 37°, il pèse les ballons et note la diminution de poids; il voit alors que, suivant l'échantillon ensemencé, tel ou tel degré d'acidité a empêché ou non la fermentation de se produire : deux levures sauvages ont provoqué la fermentation avec 0.9 c.c. d'acide chlorhydrique; d'autres levures sont restées sans action avec la faible proportion de 0.5 c.c. du même acide.

(1) Beylot. De la levure de bière dans le diabète sucré. (*Thèse de Bordeaux*, 1896.) — Les expériences de Beylot ont été faites avec des levures du commerce (levure des brasseurs, levure des pâtissiers) qui contiennent de nombreuses impuretés.

Beylot a expérimenté sur un chien porteur d'une fistule gastrique. Tout d'abord, il introduit directement dans l'estomac de cet animal une certaine quantité de levure; après deux heures et demie, il ensemence une petite quantité du contenu stomacal dans une solution sucrée et constate que la fermentation se produit. Puis il recueille une certaine quantité du même suc gastrique, dont l'acidité était de 0.83 ‰, l'ajoute à une solution sucrée qu'il ensemence avec de la levure haute, et s'assure que la fermentation se fait d'une façon très active.

En résumé, le suc gastrique a une influence nuisible sur les levures, puisqu'il détruit une partie d'entre elles après un contact plus ou moins prolongé. Cependant il n'empêche pas la fermentation de se produire, au moins avec des levures suffisamment résistantes. Il faut tenir compte, d'ailleurs, que dans l'estomac le suc gastrique est dilué par la boisson ingérée, qu'au début de la digestion l'acidité en est peu marquée, et qu'enfin une partie des levures doit passer rapidement à travers le pylore. Des levures en quantité suffisante et encore vivantes peuvent donc arriver dans l'intestin. Là elles sont soumises à de nouvelles influences.

Tout d'abord, la réaction du milieu change : d'acide elle devient alcaline. Cette alcalinité a peu d'importance; la fermentation peut, en effet, se produire en présence de la soude, de la potasse, de l'ammoniaque, à moins que la dose de ces bases ne soit trop forte (Dumas); elle peut également avoir lieu en présence des carbonates alcalins, et, d'après Beylot, des solutions de bicarbonate de soude à 4 ‰, dont l'alcalinité est voisine de celle du milieu intestinal, n'ont pas d'action sensible sur la fermentation.

En même temps que l'alcalinité, interviennent par leur influence propre les sucs digestifs : bile, suc pancréatique, suc intestinal. Des expériences conduites avec la méthode relatée à propos du suc gastrique ont montré à Neumayer que le nombre des levures susceptibles d'être repiquées avec succès diminue sensiblement après un séjour de six à vingt-quatre heures dans la bile. Cependant, ce liquide n'empêche pas la fermentation de se produire, si on ensemence les levures sur un mélange à parties égales de bile et d'une solution de sucre à 10 %. Les expériences antérieures de Falk avaient déjà conduit, d'ailleurs, cet observateur aux mêmes conclusions.

Quant au suc pancréatique et au suc intestinal, ils ne paraissent pas avoir d'effet nuisible sur les levures.

Mais les sucs digestifs ne sont pas les seuls facteurs susceptibles d'agir sur les ferments en question. L'intestin contient de nombreux microbes, la digestion des aliments laisse des résidus variés; quel est le rôle des uns et des autres?

L'action des microbes sur les levures n'a pas encore été étudiée d'une façon systématique. La plupart des espèces bactériennes paraissent n'influencer que peu le développement, le fonctionnement et la vitalité de ces dernières, comme nous avons pu nous en rendre compte (1). Ensemençant simultanément sur du bouillon glycosé à 5 % une des trois levures que nous avons étudiées (*Saccharomyces cerevisiæ*, levure haute, levure isolée d'un pain de levain de boulanger) et divers microbes, nous avons constaté que ces levures poussent d'une façon sensiblement normale en présence d'un colibacille et d'un streptocoque extraits de l'intestin d'un jeune enfant; qu'elles subissent un certain retard dans leur développement en présence d'un bacille pyo-

(1) P. Nobécourt. Action *in vitro* des levures sur les microbes. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 28 juillet 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 281.)

cyanique et d'un *Bacillus proteus* de même provenance; le *S. cerevisiæ* et la levure haute sont plus particulièrement sensibles. Dans ces conditions, le streptocoque n'a pas d'action sur la fermentation; le colibacille n'influence pas la fermentation produite par la levure de boulanger (peut-être même l'accélère-t-il, à en juger uniquement par le dégagement de bulles d'acide carbonique), tandis qu'il gêne plus ou moins la fermentation produite par le *S. cerevisiæ* et la levure haute; le *B. proteus* et le bacille pyocyanique paraissent l'empêcher, comme d'Arsonval et Charrin (1) l'ont d'ailleurs constaté pour ce dernier. Ensemencées sur des cultures en bouillon glycosé plus ou moins anciennes de ces diverses espèces microbiennes, les levures poussent bien et font ou non fermenter le sucre, suivant que celui-çi a été déjà plus ou moins attaqué par les microbes. Enfin, la vitalité des levures n'est nullement diminuée par leur contact avec les micro-organismes.

Reste à étudier l'influence des produits provenant de la digestion des différents aliments et de l'action exercée sur les substances nutritives par les microbes intestinaux. Ces produits peuvent, en effet, avoir une action nuisible, d'autant qu'ils sont encore plus abondants et plus variés dans les états pathologiques où l'usage des levures est indiqué. C'est ainsi que, dans l'estomac ou l'intestin, on peut trouver des acides lactique, butyrique, acétique, carbonique, de l'hydrogène, de l'hydrogène sulfuré, du gaz des marais, des composés ammoniacaux, des phénols, de l'indol, du scatol, des acides sulfoconjugués et bien d'autres composés dont le nombre et la variété sont grands. Or, il résulte des recherches de plusieurs expérimentateurs que les levures, après un séjour dans l'hydrogène, ont paru produire une fermentation un peu moins active (Dumas), que l'acide carbonique entrave le processus fermentatif, que les acides formique, acétique, propionique, butyrique, dans des proportions qui varient de 0.2 % à 1 % (Neale, Lafar), arrêtent la fermentation. Par contre, l'acide lactique à 1 et même à 2 % n'a pas grande importance à ce point de vue (Kayser).

De la série des recherches qui viennent d'être exposées, on peut conclure que les levures sont très résistantes à l'influence des différents facteurs pouvant agir sur elles dans le tube gastro-intestinal. Parmi les sucs digestifs, c'est le suc gastrique qui a l'effet le plus marqué, puisqu'un contact de quelques heures détruit un grand nombre de levures, et que seules les espèces les plus vivaces peuvent provoquer la fermentation en sa présence; par contre, la salive, la bile, le suc pancréatique agissent peu sur elles. Certains microbes, les résidus de la digestion, peuvent également avoir une influence défavorable.

A côté de ces actions nuisibles, il faut tenir compte, en outre, de deux autres facteurs : l'absence ou le manque d'oxygène dans le milieu intestinal et la valeur de ce milieu comme aliment des levures.

Dans l'estomac, les analyses révèlent assez fréquemment la présence de l'oxygène (Ewald, Hoppe-Seyler, etc.); cependant, dans 6 cas sur 19 étudiés par le dernier auteur, ce gaz faisait défaut. Cet oxygène provient de l'air atmosphérique, et à côté de lui on trouve, en effet, de l'azote; mais il est en partie résorbé par la muqueuse ou utilisé par les nombreuses espèces microbiennes végétant dans le tube gastro-intestinal. Aussi, dans le tube digestif, les levures sont-elles, en définitive, dans un milieu anaérobie; et dans un tel milieu ces végétaux se multiplient difficilement, comme l'a montré Pasteur, peuvent même perdre presque complètement leur propriété reproductrice (Cochin) et finissent par périr. D'autre part, il est vrai, les levures ont alors la faculté d'emprunter l'oxygène au sucre, d'agir comme ferments et de produire de l'alcool, ce qu'elles ne peuvent faire, toutefois, que si elles sont jeunes et vivaces (Pasteur).

Pour que cette dernière condition soit réalisée, il est nécessaire que les levures trouvent dans le tube digestif un milieu nutritif convenable. Des matières hydrocarbonées et azotées, certains sels leur sont indispensables. Parmi les hydrates de carbone, tous ne leur conviennent pas également : l'amidon, la dextrine ne peuvent être assimilés qu'au contact de l'air ou après saccharification; certains sucres seulement sont directement assimilables, les autres ne l'étant qu'après qu'ils ont été intervertis. Au nombre des composés azotés, l'albumine du blanc d'œuf, la caséine, la fibrine ne peuvent être utilisées par elles; mais elles peuvent assimiler les sels ammoniacaux (Pasteur, Duclaux et Mayer). Sans doute nombre de ces substances font partie de l'alimentation, mais il faut tenir compte de ce fait que, sous l'influence des sucs digestifs, elles sont rapidement modifiées et ne tardent pas à être absorbées. Cependant, l'absorption n'est pas si rapide que les levures n'aient le temps de consommer une partie des matières utilisables. Beylot a montré que les levures détruisent le sucre à l'état naissant, résultant de la saccharification des hydrates de carbone : il verse 40 c.c. d'eau bouillante sur 5 grammes de fécule, puis, après refroidissement, ajoute 0 gr. 20 centigr. de ptyaline, et de la levure; le tout est placé dans l'étuve à 36°; l'amidon est saccharifié et le sucre mis en liberté; les dosages faits au bout d'une heure, de trois heures et de six heures prouvent que la levure a détruit en trois heures une quantité de glycose naissant plus grande que son propre poids.

L'expérience démontre d'ailleurs la possibilité de la fermentation de la glycose dans le tube digestif sous l'influence des levures. Beylot fait ingérer à trois lapins 10 grammes de levures et 60 grammes de sirop de glycose. Au bout d'une heure apparaît un météorisme extrême, et des ponctions capillaires de l'estomac et de l'intestin laissent échapper une grande quantité d'acide carbonique.

Dans une autre expérience, le même auteur introduit à l'aide d'une sonde, dans l'estomac d'un lapin, 60 grammes de glycose dissous dans de l'eau; il constate deux heures après la présence du sucre dans l'urine; chez un second lapin qui ingère en même temps que le sucre 10 grammes de levure, cette glycosurie alimentaire ne se produit pas. Chez le chien, on peut constater le même fait. Ainsi, la levure de bière diminue la glycosurie alimentaire, dont l'intensité est constamment en rapport inverse avec la quantité de levure absorbée.

Avec une alimentation convenable, les levures peuvent donc vivre dans le tube digestif. Mais, comme nous le verrons plus loin, on ne saurait, en pratique, introduire sans inconvénient dans l'estomac une grande quantité de sucre. Aussi les levures semblent-elles végéter difficilement dans l'organisme. Nous avons fait ingérer à des cobayes des cultures de levures que nous recherchions ensuite dans les crottes par les examens directs et les cultures ; généralement, les cellules de levure étaient peu abondantes, petites, peu réfringentes, mal limitées ou à double contour; il en était ainsi en particulier chez un cobaye qui ingéra en huit jours 97 c.c. de culture récente en bouillon glycosé de notre levure de boulanger. D'autre part, nous avons sacrifié des cobayes un laps de temps variable après l'ingestion de cette même espèce, de *S. cerevisiæ* ou de levure haute en émulsion dans 10 c.c. d'eau distillée ou de bouillon glycosé : après six heures, on trouve des levures assez nombreuses dans les différentes parties du tube digestif (estomac, intestin grêle, gros intestin); au bout de dix heures, on en trouve également partout, mais en petit nombre; après dix-neuf et vingt-quatre heures, on n'en rencontre que quelques-unes dans la partie terminale de l'intestin grêle et dans le gros intestin, et peut-être sont-elles plus rares encore quand le cobaye a ingéré l'émulsion aqueuse qu'après l'administration d'émulsion dans le bouillon glycosé. Nous avons pu faire quelques constatations analogues sur des enfants à qui nous avions fait prendre des levures, en procédant à l'examen des matières fécales pendant la vie ou du contenu gastro-intestinal après l'autopsie.

II

Telles sont les influences auxquelles sont soumises les levures introduites dans le tube digestif ; susceptibles de résister aux actions nocives, elles peuvent y végéter dans certaines conditions. Mais par quel processus peuvent-elles avoir un effet favorable? Elles peuvent agir sur les sucs digestifs, sur les matières alimentaires et les résidus de leur digestion, sur les microbes et leurs produits de sécrétion.

L'action de la levure sur le suc gastrique a été la plus étudiée. Pour Simanowsky, les levures troublent les digestions gastriques artificielles; cependant ce fait est inconstant et peut ne pas se produire même avec l'emploi de grandes quantités de levures. Neumayer, avec des cultures pures, constate que, sous l'influence de la levure, l'acide chlorhydrique du suc gastrique diminue dans des proportions notables; par contre, la pepsine est peu attaquée et se retrouve toujours en quantité suffisante, même après un contact de trois à quatre semaines. P. Haan (1) expérimente chez le chien avec une levure basse, une levure haute et une levure de boulanger; il introduit dans l'estomac 30 grammes de levure dilués dans 300 c.c. d'eau distillée et analyse le suc gastrique au bout de quarante minutes; après des ingestions répétées, il constate que la motilité gastrique diminue très rapidement, que l'acidité totale est peu modifiée (il y a une très légère augmentation avec la levure haute), que le chlore total augmente avec la levure basse, diminue avec la levure haute et la levure de boulanger, que l'acide chlorhydrique libre disparaît avec la levure basse, augmente avec la levure haute et la levure de boulanger, que le taux de chlore fixe s'élève avec la levure basse et la levure de boulanger et n'est pas modifié avec la levure haute, tandis que celui du chlore organique s'accroît avec la levure haute et la levure basse. En somme, l'action des levures sur le suc gastrique est minime, et ces végétaux ne paraissent pas intervenir à titre d'agent favorisant la digestion. Cependant, Cassaët (cité par Beylot dans sa thèse) dit avoir observé de bons effets de leur emploi chez des dyspeptiques hypochlorhydriques avec asthénie gastrique, et dans des dyspepsies consécutives à une mauvaise dentition.

Quant à l'effet des levures sur le suc pancréatique, nous trouvons les mêmes contradictions; tandis que Simanowsky leur attribue une influence très défavorable, Neumayer ne leur en accorde aucune. Mais ces expériences sont trop incomplètes et mériteraient d'être reprises. De même celles de Bufalini (2), relatives à l'action de la levure de bière sur la bile.

En ce qui concerne l'action des levures sur les substances alimentaires, soit telles qu'elles sont introduites dans le tube digestif, soit modifiées par l'acte de la digestion, nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été dit plus haut relativement aux éléments nécessaires à ces végétaux. Nous

(1) D'Arsonval et Charrin. Le bacille pyocyanique et la levure de bière. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 14 janvier 1893, et *Semaine Médicale*, 1893, p. 29.) — Bacille et levure. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 4 et 25 février 1893, et *Semaine Médicale*, 1893, p. 56 et 98.) — Conditions de l'action du bacille pyocyanique sur la levure. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 25 mars 1893, et *Semaine Médicale*, 1893, p. 146.)

(1) P. Haan. Action de la levure sur le chimisme stomacal. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 25 juillet 1896.)

(2) Bufalini. Dell'azione del lievito di birra sulla bile e sopra altri liquidi animali. Sienne, 1875.

ne connaissons d'ailleurs d'une façon précise que leur effet sur les sucres, et il nous suffira de rappeler les expériences de Beylot, que nous avons déjà relatées. L'ingestion de levure en même temps qu'une solution sucrée empêche la glycosurie alimentaire de se produire; et, d'autre part, on peut, en prescrivant la levure, permettre aux diabétiques une alimentation hydrocarbonée sans que la glycosurie augmente, comme le montrent les observations de Cassaët et de Beylot.

Plus importante à considérer est l'influence des levures sur les microbes et sur leurs produits.

Il est difficile de rechercher d'une façon directe les modifications de la flore intestinale après l'ingestion de levures. Mais l'expérimentation *in vitro* peut donner quelques renseignements, comme nous l'avons prouvé en faisant des cultures simultanées, sur bouillon glycosé, de divers microbes intestinaux et des levures énumérées plus haut. Ensemencés en même temps que l'une de ces levures, le colibacille, le streptocoque de l'intestin, le *B. proteus*, le bacille pyocyanique, le bacille typhique, le vibrion cholérique (vibrion recueilli à Paris en 1884, vibrion de Dantzig) se développent normalement. Sur les cultures de levures datant de deux à six jours, ces différents microbes ne poussent pas ou poussent mal; sur des cultures plus âgées (de quinze à vingt jours), ils poussent déjà mieux; sur des cultures anciennes, de trente à soixante jours, ils poussent généralement bien. Il y a cependant quelques points spéciaux: c'est ainsi que le *B. proteus* poussait assez bien sur des cultures de levure de boulanger et de *S. cerevisiæ* datant de quatorze jours, mais ne poussait pas sur une culture semblable de levure haute; que le bacille typhique poussait mieux sur une culture de levure de boulanger de deux mois que sur une culture de *S. cerevisiæ* de même date.

Enfin les levures peuvent agir sur la vitalité de ces microbes. Avec aucune d'elles, la vitalité du vibrion cholérique ne semble modifiée; celle du bacille pyocyanique et du streptocoque ne l'est pas avec le *S. cerevisiæ* et la levure haute, ni celle du bacille typhique avec la levure de boulanger, ou du colibacille avec le *S. cerevisiæ*. Par contre, cette dernière espèce et la levure haute diminuent la vitalité du bacille typhique, la levure haute seule celle du colibacille.

De ce résumé de nos expériences découle la conclusion que certaines levures agissent défavorablement sur quelques microbes, mais que plus souvent l'action est nulle. Enfin, nous avons constaté, phénomène inverse, qu'en présence de la levure haute la vitalité du bacille pyocyanique est accrue, et que surtout la levure de boulanger prolonge d'une façon très notable la vitalité du colibacille, du streptocoque, du bacille pyocyanique. C'est ainsi qu'un streptocoque de l'intestin, en présence de cette dernière levure, pouvait encore être repiqué au quarantième jour, alors que seul il mourait au seizième jour.

S'il est permis de généraliser et de conclure de ce qui survient *in vitro* à ce qui se passe dans le tube digestif, ce qu'on ne saurait faire qu'avec d'expresses réserves, on voit que les levures peuvent avoir une influence nuisible sur quelques microbes.

Mais à côté de cet effet direct sur l'agent vivant, il y a l'effet sur les toxines ou sur les produits nuisibles résultant de l'action de ces microbes ou des sucs digestifs sur les substances alimentaires. Cette action doit être la principale, à en juger par ce que nous savons de l'effet des levures sur la toxine diphtérique, dont l'activité est diminuée dans des proportions considérables (Hallion, Nobécourt) (1).

Ici encore, cependant, nous en sommes réduits à des hypothèses. Cette étude de l'action des levures sur la flore gastro-intestinale est, pour ainsi dire, à entreprendre complètement.

Les levures agissent-elles sur les microbes et leurs produits d'une façon spéciale, ou bien cette influence est-elle le fait de circonstances banales? De nos expériences sur les microbes *in vitro*, il semble que l'effet nuisible provienne de l'acidification progressive du milieu; c'est en empêchant cette acidification et même en provoquant l'alcalinité que la levure de boulanger prolonge d'une façon marquée la vie de certains germes. C'est également par la production de l'acidité que les levures rendent inactive la toxine diphtérique, ainsi que Hallion l'a démontré. Cependant, ce qui distingue l'effet des levures de celui des acides simples c'est que, en végétant, les levures entretiennent d'une façon continue l'acidité du milieu; leur action est donc en quelque sorte une action vitale.

En résumé, les levures interviennent surtout par les modifications chimiques qu'elles apportent au milieu sur lequel elles végètent.

III

Nous avons signalé que les levures, pour se développer et agir dans l'intestin, avaient besoin d'y trouver une substance fermentescible capable de leur servir d'aliment. Mais cette présence simultanée d'une substance fermentescible et de levure peut ne pas être sans inconvénient. On a signalé, à la suite de l'ingestion d'un tel mélange, des accidents plus ou moins graves. E. Strauss (1) a observé le fait suivant: 70 personnes environ ayant ingéré de la bière à laquelle on avait ajouté la veille une grande quantité de levure furent prises de diarrhée, de vomissements, de fièvre, et quelques-unes, en outre, de phénomènes comateux. D'autres auteurs ont vu des cas analogues que l'on peut attribuer avec Strauss à la continuation dans le tube digestif du processus de fermentation, à la formation d'acide carbonique et à l'empoisonnement par ce gaz.

Au cours de recherches expérimentales on a, d'ailleurs, constaté également des phénomènes graves.

Chez les lapins de Beylot, qui avaient ingéré de la glycose et de la levure, apparut au bout d'une heure un météorisme très accentué qui aurait entraîné l'asphyxie si on n'avait fait immédiatement des ponctions capillaires de l'estomac et de l'intestin. Avec une quantité de glycose plus considérable, la distension du tube digestif et les phénomènes asphyxiques ne tardèrent pas à réapparaître et on dût renouveler les ponctions; malgré tout l'animal succomba deux heures et demie environ après l'ingestion, sans qu'on eût pu préciser la cause de la mort; il faut remarquer cependant que le lapin en question était resté assoupi pendant toute la durée de l'expérience, comme s'il avait ingéré de l'alcool en nature. Le chien est beaucoup plus résistant; il ne présente pas de ballonnement, pas de dyspnée, pas de phénomène d'ivresse ni de diarrhée (Beylot). De même le cobaye, comme nous avons pu nous en rendre compte dans nos expériences; pendant quelques heures il reste assoupi, le poil terne et hérissé, puis il se remet.

A côté de ces accidents immédiats, il est permis de se demander si l'ingestion répétée de levure ne peut être une cause de maladie. Un certain nombre d'affections ont été, en effet, attribuées à ces végétaux: Burkhardt (cité par Neumayer) a observé un cas de mycosis intestinal imputable à la levure de bière; Naunyn considère la fermentation alcoolique de la levure comme une des causes de dilatation de l'estomac; von Leube (1) trouve constamment des levures dans le catarrhe chronique de l'estomac et leur fait jouer un rôle dans sa production; Payne (2), chez un nourrisson mort d'atrophie infantile, a vu l'iléon tapissé d'une couche de mucus contenant des levures. Lesage (3), sur 473 cas de gastro entérite aiguë infantile, a trouvé 53 fois, en dehors de microbes coliformes, des levures prenant ou ne prenant pas le Gram. D'autres exemples de l'importance des levures dans la pathogénie de certaines maladies du tube digestif pourraient être rapportés. Mais en somme ce sont là des exceptions qui ne doivent pas empêcher les tentatives thérapeutiques.

IV

Ce n'est pas le lieu d'étudier ici les nombreuses affections contre lesquelles on a préconisé les levures. Leur ingestion a été proposée depuis longtemps dans la furonculose avec ou sans diabète; on les a données encore dans l'entéroptose, dans certaines infections gastro-intestinales des jeunes enfants, dans la scarlatine, la rougeole, le typhus, la diphtérie, la pneumonie, la grippe, etc. Mais, d'une telle richesse d'indications, il ne résulte pas que cette médication ait toujours donné des résultats favorables. Aussi l'étude de ces indications devra-t-elle être reprise avec une critique plus serrée et en tenant grand compte des données que nous avons cherché à préciser au cours de ce travail. Des recherches poursuivies jusqu'à ce jour découlent, en effet, des faits intéressants. Si un certain nombre de levures peuvent traverser le tube digestif sans être détruites, leur vitalité ne persiste que dans des conditions que la clinique et l'expérimentation devront déterminer d'une façon plus exacte. D'autre part, si, d'après les données cliniques, les levures semblent agir en modifiant les fermentations intestinales, il ne faut pas se borner à cette formule générale; l'expérimentation permet de supposer qu'elles interviennent, au moins en partie, en acidifiant le milieu: par suite, elles ne conviennent pas également à tous les états morbides, elles peuvent même nuire à certains. Enfin, comme nous croyons l'avoir montré, quelques levures, loin d'avoir un effet utile peuvent, au contraire, être nuisibles, et toutes ne semblent pas avoir la même action dans les différents cas. Ce sont là des questions qui méritent encore une étude approfondie, et qui, jusqu'à nouvel ordre, imposent une réserve prudente dans l'appréciation des faits.

Dr P. NOBÉCOURT,
Ancien chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris, chef du laboratoire de l'hospice des Enfants-Assistés.

CHIRURGIE PRATIQUE

Technique de l'opération de l'empyème.

Avant de décrire les divers temps qui constituent l'opération de l'empyème, il nous paraît utile d'indiquer les règles relatives au choix du procédé d'anesthésie et à la détermination du siège de l'incision.

Anesthésie. — Si l'on ne veut pas exposer le malade aux accidents trop fréquemment favorisés, dans les opérations d'empyème, par l'anesthésie générale avec le chloroforme ou

(1) HALLION. Action de la levure de bière et des acides qu'elle sécrète sur la toxine diphtérique. (*Intermédiaire des biol. et des méd.*, juillet 1899.) — (*Volume jubilaire du cinquantenaire de la Société de biologie*, p. 677, Paris, 1899.)
P. NOBÉCOURT. Action des levures sur la virulence du bacille de Löffler et sur la toxine diphtérique. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 28 juillet 1900 et *Semaine Médicale*, 1900, p. 281.)

(1) STRAUSS. Zahlreiche Erkrankungen durch gährendes Bier. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1864, XXX, 5-6, p. 601.)

(1) VON LEUBE. Art. « Gastrektasie » *in* Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie de von Ziemssen. T. VII, 2e partie. Leipzig.

(2) PAYNE. Manual of general pathology, designed as an introduction to the practice of medicine, p. 593. Londres, 1888.

(3) LESAGE. De la gastro-entérite aiguë des nourrissons, p. 24. Paris, 1899.

l'éther, on réalisera une anesthésie locale très suffisante avec la cocaïne, à la condition de chercher à rendre aussi complète que possible l'infiltration des parties molles. Pour atteindre ce but, on fait, suivant la ligne que le bistouri doit suivre, cinq ou six piqûres successives, en dirigeant l'aiguille très obliquement et en la faisant pénétrer jusqu'au niveau du plan costal; lorsqu'elle est ainsi engagée toute entière dans l'épaisseur des tissus que l'on veut insensibiliser, on commence à injecter lentement la cocaïne, en même temps que l'on retire peu à peu l'instrument, de manière à infiltrer à reculons le trajet parcouru par l'aiguille. Avec 0 gr. 03 ou 0 gr. 04 centigr. de chlorhydrate de cocaïne en solution à 2 %, injectés au moyen d'une seringue d'une contenance de 2 grammes, on obtiendra, après un quart d'heure environ, une anesthésie parfaite des parties molles; dans le procédé costal, la résection de la côte restera seule douloureuse et devra, pour cette raison, être pratiquée aussi lestement que possible.

Siège de l'incision. — Lorsque l'empyème, enkysté, occupe seulement une portion de la cavité pleurale, le siège de l'incision thoracique est déterminé uniquement par la ponction faite dans la partie la plus déclive de la zone de matité délimitée par la percussion.

Dans le cas, au contraire, où l'épanchement purulent occupe la grande cavité pleurale, on a toute liberté pour choisir le lieu de l'incision, et ce choix n'est pas sans avoir une réelle importance au point de vue de la rapidité de la guérison, les abcès pleuraux, comme toutes les collections purulentes, devant être ouverts au point déclive. Les opinions des auteurs ont singulièrement varié sur cette détermination du siège d'élection de la pleurotomie, et tous les espaces intercostaux, sauf les trois premiers et le dernier, ont eu leurs défenseurs. Toutefois, c'est sur le huitième, le neuvième ou le dixième espace qu'on a généralement conseillé de faire porter l'incision, de préférence dans leur partie la plus postérieure.

L'ouverture de l'abcès pleural doit être *basse* et *postérieure*. Après avoir soigneusement déterminé par la percussion et l'auscultation les limites de l'épanchement, on ponctionnera dans sa partie postérieure — c'est-à-dire en arrière de la ligne verticale abaissée du sommet de l'aisselle — de préférence le *huitième* espace, préconisé par Walther, et, la ponction ayant confirmé la présence du pus à ce niveau, l'incision, limitée en avant par la ligne axillaire, sera faite dans cet espace, pour la thoracotomie intercostale, ou bien elle mettra à nu la *huitième* ou la *neuvième côte*, dans le procédé costal, comme nous allons le dire.

L'opération de l'empyème peut être faite avec ou sans résection costale. Dans le premier cas, l'incision de l'abcès pleural, qui restera large et béante, est pratiquée sur le milieu de l'espace correspondant au segment de côte réséqué; l'orifice pleural et la plaie cutanée y sont en parfaite concordance. Dans le deuxième cas, l'ouverture, étroite, siège dans un espace intercostal, et les tubes à drainage y sont souvent comprimés.

Nous décrirons la technique de la pleurotomie avec résection sous-périostée d'un fragment de côte; le seul inconvénient de cette méthode est de prolonger de quelques instants la durée de l'opération; en revanche, ses avantages ne sont pas contestables, car l'ablation d'un fragment de côte, en permettant l'emploi de gros tubes qui n'ont aucune compression à subir, suffit à assurer un drainage efficace et, par suite, une guérison rapide.

D'une façon générale, on réséquera la côte qui limite inférieurement l'espace intercostal au niveau duquel la ponction a montré la présence du pus, plutôt que la côte qui constitue la limite supérieure de cet espace.

PREMIER TEMPS. — *Incision des parties molles :* Après insensibilisation à la cocaïne, on incise d'un seul coup les parties molles, y compris le périoste, en suivant le milieu de la face externe de la côte à réséquer. Le bistouri pénètre d'emblée jusqu'à l'os, et l'incision, qui part de la ligne axillaire ou vient y aboutir, suivant que la lésion siège à gauche ou à droite, mesure de 8 à 10 centimètres de longueur (*fig. 1*).



Fig. 1.

DEUXIÈME TEMPS. — *Résection costale :* Avec la rugine droite de Farabeuf, décollant successivement la lèvre supérieure et la lèvre inférieure de l'incision périostique, on dénude soigneusement la face externe de la côte sur une longueur de 6 à 7 centimètres, la partie moyenne du segment dénudé correspondant au milieu de l'incision des parties molles. Les insertions des muscles intercostaux sont ensuite détachées, toujours avec la rugine droite, des bords supérieur et inférieur. La rugine droite fait alors place à la rugine courbe sur le plat, qui complète la dénudation de la côte en décollant de sa face interne le périoste qui la recouvre, doublé du feuillet pariétal de la plèvre (*fig. 2*). On arrive



Fig. 2.

de cette façon à contourner entièrement la surface osseuse de la côte, et, pour la libérer de son étui périostique, il suffit à ce moment d'imprimer à la rugine courbe, engagée en dedans de la côte, quelques mouvements de va-et-vient, alternativement d'arrière en avant et d'avant en arrière, dans une étendue correspondant à la longueur du segment que l'on veut réséquer.

On introduit alors sous la côte le mors mousse et concave du costotome de Farabeuf, et l'on sectionne l'une après l'autre chacune des extrémités du segment dénudé, enlevant ainsi 5 ou 6 centimètres de côte (*fig. 3*).

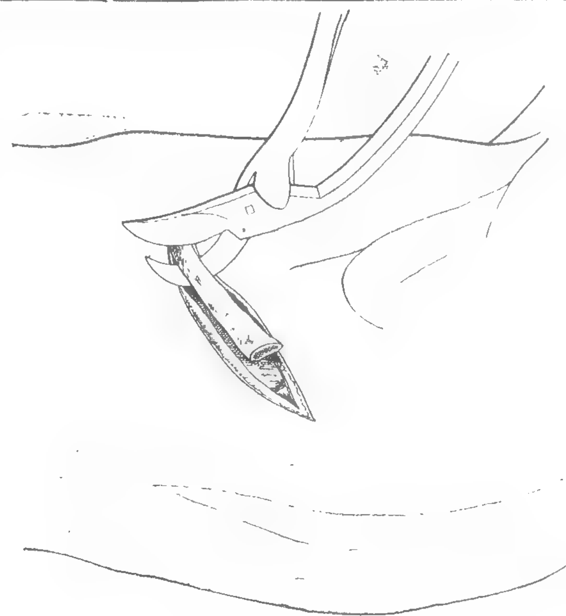


Fig. 3.

TROISIÈME TEMPS. — *Incision du feuillet périostique interne et de la plèvre pariétale :* Si l'on veut éviter à coup sûr une lésion du diaphragme, dans le cas où il existerait des adhérences entre la plèvre diaphragmatique et la plèvre costale, il est prudent, avant d'ouvrir largement l'espace sous-costal, de le ponctionner avec la pointe du bistouri, ce qui permet, d'autre part, d'évacuer lentement le contenu de la plèvre en évitant l'entrée brusque de l'air dans la cavité pleurale.

Lorsque l'évacuation du pus paraît s'être faite en grande partie, on complète l'incision du feuillet périostique interne et de la plèvre pariétale, suivant toute la longueur de la résection costale (*fig. 4*). On achève ainsi l'évacuation de la collection pleurale.

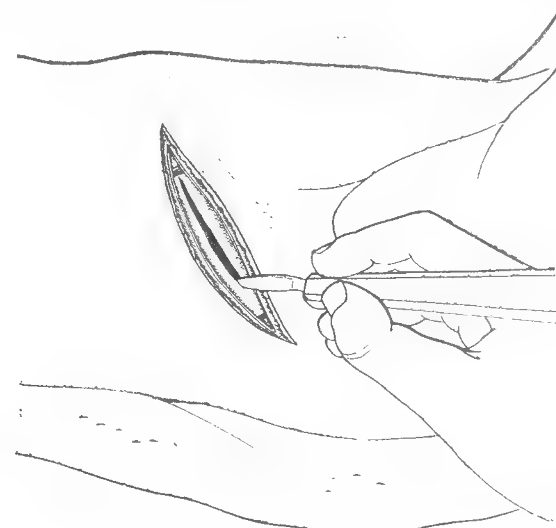


Fig. 4.

QUATRIÈME TEMPS.— *Exploration; résection costale complémentaire, s'il y a lieu:* La cavité pleurale étant largement ouverte, il est nécessaire de l'explorer avec l'index dans sa portion la plus déclive, c'est-à-dire en bas et en arrière, de façon à s'assurer si la déclivité de l'incision se trouvera réalisée à la fois dans le décubitus dorsal et pendant la station assise ou debout.

Deux éventualités peuvent se produire :

Dans le *premier cas*, le doigt, introduit dans la plèvre et dirigé au-dessous et en arrière de la plaie pariétale, constate que l'abcès pleural ne s'étend pas vers le bas au delà de la limite inférieure de l'ouverture thoracique; l'opération est alors terminée, et il ne reste plus qu'à assurer le drainage et à faire le pansement.

Dans le *deuxième cas*, au contraire, on reconnaît l'existence d'un cul-de-sac au-dessous du niveau de l'incision du thorax, au delà de la côte ou des côtes sous-jacentes, et il devient indispensable, pour permettre une guérison rapide, de pratiquer une résection costale complémentaire, qui reporte l'incision pleurale au point le plus déclive. Pour cela, de l'extrémité

postérieure de l'incision tégumentaire, on fait partir une deuxième incision perpendiculaire à la première, qui donne un lambeau triangulaire se rabattant en avant et en bas. La hauteur de cette deuxième incision est proportionnée à l'étendue du cul-de-sac pleural situé au dessous de la première incision. Le lambeau rabattu, on pratique, comme dans le deuxième temps, la résection d'un fragment d'une ou de deux côtes sous-jacentes, de façon à pouvoir ouvrir largement la partie la plus déclive de l'abcès pleural (*fig. 5*). Après cette résection sous-périostée

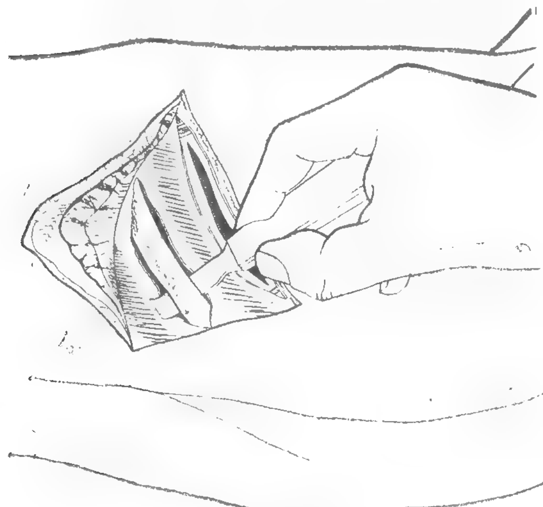


Fig. 5.

complémentaire, on incise les muscles intercostaux et le périoste interne, au ras des sections costales postérieures (*fig. 6*), et l'on for-

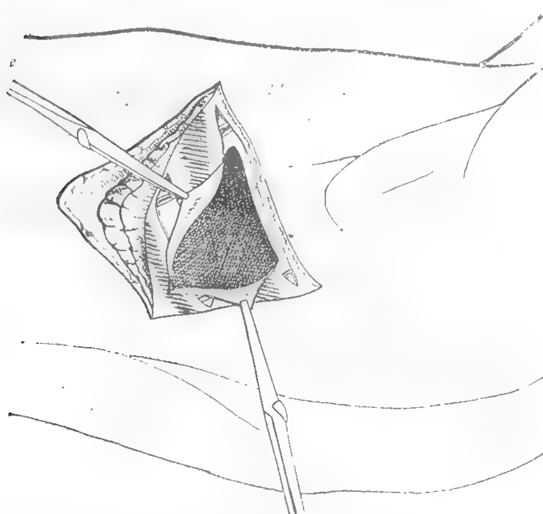


Fig. 6.

cipressure les artères intercostales intéressées, qui nécessitent rarement une ligature.

Cinquième temps. — *Drainage et pansement :* Lorsque l'exploration montre que l'incision faite suivant l'axe de l'espace costal primitivement choisi correspond bien à la partie la plus déclive de l'abcès pleural, il ne reste plus qu'à mettre dans la plaie deux drains d'un diamètre de 15 millimètres au minimum (*fig. 7*).

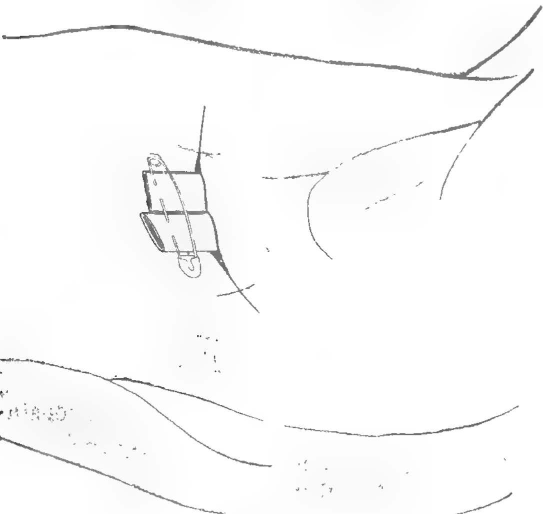


Fig. 7.

Il n'est pas inutile de rappeler à ce propos qu'il ne faut jamais négliger de munir ces drains d'une épingle de sûreté, limitant leur pénétration, attendu qu'il n'est malheureusement pas rare de rencontrer des malades porteurs de drains oubliés au fond de vieilles fistules pleurales consécutives à l'empyème.

Si l'incision cutanée paraît un peu trop longue, on place un point de suture à chacune de ses extrémités, pour réduire sa longueur à 5 ou 6 centimètres environ.

Quand on a dû, pour ouvrir largement l'abcès au point le plus déclive, rabattre un lambeau cutané au moyen d'une deuxième incision, perpendiculaire à la première, et faire une résection costale complémentaire, on termine l'opération en suturant le bord supérieur du lambeau, ainsi que l'angle formé par la réunion de ses deux bords libres, et la partie supérieure de son bord postérieur, de façon à laisser seulement une ouverture, en bas et en arrière, pour le passage des drains (*fig. 8*).



Fig. 8.

Quel que soit le procédé employé, *costal* ou *intercostal*, le but essentiel que vise l'opération de l'empyème réside dans la position déclive de l'ouverture destinée au drainage de l'abcès, drainage qui doit durer tant que la suppuration n'est pas tarie.

On a longtemps discuté sur l'opportunité des *lavages*, antiseptiques ou simplement aseptiques, au cours de l'intervention et dans le traitement consécutif. Tous les chirurgiens semblent aujourd'hui d'accord pour proscrire cette manœuvre pendant comme après l'opération, sauf dans le cas de pleurésie gangreneuse, pour lequel beaucoup d'entre eux admettent encore l'utilité d'un lavage destiné à entraîner mécaniquement les débris sphacélés et putrides.

Dr Maurice Cazin,
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

MÉDECINE PRATIQUE

La pneumonie à forme appendiculaire.

A côté des complications thoraciques de l'appendicite, dont l'existence est aujourd'hui de notion courante, il est une autre catégorie de faits peu connus et qui méritent, cependant, d'attirer l'attention du praticien en raison des erreurs d'interprétation auxquelles ils peuvent donner lieu. Ce sont des cas où l'on voit une affection de l'appareil respiratoire réaliser le tableau classique de l'appendicite, et cela sans qu'il y ait la moindre lésion de l'appendice. Un confrère américain, M. le docteur R. Morris, a signalé deux faits de ce genre, il y a plus d'un an et demi. Mais ces deux observations isolées ont passé à peu près inaperçues et ne paraissent pas avoir d'analogues dans la littérature médicale. Or, M. le docteur P. Mirande vient de reprendre la question dans sa thèse inaugurale, basée sur 8 cas nouveaux, dont 3 communiqués par M. le docteur Hutinel, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris. La plupart de ces cas (6 sur 8), ainsi que ceux qui avaient été publiés par M. Morris, se rapportent à la pneumonie lobaire et montrent qu'il est nécessaire, pour les besoins de la clinique, de distinguer une variété spéciale de cette affection à laquelle il convient, à cause de la prédominance des signes simulant l'appendicite, d'appliquer la dénomination de *pneumonie à forme appendiculaire*.

Dès le début, et pendant les trois ou quatre premiers jours, cette variété de pneumonie évolue avec tous les symptômes classiques de l'appendicite. Les frissonnements répétés, la fièvre plus ou moins modérée, les vomissements bilieux, la douleur iliaque laissent, pour ainsi dire, le poumon dans l'ombre, de sorte que non seulement on est loin de soupçonner l'existence d'une pneumonie, mais encore le diagnostic d'appendicite s'impose au point de faire parfois juger l'intervention chirurgicale absolument indispensable. On opère, et l'on trouve un appendice absolument normal, tandis que, deux ou trois jours après, le mot de l'énigme est donné par un souffle tubaire et des râles crépitants.

Que si les frissons, la fièvre et les vomissements — symptômes traduisant la réaction générale de l'organisme à l'égard de l'infection — sont communs (question de degré et de fréquence mise à part) à l'appendicite et à la pneumonie et peuvent, à la rigueur, laisser le diagnostic en suspens, il semble que la douleur — qui, elle, ressortit à la symptomatologie locale — doive toujours revêtir des allures caractéristiques. En effet, l'existence du point de McBurney n'est-elle pas considérée comme un signe pathognomonique de l'appendicite et, d'autre part, la douleur de côté ne constitue-t-elle pas le phénomène le plus caractéristique du début de la pneumonie fibrineuse ?

On sait, il est vrai, que chez les enfants le point de côté fait souvent place à des douleurs abdominales. Mais, à en juger d'après les matériaux recueillis par M. Mirande, la chose s'observe également dans la pneumonie des adultes. La douleur peut être localisée exclusivement à la fosse iliaque droite : *de point de côté elle devient point de McBurney*, et cela alors même qu'il s'agit d'une pneumonie gauche. C'est que les deux localisations ne seraient autre chose que des névralgies intercostales réflexes ayant leur point de départ, suivant le cas, dans les filets sympathiques du poumon ou bien dans ceux de l'appendice.

Si l'on ajoute que, en pareille occurrence, la dyspnée n'existe pas toujours et qu'elle peut, d'ailleurs, être facilement rattachée à l'appendicite pour peu qu'il y ait du météorisme, on conçoit combien une pneumonie de ce genre peut en imposer pour l'appendicite. L'erreur est surtout à craindre chez les enfants, car la pneumonie affecte volontiers, chez eux, une allure abdominale (coliques, vomissements, constipation), en même temps que les signes thoraciques et, en particulier, la toux et l'expectoration sont peu accusés.

Toutefois, il importe de faire remarquer que le syndrome appendiculaire n'appartient qu'à la période de début de la pneumonie : il ne tarde pas à se désagréger, persistant rarement au-delà du quatrième jour. Dans certains cas, l'hyperthermie intense et durable, qui n'est guère le fait de l'appendicite, l'aspect particulier du visage, congestionné et vultueux, la rougeur de la pommette, l'apparition précoce de la toux mettront le diagnostic sur la bonne voie longtemps avant la disparition des signes abdominaux. D'autre part, on tiendra compte des manifestations militant en faveur de l'existence d'une appendicite, veinosités abdominales, œdème de la peau, sensibilité au toucher du cul-de-sac de Douglas chez la femme et du

cul-de-sac recto-vésical chez l'homme. On se souviendra, enfin, que la différence entre les températures rectale et axillaire, qui dans les pyrexies oscille entre 0°02 et 0°05, atteint dans l'appendicite 1°1 à 1°4 (Schüle).

Quoi qu'il en soit de la valeur de ces différents signes, l'existence d'une variété de pneumonie à début simulant l'appendicite impose la plus grande circonspection dans le diagnostic de cette dernière affection et nécessite toujours un examen minutieux du thorax. Elle constitue aussi un argument en faveur d'une temporisation avant l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'appendicite, temporisation de très courte durée, puisque le syndrome appendiculaire qui masque la pneumonie se dissipe d'ordinaire au cours des premiers jours de l'affection.

Un procédé d'exploration rendant sensible le réflexe rotulien.

On éprouve parfois de la difficulté à se rendre compte de l'état du réflexe rotulien quand ce réflexe est très affaibli ou encore lorsque le patient contracte les extenseurs de la jambe — soit involontairement, soit à dessein — pendant qu'on percute le tendon avec le marteau ou, plus simplement, avec le bord cubital de la main.

Pour les cas de ce genre, M. le docteur Walbaum, assistant de l'hôpital de Harburg, se sert d'un procédé d'exploration qui serait plus sensible que la méthode classique :

Il fait asseoir le malade sur le bord d'une chaise, la jambe à examiner reposant sur le sol et faisant ainsi un angle obtus avec la cuisse ; il applique alors une main sur le genou de façon que les extrémités des doigts se trouvent en contact avec le ligament rotulien inférieur, tandis que les éminences thénar et hypothénar s'appuient sur le bord supérieur de la rotule ; puis il percute avec le poing la face dorsale de la main qui embrasse de la sorte le genou. Lorsque le réflexe tendineux est conservé, quelque faible qu'il soit, chacun de ces coups provoque dans le tendon rotulien inférieur une secousse que les doigts tenus à ce niveau perçoivent très distinctement.

Pour appliquer ce procédé chez les malades alités, il suffit qu'un aide soulève au dessus du plan du lit, par le creux poplité, la jambe du sujet en expérience.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 janvier 1901.

Gastrectomie totale suivie de guérison.

M. J. Bœckel (de Strasbourg). — J'ai eu l'occasion de pratiquer, il y a quelques mois, l'ablation totale de l'estomac chez une femme de trente-huit ans qui entra dans mon service le 5 octobre dernier pour des troubles gastriques durant depuis deux ans.

La palpation de l'abdomen me permit de constater dans la région sous-ombilicale gauche une tumeur dure, bosselée, excessivement mobile, de la grosseur d'une pomme. A son niveau, la peau était souple, lisse et non adhérente.

Il n'y avait ni sucre, ni albumine dans les urines ; le cœur et les poumons étaient sains.

La situation de la tumeur, sa mobilité, sa consistance, me firent admettre l'existence d'un carcinome du côlon transverse, que je me décidai à extirper le 9 octobre.

En examinant une dernière fois l'abdomen au moment de l'opération, je constatai que la tumeur n'occupait plus la région sous-ombilicale, mais qu'elle était franchement au dessus de l'ombilic. Je rejetai alors mon premier diagnostic et émis l'opinion qu'il s'agissait vraisemblablement d'un cancer de l'estomac.

Je pratiquai au niveau de la ligne blanche une incision de 12 centimètres en contournant l'ombilic. Le péritoine divisé, il me suffit de refouler légèrement le lobe gauche du foie pour mettre à nu la tumeur, qui occupait la petite courbure de l'estomac dans toute son étendue et s'étendait jusqu'au niveau du pylore.

J'attirai l'estomac hors de la plaie et, jugeant que sa résection totale s'imposait, je commençai par le libérer au niveau de sa grande courbure. Je dégageai ensuite son extrémité supérieure par une incision pratiquée au niveau du cardia. Cela fait, je libérai l'estomac au niveau de sa petite courbure, le détachai du pancréas auquel il adhérait assez solidement et terminai l'opération en sectionnant le duodénum et en anastomosant, après hémostase, la plaie duodénale à la plaie cardiaque. Le ventre fut ensuite refermé, sans drainage.

L'opération, qui avait duré en tout une heure et demie, s'était faite pour ainsi dire à blanc.

Les suites opératoires furent des plus simples : la plaie guérit par première intention sans fistule ultérieure, et la malade, parfaitement rétablie, put se lever au bout de vingt-deux jours et quitter le service le trente-troisième jour.

En ce qui concerne les fonctions digestives, elles sont rapidement devenues satisfaisantes, à la condition de ne donner à la patiente que des repas légers, fréquemment répétés. L'amélioration de l'état général s'est traduite par une augmentation de poids de 20 livres, indice certain d'une assimilation parfaite et régulière.

De cette observation, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

L'ablation totale de l'estomac est non seulement compatible avec l'existence, mais encore produit une amélioration notable. Si, jusqu'ici, elle n'a trouvé d'indications que dans des cas de tumeur maligne, à côté du cancer viendront sans doute se ranger plus tard certaines affections gastriques graves, qui, par leur siège ou leur étendue, ne seront plus justiciables de l'anastomose gastro-intestinale.

Le manuel opératoire de l'ablation totale de l'estomac comprend cinq temps essentiels qui sont :

1° La libération au niveau de la grande courbure, par la section du ligament gastro-colique ;

2° La libération du pôle supérieur de l'estomac, entre deux pinces intestinales, la supérieure étant placée au-dessus ou immédiatement au dessous du cardia ;

3° La libération de l'organe au niveau de la petite courbure par section du ligament gastro-hépatique ;

4° La libération du pôle inférieur après section entre deux pinces de la première portion du duodénum ;

5° L'anastomose de l'orifice cardiaque avec le duodénum.

La réunion de la paroi abdominale sans drainage termine l'opération.

M. Balestre (de Nice) lit, au nom de M. Gilletta de Saint-Joseph et au sien, une note sur la mortalité infantile dans la population urbaine de la France.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 décembre 1900.

Du sérum musculaire.

M. C. Richet. — Je propose de nommer *sérum musculaire* ou *myosérum* le suc de viande obtenu par compression, qui est, ainsi que je l'ai montré, la seule partie de la viande crue douée de propriétés curatives à l'égard de la tuberculose expérimentale du chien (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 81).

C'est un liquide rouge, de réaction amphotérique ou très faiblement alcaline, coagulable par la chaleur et l'acide azotique. Outre des matières minérales, il renferme par kilogramme environ 50 grammes de substances albuminoïdes, parmi lesquelles il convient de citer de l'hémoglobine (1 ‰).

En injection sous-cutanée ou intraveineuse, à la dose de 5 c.c. par kilogramme d'animal, le sérum musculaire produit un abaissement notable de la pression artérielle ; l'animal présente des vomissements et de la diarrhée sanguinolente, et la mort survient en vingt-quatre à quarante-huit heures, parfois moins, dans le coma. L'autopsie révèle une congestion intense des intestins et du foie ; la coagulabilité du sang n'est pas modifiée ; les reins n'offrent aucune altération.

La quantité de 3 c.c. par kilogramme d'animal est généralement supportée, mais elle constitue la limite de la tolérance.

La viande de bœuf fraîche donne, avec une presse développant 25 kilogrammes de pression par centimètre carré, environ 33 % de myosérum ; la viande congelée en fournit jusqu'à 50 %.

Action anticoagulante des injections intraveineuses de lait d'une espèce animale sur le sang des animaux de même espèce.

M. L. Camus. — J'ai montré récemment que l'injection, dans les veines d'un chien, de lait de vache frais et écrémé après centrifugation rend incoagulable le sang de l'animal en expérience.

M. Delezenne, ayant repris ces recherches, a obtenu des résultats analogues, mais qu'il explique par ce fait que le lait injecté ne provient pas de l'espèce à laquelle appartient l'animal qui reçoit l'injection. Dans le but de vérifier cette hypothèse, j'ai expérimenté les effets du lait de chienne sur le chien : j'ai vu presque constamment le sang de l'animal ainsi traité devenir incoagulable. Il importe seulement de retenir — je l'avais déjà fait remarquer à propos du lait de vache — que certains chiens sont absolument réfractaires aux injections lactées.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 décembre 1900.

Méningite à bacilles d'Eberth au cours de la fièvre typhoïde.

M. Laignel-Lavastine communique l'observation d'une malade du service de M. Béclère, qui tomba dans le coma au troisième septénaire d'une fièvre typhoïde et succomba trois jours après.

A l'autopsie, on trouva une méningite suppurée de la base de l'encéphale, avec lésions prédominant au niveau de la protubérance et des pédoncules cérébraux. L'ensemencement sur gélose et sur bouillon de l'exsudat purulent que l'on recueillit à la base de l'encéphale donna des cultures pures de bacille d'Eberth qui agglutinaient le sérum des typhoïdiques comme les cultures témoins. D'autre part, l'examen histologique des coupes des méninges et de la substance cérébrale sous-jacente permit d'y constater la présence de bacilles d'Eberth à l'exclusion de tout autre microbe. Le rôle pathogène du bacille spécifique, dans ce cas de méningite typhoïdique, semble donc incontestable.

M. Danlos présente deux jeunes filles atteintes de syphilides pigmentaires de la région cervicale ; mais, tandis que chez l'une de ces malades il s'agit d'une simple dyschromatose cutanée, chez l'autre il existe, en outre, une véritable atrophie du derme donnant lieu à de petites dépressions cupuliformes de la peau.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 janvier 1901.

Cytodiagnostic des méningites.

M. V. Griffon. — Depuis que MM. Widal, Sicard et Ravaut ont montré le parti qu'on peut tirer de l'examen cytologique des liquides recueillis par ponction lombaire pour reconnaître l'existence et déterminer la nature des méningites, j'ai eu l'occasion d'étudier 4 cas de méningite aiguë de l'adulte.

Chez deux de ces malades, l'examen des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien décela exclusivement des lymphocytes ; dans un troisième fait, aux lymphocytes se trouvaient mêlés quelques polynucléaires, peu nombreux, d'ailleurs, et ne prêtant pas à l'erreur, car la prédominance de la lymphocytose était au premier coup d'œil évidente. Il s'agissait, dans ces trois cas, de méningite tuberculeuse.

Dans une quatrième observation, la constatation d'une polynucléose nous fit porter d'emblée le diagnostic de méningite aiguë non tuberculeuse, diagnostic que confirma la culture en montrant, dès le lendemain, des colonies du méningocoque de Weichselbaum.

Nous avons pratiqué, en même temps que l'examen cytologique, la culture du liquide céphalo-rachidien sur *sang gélosé glycériné*, cette dernière ayant pour objet de donner, pour le contrôle des cas caractérisés par la lymphocytose, des colonies de bacille tuberculeux. C'est aussi la marche que nous suivons, avec M. Bezançon, pour l'étude des épanchements pleuraux : cyto-diagnostic et culture. Facile quand il s'agit du liquide céphalo-rachidien, la culture est plus délicate quand on opère sur des sérosités pleurétiques, dont la fibrine englobe les microbes et les isole de la surface du sang gélosé. Pour nous débarrasser de la fibrine et ensemencer le plus grand nombre possible de microbes, nous centrifugeons actuellement les liquides fibrineux aussitôt qu'ils sont retirés de l'organisme, et nous n'ensemençons que le culot.

M. Widal. — Je crois, comme M. Griffon, que, pour ensemencer tous les bacilles tuberculeux contenus dans le liquide séro-fibrineux des pleurésies, il faut centrifuger immédiatement après la prise. Par contre, pour les recherches cytologiques, la centrifugation après défibrination est, ainsi que je l'ai indiqué avec M. Ravaut, la seule méthode applicable en clinique; elle doit rester la méthode de choix.

Des recherches comparées faites sur des liquides pathologiques humains nous ont montré, en effet, que le sens général de la formule histologique reste le même lorsqu'on centrifuge immédiatement après la prise, avant toute formation de coagulum. C'est ainsi que le liquide de la pleurésie dite idiopathique, par exemple, est toujours caractérisé, quoi qu'on fasse, par une lymphocytose. En cas de centrifugation immédiate, on trouve seulement parfois de très rares polynucléaires et quelques grandes cellules mononucléaires un peu plus nombreuses qu'après défibrination, mais la formule est toujours lymphocytique.

Etude cytologique du liquide de l'hydrocèle.

MM. Tuffier et **Milian.** — Les examens cytologiques que nous avons pratiqués sur des liquides provenant de différentes espèces d'hydrocèles prouvent qu'il est possible d'obtenir, par ce procédé, des renseignements importants pour le diagnostic étiologique de ces affections.

Alors que le liquide de l'hydrocèle simple est, en général, très pauvre en éléments cellulaires (50 par millimètre cube) et ne renferme guère que de grandes cellules ovalaires à noyau excentrique, vraisemblablement endothéliales, l'épanchement de l'hydrocèle symptomatique d'une tuberculose testiculaire est riche en éléments cellulaires (2,200 par millimètre cube), constitués exclusivement par des lymphocytes.

Dans un cas d'hydrocèle tuberculeuse où le liquide s'était reproduit après une première ponction, nous avons vu apparaître les grandes cellules à noyau excentrique de l'hydrocèle simple, en même temps que l'épanchement devenait hémorrhagique. Ce fait nous semble favorable à l'hypothèse de la desquamation mécanique de ces grandes cellules.

Modifications histologiques du sang après ligature expérimentale des vaisseaux spléniques.

MM. Carrière et **Vanverts** (de Lille). — Si les modifications histologiques du sang après la splénectomie sont bien connues, il n'en est pas de même de celles qui se produisent après la ligature des vaisseaux spléniques. Dans les expériences que nous avons entreprises pour élucider cette question, nous avons constaté que les résultats étaient bien différents suivant que l'on avait pratiqué la ligature totale ou la ligature partielle de ces vaisseaux.

Tandis que cette dernière ne produit qu'une très légère oligocythémie, une faible diminution du nombre des hématoblastes, des petits lymphocytes et des grandes cellules mononucléaires sans granulations, ainsi que du taux de l'hémoglobine, la ligature totale détermine une oligocythémie beaucoup plus persistante, une diminution plus marquée des hématoblastes, une leucocytose à myélocytes plus durable avec diminution des petits lymphocytes sans granulations et des grandes cellules mononucléaires.

Sur l'élaboration d'hématies par les ganglions lymphatiques.

M. Retterer relate un certain nombre d'expériences qui démontrent qu'à l'état physiologique les ganglions lymphatiques fabriquent des hématies normales que le courant lymphatique entraîne et déverse dans le système sanguin. Chez les animaux soumis à l'abstinence ou à des pertes sanguines copieuses, les ganglions élaborent, pendant la période anémique, des hématies et des hématides dont la charge en hémoglobine est très faible.

ETRANGER

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 29 décembre 1900.

Etude statistique et clinique sur les aliénés criminels.

M. Lentz. — Il faut distinguer soigneusement entre les aliénés criminels — ce sont ceux qui commettent un crime sous l'influence immédiate et directe de leur état mental — et les criminels aliénés, chez lesquels la folie et la criminalité coexistent, mais sans rapport de cause à effet entre les deux. Ce n'est que des premiers que je m'occuperai ici.

De 1875 à 1899, les asiles de Froidmont et de Tournay, qui reçoivent presque tous les délinquants renvoyés des fins de la poursuite par les parquets belges pour cause d'aliénation mentale, ont hospitalisé 485 fous criminels, soit en moyenne 19 par an, avec un minimum de 4 et un maximum de 36; il importe de faire remarquer que, entre les décades 1879-1889 et 1889-1899, alors que la proportion des aliénés ordinaires n'a augmenté que de 10 %, la progression s'est élevée à 40 % en ce qui concerne les aliénés criminels.

Quant à la nature des crimes, les plus fréquents sont l'assassinat, le viol, l'incendie et le vol (50 % du chiffre global, dont 25 % pour l'assassinat et 15 % pour les attentats aux mœurs). Les imbéciles forment 20 % du contingent de ces aliénés délinquants, les persécutés 14 %, les alcooliques (en ne comptant que la folie alcoolique confirmée), les paralytiques généraux et les sujets atteints de folie émotive, 12 % pour chaque catégorie. Les persécutés sont surtout des assassins, les débiles commettent le plus souvent des incendies ou des attentats aux mœurs, enfin les paralytiques généraux se font arrêter en général pour vol.

De ces 485 aliénés criminels, 202, soit 41 %, ont pu être remis en liberté au bout d'un certain temps; 48, représentant 23 % des sorties pour guérison ou amélioration, ont été réinternés ultérieurement.

La double fente fœtale et les colobomes atypiques de l'œil.

M. Venneman. — Le travail que M. Van Duyse (de Gand) nous a soumis et qui fait l'objet du présent rapport concerne la nature et le siège du colobome typique de l'œil. On sait que ces deux points sont encore discutés : on a nié l'origine fissurale du colobome typique en se basant sur l'existence de colobomes atypiques, c'est-à-dire de lésions dirigées suivant un autre méridien que le colobome typique.

L'origine fissurale des colobomes n'est pas douteuse pour M. Van Duyse, à raison de la pathogénie des « yeux de cyclope » : soudés par les fentes fœtales des deux yeux, ils offrent toutes les modalités des colobomes (simples, ectasiques, kystiques). C'est précisément dans un œil de cyclope, présentant un colobome commun du plancher et deux colobomes latéraux centraux, que l'auteur a pu démontrer pour ces derniers la même structure histologique que pour le colobome du méridien antéro-postérieur, ce qui prouve qu'ils sont aussi d'origine fissurale.

Une constatation fortuite au cours de recherches embryologiques a permis, en outre, à M. Van Duyse d'expliquer la situation variable des colobomes atypiques. Il a observé, en effet, un embryon de vache de 13 millimètres de longueur, dont l'œil, outre la fente fœtale normale dans laquelle pénètre le vaisseau classique, présente une deuxième fente allant au bord antérieur du calice rétinien, vers son équateur. Les vaisseaux péri-oculaires n'y pénètrent pas pour gagner l'espace du vitré; le mésoderme y évolue de façon à fermer l'hiatus des deux feuillets rétiniens, externe et interne, proximal et distal. C'est là une fente *atypique, colobomateuse*, dont la position et l'étendue peuvent être diverses.

Dr Keiffer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur la forme ataxique de la névrite alcoolique (névrotabes périphérique), par M. Izsó Hönig.

On admet actuellement, pour les névrites d'origine alcoolique, les trois formes paralytique, sensitive et ataxique. Au point de vue de la fréquence, la dernière est intermédiaire aux deux autres, la forme paralytique étant la plus commune : tandis que M. Hönig n'a pu trouver dans la littérature que 2 cas de la forme sensitive pure, il en a rassemblé 40 de névrotabes périphérique, auxquels il ajoute une observation nouvelle, recueillie à la clinique de M. von Kétly, à Budapest.

Un boucher de cinquante cinq ans, alcoolique et syphilitique, fut pris subitement, quatre semaines avant son entrée à l'hôpital, de fourmillements violents, d'abord localisés à la plante des pieds, mais qui envahirent peu à peu les extrémités inférieures tout entières. Ces fourmillements étaient accompagnés d'une sensation de froid et d'une faiblesse progressive dans les jambes, surtout dans les mollets : il existait en même temps de violentes douleurs et des crampes survenant par accès. Huit jours après le début des accidents, le malade ressentait alternativement, dans les mains, des picotements, des fourmillements ou une sensation de froid, accompagnés de crampes excessivement douloureuses dans les doigts. Le mal fit des progrès rapides, si bien que la marche devint très difficile.

A son admission, on remarque que le patient tient les doigts écartés, en extension, et qu'il est incapable de les fléchir. Lorsqu'il étend les bras, les doigts présentent un tremblement très apparent. Tous les mouvements actifs et passifs des membres supérieurs et inférieurs sont, d'ailleurs, possibles. De temps en temps, les doigts sont le siège de crampes accompagnées de douleurs excessivement violentes, d'une durée de une à cinq minutes. Cette position particulière des mains rend tout mouvement coordonné des doigts impossible, mais, dans les mouvements que le malade peut encore exécuter, on constate une ataxie très accusée. Le même défaut de coordination existe dans les extrémités inférieures : le sujet ne peut se tenir debout qu'en écartant les jambes; il chancelle, même les yeux ouverts. La sensibilité n'est pas altérée, sauf qu'on note une légère difficulté dans la localisation exacte des sensations. Par contre, on constate des troubles du sens musculaire : le malade ne reconnaît pas, sans l'aide de la vue, les mouvements passifs qu'on imprime à ses membres. Les réflexes offrent différentes particularités intéressantes : les réflexes pupillaires sont conservés; il en est de même du réflexe plantaire, tandis que les réflexes crémastérien, abdominal et patellaire font défaut. Pas de troubles du côté du rectum ni de la vessie. Les muscles des éminences thénar présentent une atrophie sensible avec réaction de dégénérescence.

L'évolution de la maladie fut des plus rapides. Peu de semaines après l'hospitalisation du patient, on notait une amélioration de la démarche; les douleurs avaient diminué d'intensité et au bout de deux mois le sujet, en convalescence, quittait la clinique. Six mois après, les derniers signes de l'affection avaient disparu et l'on constatait le retour des réflexes patellaires.

Ce cas, qui présente les symptômes principaux du névrotabes périphérique, se distingue de la plupart des observations publiées jusqu'ici par l'existence de crampes douloureuses siégeant dans les doigts, particularité qui n'est signalée que dans un seul fait relaté par Reunert.

M. Hönig fait à cette occasion une revue critique du névrotabes périphérique et étudie la place que l'on doit donner à cette maladie dans le cadre nosologique. La question qui se pose est de savoir si l'on peut maintenir le névrotabes parmi les affections périphériques pures, comme le veut M. Dejerine, ou bien s'il existe des signes permettant de lui attribuer une origine centrale. Les matériaux restreints dont nous disposons rendent la solution de ce problème très difficile. Sur les 40 observations de névrotabes, nous ne possédons que 8 autopsies: 3 de M. Dejerine, qui conclut à une lésion périphérique pure; 1 de Löwenfeld, 1 de Thomsen et 1 de Nonne, qui confirment la manière de voir de M. Dejerine; 1 de M. Minkowsky qui a, par contre, constaté, outre les lésions périphériques, des altérations de la moelle épinière, consistant en vacuolisation et pigmentation exagérée d'un certain nombre de cellules ganglionnaires; 1 enfin de Gudden, qui a noté l'existence de lésions centrales à côté des altérations périphériques, sous forme de dégénérescences dans les cordons postérieurs.

De plus, différents auteurs, se basant uniquement sur l'observation clinique, se sont prononcés pour la nature centrale de l'affection. C'est ainsi que, pour M. Hönig, les crampes douloureuses dont souffrait son malade paraissent devoir être interprétées comme des signes d'irritation motrice d'origine centrale. Quant aux lésions anatomiques constatées par Minkowski et Gudden, elles pourraient, il est vrai, n'être qu'accidentelles et sans rapport avec le névrotabes; mais si l'on considère, d'un autre côté, que, dans la forme motrice de la névrite alcoolique, différents auteurs, en particulier Gudden, Flemming, Heilbronner et Winkler, ont noté aussi des altérations centrales, on est en droit de conclure que la coïncidence observée dans les deux cas de névrotabes susvisés n'est pas seulement l'effet du hasard.

Enfin, l'ataxie cadre mal avec l'hypothèse d'une affection purement périphérique. Les différentes théories de l'ataxie reposant sur une lésion des éléments nerveux périphériques ont été l'une après l'autre abandonnées ou soulèvent, du moins, des objections sérieuses. Toutes les difficultés tombent, si on localise avec Jendrassik le substratum anatomique de l'ataxie dans l'écorce cérébrale.

La conclusion que M. Hönig tire de ces faits, c'est que le névrotabes ne peut pas être considéré comme une affection exclusivement périphérique et que ses manifestations sont dues soit à des lésions de la moelle épinière, dont on a constaté positivement l'existence, soit à des lésions cérébrales, corticales en particulier, que l'on est en droit de supposer d'après les données de l'observation clinique. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 1-2.) — A. J.

De la chirurgie rétro-bulbaire de l'orbite,
par M. Th. Domela-Nieuwenhuis.

Dans le présent travail, l'auteur étudie les différentes voies d'accès de l'espace rétrobulbaire, en discutant principalement le procédé de M. Krönlein, lequel consiste, comme on sait, dans la résection temporaire de la paroi latérale de l'orbite.

Après avoir dépouillé toutes les observations d'intervention rétrobulbaire publiées jusqu'à présent, M. Domela-Nieuwenhuis conclut que le bulbe oculaire sain ne doit être sacrifié que très exceptionnellement, et que le procédé qui permet le mieux d'appliquer ce principe est celui de M. Krönlein, avec lequel on peut conserver l'œil même après résection du nerf optique pour des néoplasmes malins.

Les troubles musculaires observés consécutivement à cette opération sont généralement passagers, et il est en tout cas facile d'y remédier par une intervention ultérieure. La sensibilité de la cornée, souvent abolie après l'opération de Krönlein, reparaît d'ordinaire bientôt. Quant à l'acuité visuelle, elle reste intacte toutes les fois que l'on a pu ménager le nerf optique, et elle subit même une amélioration sensible dans les cas où l'intervention a permis, par l'ablation d'un néoplasme, de dégager ce nerf. Malgré la résection des artères ciliaires postérieures, le procédé en question ne compromet pas la nutrition du bulbe.

L'opération de Krönlein est indiquée particulièrement pour l'ablation des néoplasmes de toute nature, l'extraction des corps étrangers et l'évacuation des collections purulentes rétrobulbaires. L'auteur pense, en outre, que l'on pourrait, comme le conseille M. Braunschweig, la mettre en œuvre contre l'exophtalmie basedowienne considérable; ajoutons cependant que cette dernière application n'a pas reçu la sanction de la pratique.

A côté des cas où l'œil lui-même est intact, on pourra également la pratiquer avec succès toutes les fois que la participation de cet organe à l'affection néoplasique est incertaine. En pareille occurrence, elle aura seulement le caractère d'intervention exploratrice, et l'on se décidera pour la conservation ou l'ablation du globe oculaire, suivant le résultat de l'inspection directe. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 2 et 3.) — F. DE Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'éclampsie puerpérale par des injections intra-mammaires ou sous-cutanées d'iodure de potassium.

On observe chez les vaches une maladie analogue à l'éclampsie puerpérale et qu'on désigne sous les noms différents de fièvre de lait, d'adynamie nerveuse générale, d'éclampsie, etc. Rebelle à tous les moyens de traitement employés contre les crises éclamptiques survenant chez la femme, elle donne une mortalité de 40 à 66 %, et encore ces chiffres doivent-ils être envisagés comme trop faibles, car, dans les cas graves, les propriétaires font généralement abattre les animaux atteints avant l'issue fatale. Or, partant de cette considération que la maladie en question est sous la dépendance d'une toxine élaborée au niveau de la glande mammaire, un vétérinaire danois a eu l'idée d'agir sur la sécrétion lactée en injectant dans le tissu glandulaire de l'iodure de potassium et, dans 412 cas ainsi traités, il a obtenu 90 % de guérisons.

Ayant eu connaissance de ces faits, M. le docteur Bolle a institué une série d'essais du même genre dans le service de M. le docteur Olshausen, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Berlin. On injectait de 5 à 6 grammes d'iodure de potassium par jour, en deux fois, soit dans la glande mammaire, soit dans le tissu cellulaire du creux sous-claviculaire. Sur 15 cas d'éclampsie soumis à ce mode de traitement, on n'a eu à enregistrer qu'un décès, survenu chez une femme admise à la clinique après le cinquième accès et qui présentait un ictère très prononcé avec phénomènes paralytiques graves.

Sans prétendre formuler une opinion définitive sur la valeur thérapeutique des injections d'iodure de potassium, M. Bolle estime que les résultats obtenus sont assez encourageants pour autoriser les accoucheurs à se servir de ce moyen dont l'innocuité paraît, du reste, hors de doute. Notre confrère fait, toutefois, remarquer que, les effets de ces injections ne se manifestant qu'au bout d'environ six heures, on doit y recourir le plus tôt possible : dès qu'on tarde à intervenir, tout traitement peut devenir impuissant en présence des altérations graves de l'organisme. Cela étant, il y aurait peut-être même lieu d'utiliser la médication iodurée, à titre prophylactique, dès l'apparition des symptômes susceptibles de faire craindre l'éclosion d'un accès éclamptique.

Nouveau procédé de confection d'appareils inamovibles en celluloïde.

S'il est une substance, à la fois légère et solide, dont l'emploi soit particulièrement indiqué pour l'immobilisation des membres, c'est assurément le celluloïde. Mais jusqu'à présent on ne l'a guère utilisée, en raison de la difficulté qu'on éprouve à l'assouplir sans lui faire perdre sa solidité. Le procédé préconisé par MM. les docteurs Landerer et Kirsch et qui consiste à se servir d'une solution de celluloïde dans l'acétone (Voir *Semaine Médicale*, 1896, Annexes, p. CXLVI), s'il permet d'obtenir d'excellents appareils inamovibles, n'est pas exempt d'inconvénients, puisque le celluloïde liquéfié dans l'acétone ne durcit qu'au bout de trois ou quatre heures et ne peut, par conséquent, être employé pour l'application immédiate d'un appareil sur le malade lui-même. Or, M. le docteur F. Hersing (de Mulhouse) a trouvé un moyen très simple de ramollir rapidement le celluloïde, sans qu'il tarde cependant à reprendre sa rigidité (1). Il suffit, pour cela, de plonger les lames de celluloïde dans de l'alcool à brûler chaud : au bout de deux à trois minutes elles deviennent assez souples pour pouvoir être enroulées autour d'un membre en s'adaptant parfaitement à ses formes. Un quart d'heure après, elles sont de nouveau aussi dures qu'avant d'avoir été traitées par l'alcool.

Depuis deux ans, notre confrère a eu maintes fois l'occasion d'utiliser cette propriété du celluloïde, en confectionnant des appareils d'immobilisation de la manière que voici :

On commence par découper à l'aide des ciseaux, dans une feuille de celluloïde ayant une épaisseur de 5 millimètres, une lame assez large pour dépasser de 3 à 4 centimètres la circonférence du membre atteint. S'agit-il d'immobiliser, par exemple, toute une extrémité inférieure, articulation coxo-fémorale et bassin compris, il faut préparer une lame de 1 m. 20 centimètres de long et de 30 à 50 centimètres de large pour envelopper le membre, et une autre à peu près de mêmes dimensions pour le bassin. On roule ces plaques et on les plonge dans un vase contenant de l'alcool à brûler, qu'on fait chauffer au bain-marie. L'alcool ne tarde pas à entrer en ébullition, en même temps que les feuilles de celluloïde deviennent molles et flexibles. Il importe de ne pas les laisser trop longtemps dans le liquide, sans quoi on risquerait de les voir se dissoudre. Entre temps, on a eu soin d'envelopper le membre dans du coton; il ne reste plus alors qu'à appliquer, par-dessus, la plaque de celluloïde préalablement déroulée et à la fixer au moyen d'une bande, en évitant la formation de plis au niveau des articulations. Si l'appareil confectionné de la sorte ne paraît pas assez solide, on peut le renforcer en ajoutant une seconde lame du même genre; cette pratique est préférable à l'emploi de plaques épaisses de celluloïde, qui se moulent moins bien sur le membre.

Pour enlever le bandage, il suffit, après avoir déroulé la bande, de recourber les bords de la gouttière, d'écarter le coton à l'aide des doigts et de soulever le membre. L'appareil est tellement élastique qu'il reste intact après ces manipulations et peut, au besoin, être aisément remis en place.

Il va de soi que le celluloïde se laisse également employer sous forme de bandes, mais cette manière de faire ne permet pas de retirer et de replacer l'appareil aussi facilement que dans le cas où l'on a appliqué une simple gouttière.

Le sublimé à faibles doses comme tonique, particulièrement dans le rhumatisme articulaire subaigu.

L'expérience a montré à M. le docteur A. Stengel, professeur de clinique médicale à l'University of Pennsylvania de Philadelphie, que le bichlorure de mercure, administré longtemps à la dose quotidienne de 0 gr. 0006 à 0 gr. 0009 décimilligrammes, donne des résultats très encourageants dans les anémies secondaires, quelle que soit leur origine. Le sublimé semble agir, non comme antiseptique, mais en stimulant la régénération sanguine.

Notre confrère a utilisé notamment cette propriété tonique du bichlorure de mercure dans nombre de cas de rhumatisme polyarticulaire subaigu avec manifestations locales peu prononcées, et où il s'agissait surtout de relever les forces du malade. On sait que, si le salicylate de soude est, à juste titre, considéré comme le spécifique du rhumatisme articulaire aigu, il est cependant des cas rebelles qui ne se laissent guère influencer par cette substance. En pareille occurrence, l'état général des patients est d'habitude peu satisfaisant, et l'usage prolongé de la médication salicylée est même contre-indiqué en raison de son action débilitante. Il convient alors de recourir à l'emploi des toniques, et c'est ici que le bichlorure de mercure serait appelé à rendre de grands services, son action se montrant supérieure à celle des fortifiants usuels, tels que fer, strychnine, huile de foie de morue, etc.

(1) F. Hersing. Eine neue Art der Verwendung des Celluloid zu festen Verbänden. (*Deutsche medicinische Wochensch.*, 3 janv. 1901.)

POTAIN

(1825-1901)

Le travail que nous publions aujourd'hui devait paraître dans le numéro de mercredi dernier; il était déjà composé et nous avions pris nos dispositions pour en soumettre les épreuves au professeur Potain, le samedi 5 janvier, lorsque la mort est venue, ce jour-là même, frapper subitement l'illustre clinicien. Un de ses élèves, le docteur Teissier, a bien voulu se charger de revoir les épreuves, et, pour rendre hommage à la mémoire du Maître regretté, qui collabora souvent à la *Semaine Médicale*, a rédigé la courte notice placée avant cet article.

Le professeur Potain vient de s'éteindre à l'âge de soixante-quinze ans. Sa mort fut douce, telle qu'on la pouvait désirer à celui qui a vécu une si belle vie. Il succombe après un long et incessant labeur consacré aux exigences de sa vie professionnelle, après avoir donné le meilleur de son temps aux déshérités de ce monde.

Il a rempli son apostolat, suivant son chemin avec la seule ambition de faire bien, sans faire de bruit, vivant sans mélancolie, sans cruelles désillusions, gardant jusqu'aux derniers jours une philosophie sereine, née de son culte du bon, du juste, de l'honnête. Il a passé en faisant le bien.

Paisiblement, assez rapidement cependant, car il suivait la voie la plus courte, la droite ligne, sans compromission et sans faire rien autre que de le mériter, il avait gravi les plus hauts sommets, obtenu les plus enviables succès. Cela ne l'empêcha pas de rester le dévouement, la bonté, l'indulgence même, car il était bon de cette bonté active qui s'emploie sans phrases à rendre service, il était indulgent, étant de ceux qui pensent que les méchancetés sont le plus souvent des injustices.

Doué d'une érudition vraie et d'une universalité de compréhension extrême, il étudiait sans cesse pour être toujours à la hauteur de cet enseignement auquel il se consacra avec tant d'ardeur. Il parcourut ainsi sa carrière professorale dans une continuité d'efforts incessants, mais simplement, et sans qu'à aucun moment au désir de bien faire se mêlât la pensée d'immortaliser son nom. Pour cette raison, s'il enseigna beaucoup, il écrivit peu, et lorsqu'il écrivait, était ce seulement et toujours pour enseigner. Mais si la liste de ses ouvrages est courte, son bagage scientifique est considérable. Il se trouve dans ces leçons, expression si parfaite de l'enseignement véritablement clinique, écrites, pour celles qu'il rédigeait lui-même, avec la pureté et la clarté de style du fin lettré, de l'aimable esprit qu'il était; il se trouve surtout dans ces causeries au lit du malade où, selon le mot d'un maître et d'un ami, Axenfeld, il y avait toujours quelque chose à apprendre, dans lesquelles si généreusement il dispensait à tous le meilleur de ses idées.

Atteint, il y a quelques mois, par la limite d'âge qui lui imposait la retraite en pleine activité, l'âge ne l'avait pas atteint, et, pour qui connaissait l'opiniâtreté de son labeur, on pouvait s'étonner que ses forces n'eussent pas trahi plus tôt sa volonté. Ce ne fut pas hélas! sans mélancolie qu'il dut quitter la chaire de la Charité, où comme il le disait dans sa dernière leçon si émouvante, le travail accompli en commun lui avait causé les joies les plus profondes de son existence, et devait rester le souvenir le plus précieux de sa vieillesse. Pour oublier ce moment pénible de sa vie, il avait l'affection si touchante des siens, celle toujours fidèle de ses élèves, il avait cette puissance de travail qui ces derniers temps semblait s'accroître encore, et sans cesse il travaillait.

Le temps, le calme surtout, nous manquaient aujourd'hui pour écrire du Maître l'éloge qui convient. Le jour viendra où il nous sera permis de retracer les étapes successives de cette carrière si bien remplie, de rappeler l'influence bienfaisante de son enseignement, de montrer ce que fut dans sa simplicité et sa véritable grandeur la vie de cet homme, personnification parfaite de la science, de la droiture, de la bonté, exemple consolant. J'ai voulu seulement en ces quelques lignes, préface attristée à l'un de ses derniers travaux, dire combien il sut se faire aimer, pourquoi sa renommée restera très pure. Qu'elles soient l'hommage ému et filial de l'élève, qui, ayant eu le bonheur de vivre dans son intimité, lui avait voué une profonde vénération!

PIERRE TEISSIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la valeur séméiologique des variations de timbre et d'intensité des bruits anormaux du cœur; influence de l'élasticité ventriculaire sur la clôture de la mitrale.

L'étude des bruits normaux est un point important dans la séméiologie du cœur, car ces bruits seuls établissent en clinique une limite précise entre les phases successives de la révolution cardiaque. Ils sont, en outre, par leurs altérations l'indice le plus précoce et le plus sûr des lésions valvulaires. Enfin, on y pense trouver un moyen d'apprécier exactement l'énergie véritable du cœur, question de si majeure importance.

Que ces bruits soient produits par les valvules — et que, par suite, leurs changements puissent en révéler les altérations —, en dépit des doutes souvent émis à cet égard, les expériences physiologiques le montrent; les observations cliniques le prouvent plus positivement encore. Car à une lésion valvulaire grave que l'autopsie fait voir répond toujours pendant la vie une altération profonde du bruit correspondant. Non pas qu'il y ait grand fond à faire sur la disparition du bruit normal dans les cas où un appareil valvulaire est plus ou moins complètement détruit : en pareille circonstance il existe constamment un souffle de grande intensité dont on peut toujours dire qu'il couvre ou masque le bruit normal qu'on n'entend plus. Mais toutes les fois que la lésion valvulaire ne s'accompagne d'aucune insuffisance et qu'il ne se produit aucun souffle, le rapport entre l'altération anatomique de la valvule et les modifications du bruit est si constant, les caractères du bruit sont si fidèlement liés à ceux de la lésion, qu'il ne peut rester de doute que l'appareil lésé soit bien l'agent producteur du bruit, et que les modifications de cet agent entraînent les modifications de ce bruit.

Cela est particulièrement manifeste quand il y a induration des sigmoïdes aortiques sans insuffisance, ainsi que dans le rétrécissement mitral pur, où la dureté, l'éclat du premier bruit sont évidemment liés au degré d'induration du bord valvulaire et à la mobilité persistante de la valvule. Enfin, on en a une sorte de démonstration expérimentale, préparée par la nature, dans les cas d'endocardite aiguë sigmoïdienne, où, à mesure que la lésion valvulaire évolue, on entend le second bruit devenir d'abord de plus en plus voilé et éteint pendant que le bord valvulaire s'épaissit et s'amollit, puis éteint et dur lorsque le bord boursouflé de la valvule commence à s'indurer, puis simplement dur quand il n'y reste plus qu'un épaississement fibreux, enfin normal alors que la résolution de la lésion valvulaire est heureusement complète.

Comme autres causes des altérations de timbre et de tonalité des bruits, il n'y a guère à tenir compte et à se défier en clinique que des consonnances des organes voisins, consonnances assez faciles à reconnaître, et de l'état du poumon interposé dont l'épaisseur, quand elle est plus grande que de coutume, efface et atténue le bruit, ou au contraire lui laisse prendre une netteté et un éclat exagérés, lorsqu'elle est exceptionnellement restreinte ou quand le tissu condensé devient meilleur conducteur du son. En sorte qu'on peut tenir les variations de timbre et de tonalité des bruits normaux pour le meilleur et le plus sûr indice des lésions valvulaires.

Quant aux variations d'intensité, sur lesquelles on compte surtout pour apprécier l'énergie du cœur, leurs causes par malheur sont beaucoup moins simples, comme on va voir, et moins faciles à préciser.

La clôture valvulaire est produite par la systole des ventricules, directement pour les valvules auriculo-ventriculaires, indirectement pour les sigmoïdes. Car la chute et le choc de ces dernières étant causés par la pression artérielle qui réagit sur leur face supérieure, et cette pression artérielle étant l'œuvre de la systole du ventricule, c'est toujours cette systole qui amène la clôture des orifices et le claquement valvulaire, et qui, par son intensité, détermine l'intensité du bruit.

Mais si elle en est le facteur primitif et principal, il s'en faut qu'elle soit le régulateur unique de cette intensité. D'autres causes contribuent à l'augmenter ou à la diminuer, et il y a lieu nécessairement d'en tenir compte si on veut que les jugements déduits de l'appréciation de ce caractère ne tombent pas souvent à faux. C'est sur ces causes accessoires des modifications d'intensité des bruits normaux que je voudrais appeler ici l'attention; sur celles, en particulier, qui dépendent de conditions, insuffisamment étudiées, je crois, du mécanisme de la clôture valvulaire.

Si nous envisageons d'abord le premier bruit, et plus spécialement le premier bruit mitral, il est certain qu'il est atténué toutes les fois qu'une couche épaisse de liquide ou de tissu pulmonaire s'interpose entre le cœur et la paroi. De plus, on estime généralement que l'épaississement de la paroi ventriculaire est une cause d'atténuation du bruit, dont l'intensité est diminuée par l'hypertrophie et augmentée, au contraire, avec la dilatation simple. Cette règle, toutefois, souffre de nombreuses restrictions dont on est obligé de chercher la cause dans les modifications du mécanisme de la clôture valvulaire. Car les augmentations ou diminutions d'intensité, parfois tout à fait transitoires, ne sauraient être attribuées à des causes organiques persistantes. Et, d'autre part, on ne peut en trouver la raison dans l'augmentation ou la diminution de l'énergie du ventricule, quand les systoles dont la puissance se manifeste par les projections d'ondées volumineuses dans les vaisseaux sont précisément celles qui produisent le moins de bruit.

Or, cela devient particulièrement frappant dans certains cas d'irrégularité cardiaque où, dans une sorte de révolution du cœur, on entend alternativement un bruit très fort et très net et un autre très atténué ou presque nul. Il est évident qu'il s'agit de pulsations inégales alternant entre elles, et on est porté à penser que la pulsation forte est celle qui donne un bruit intense et la pulsation faible celle qui n'en donne pour ainsi dire point. Mais si l'on compare avec les battements du cœur les pulsations de la radiale, qui sont aussi fort inégales, on remarque avec étonnement que la systole cardiaque presque aphone et supposée faible correspond à une pulsation radiale de grande amplitude, tandis que la systole bruyante et soi-disant énergique n'a presque aucun retentissement sur le pouls. Enfin, si on porte son attention sur le rythme cardiaque, on constate que la systole aphone succède à un silence prolongé et que la systole bruyante suit, au contraire, presque immédiatement celle-ci, donnant lieu par là à ce qu'on appelle le rythme couplé.

Je sais bien qu'il n'est pas dit que la pulsation radiale de petite amplitude corresponde nécessairement à une pulsation faible, et Marey a montré que la grande amplitude du pouls est souvent un indice de faible tension; d'autre part, il suffira que les pulsations se rapprochent pour que leur amplitude diminue, par ce fait que la pression n'a point encore baissé dans l'artère quand une nouvelle onde survient qui n'aura qu'un faible chemin à parcourir pour arriver à son maximum. Mais ce n'est point ce qui se passe dans les cas dont je parle, car sur le tracé sphygmographique on voit que la pulsation de faible amplitude se trouve à un niveau beaucoup plus bas que l'autre, et si on applique un sphygmomanomètre on constate que cette seconde pulsation est arrêtée par une pression beaucoup moindre que la première. De sorte qu'il est avéré que la pulsation radiale faible

est réellement faible en raison du petit volume de l'ondée sanguine projetée dans l'artère, et que la pulsation forte correspond à une ondée volumineuse.

D'où vient donc que la systole ventriculaire qui accomplit le plus de travail utile soit silencieuse, tandis que celle qui n'en fait pour ainsi dire aucun est des plus bruyantes. Du moment où ce n'est point l'énergie avec laquelle la valvule est close par la poussée du sang ventriculaire, qui, dans ce cas, règle l'intensité du bruit que fait cette valvule en se fermant, il faut bien croire que c'est la façon dont elle se ferme qui donne au bruit une intensité si inégale. Comment cela se peut-il faire ? Le seul point de l'observation susceptible de nous mettre sur la trace d'une explication satisfaisante est celui-là : que la systole bruyante succède à un court intervalle diastolique et la systole aphone à une diastole prolongée. Or, nous savons que, pendant une diastole longue, le cœur a le temps de s'emplir, de se distendre même, qu'une diastole courte ne le remplit, au contraire, qu'imparfaitement; en sorte que le volume des ondées sanguines et l'amplitude inégale des pulsations artérielles sont en rapport avec cette inégale durée des périodes diastoliques. Comment la réplétion ventriculaire peut-elle entraîner une atténuation du premier bruit qui va jusqu'à sa disparition presque complète? Ce n'est certainement pas par le fait même de la dilatation, puisqu'il est convenu que la dilatation est souvent une cause d'exagération du bruit. Ce n'est pas non plus l'affaiblissement du ventricule ou l'effort plus considérable qui lui est imposé par son amplitude plus grande, puisque en réalité la pression dans le système artériel atteint un niveau plus élevé. Mais voici une série de constatations expérimentales qui nous aideront à en concevoir la raison.

On avait remarqué que lorsqu'on laisse tomber un filet d'eau d'une certaine hauteur sur l'orifice mitral mis à découvert, l'aorte étant d'ailleurs liée, l'eau distend le ventricule, puis relève la valvule et la ferme si bien qu'on peut ensuite renverser le cœur sans qu'il s'en échappe une goutte de liquide. J'ai répété l'expérience plus d'une fois sur des cœurs différents. Elle donne toujours des résultats semblables. Néanmoins, ce mode d'occlusion s'éloigne si considérablement de ce qui peut se passer sur le vivant qu'il n'y a vraiment aucune conclusion à en tirer. J'ai voulu voir les choses se passer dans des conditions un peu plus rapprochées de celles de la circulation normale.

Pour cela, j'ai fait construire un appareil fort simple, permettant de voir distinctement les mouvements imprimés aux lames de la mitrale par un courant liquide pénétrant dans le ventricule. Il consiste en une sorte d'entonnoir extrêmement court dont l'ouverture supérieure est hermétiquement fermée par une glace sertie et dont l'inférieure, d'une dimension un peu supérieure à celle de l'orifice mitral et muni au rebord d'un bourrelet convenable, est introduite dans l'oreillette ouverte que l'on tire sur elle. L'eau pénètre dans la cavité de cet entonnoir par une large ouverture latérale sur laquelle s'abouche un gros tube. A ce tube est adapté un ballon de caoutchouc de médiocre volume, à paroi assez peu épaisse pour qu'il ne puisse produire aucune aspiration et qui reçoit l'eau par un tube adapté à son autre extrémité. Enfin, on fixe à l'aorte un tube assez long pour que la colonne de liquide qu'il contient oppose une assez grande résistance. On dispose d'ailleurs les choses de telle façon que le niveau du réservoir d'où l'eau arrive à l'appareil ne soit que de quelques centimètres au-dessus de la cavité ventriculaire.

Lorsque, dans ces conditions, on comprime un peu vivement le ventricule, on voit les deux lames de la mitrale se rapprocher, se relever et se clore instantanément; lorsque, après avoir ainsi vidé la cavité ventriculaire, on abandonne la compression, on voit les valves s'abaisser et s'écarter immédiatement. Mais cet écart ne va jamais loin et presque aussitôt elles tendent à se reporter vers l'axe de la cavité. Si on répète la compression avec une certaine énergie et si pendant ce temps on tient appliqué sur le ventricule un stéthoscope à tube flexible, c'est-à-dire un petit entonnoir fermé par une mince membrane de caoutchouc, on entend très distinctement, au moment de la clôture, un bruit de claquement valvulaire. Si ensuite, au lieu de laisser le ventricule s'emplir par simple afflux, on vient, alors qu'il est déjà à peu près plein, à presser un peu vivement sur le ballon de caoutchouc qui représente l'oreillette et si on lâche ensuite brusquement cette compression on voit la valvule, à ce moment, se relever et tendre à se clore, ou se fermer plus ou moins complètement. Que si le mouvement a été assez brusque, la clôture peut s'accompagner d'un léger bruit de claquement.

On ne saurait douter que l'élasticité du ventricule, mise en jeu par la distension qu'on lui a fait subir, ne soit la cause qui détermine une tendance au reflux vers l'oreillette et l'occlusion de la valvule. D'autant que si l'on a affaire à un cœur cadavérique très flasque et très peu élastique, avec lequel on obtient difficilement le phénomène décrit, il suffit de l'entourer de bandelettes de caoutchouc pour que ce phénomène se produise alors avec une grande vivacité.

Or, quand les valvules ont été rapprochées par le mécanisme en question, c'est vainement que, à ce moment même, on comprime brusquement et énergiquement le ventricule. On ne produit plus aucun choc, aucun claquement valvulaire, aucun bruit appréciable.

On peut donc dire que la clôture anticipée des lames de la mitrale, déterminée par l'élasticité ventriculaire, est susceptible d'empêcher la production du premier bruit et d'en atténuer la force.

Or, dans le cas indiqué tout à l'heure, la révolution cardiaque qui survenait après un silence prolongé s'effectuait avec des cavités pleines de sang, et l'oreillette, en se contractant, distendait un ventricule déjà plein. L'élasticité de celui-ci était donc mise en jeu et pouvait, en relevant la valvule, empêcher le claquement valvulaire de se produire au début de la systole. Au contraire, dans la révolution qui succédait immédiatement, l'oreillette avait, dans sa diastole très courte, reçu assez de sang peut-être pour remplir le ventricule, point assez pour le distendre, et celui-ci, trouvant au début de sa systole les valves ouvertes et les projetant vivement l'une contre l'autre, produisait, tout en lançant très peu de sang dans l'aorte, un bruit valvulaire cependant intense. De même qu'une porte largement ouverte qu'on ferme avec violence fait un très grand fracas, tandis qu'en poussant sur elle avec une force égale, quand elle est mi-close ou fermée, on ne produit à peu près aucun bruit. Il semble que pour claquer, les valvules aient besoin d'un certain élan, et la comparaison serait juste si leur masse entrait pour quelque chose dans le bruit qu'elles font. On sait qu'il n'en est rien, et que la quantité de mouvement qu'elles peuvent emmagasiner est à peu près nulle. Mais on peut comprendre le fait d'une façon un peu différente et qui revient au même. On sait que, si rapide que soit la mise en systole de la paroi ventriculaire, elle n'est pas absolument instantanée. La forme trapézoïde des tracés myographiques du cœur et les tracés de pression intraventriculaire l'ont bien montré. Ceux de M. Chauveau, en particulier, ont fait voir qu'il faut un instant, très court il est vrai, mais qu'il faut un instant pour que la contraction ventriculaire atteigne une force suffisant à pousser le ressort léger qu'il leur oppose. Que si la valvule est à peu près close quand la systole commence, c'est au moment où cette systole est faible encore que la clôture a lieu, et elle est par là peu bruyante. Si, au contraire, il faut que la valvule opère tout son mouvement de relèvement pour arriver à se clore, l'énergie contractile du ventricule et la pression intraventriculaire auront eu le temps d'acquérir toute leur force quand elles s'atteindront et le bruit sera intense. Au moins ces suppositions sont-elles en rapport avec les faits connus.

On a dit, je le sais, que les choses ne pouvaient se passer sur le vivant comme elles font dans des expérimentations sur le cadavre. Il faudrait dire, je pense, qu'elles ne se passent pas nécessairement de la sorte, ce dont je ne doute pas; car elles se compliquent des interventions et conditions multiples de la vie. Mais croire que sur l'être vivant les conditions purement physiques n'ont plus leur part dans les phénomènes observés serait commettre l'erreur de ceux qui pensaient autrefois que la force vitale avait le pouvoir d'anéantir et de bien disperser la force physique.

Dans cette interprétation hypothétique des faits observés, je n'ai cru devoir faire intervenir en aucune façon l'action des muscles papillaires pour plusieurs raisons. La première, c'est que, si ces muscles préparent la clôture valvulaire, comme le pense M. Chauveau, ils ne l'accomplissent assurément pas et n'amènent point les bords valvulaires au contact; car il faudrait pour cela que les tendons s'entrecroisassent, ce qu'ils ne sauraient aucunement faire. D'ailleurs, la clôture et le claquement sont œuvres de la systole pariétale elle-même, les expériences de M. Chauveau lui-même en font foi. Quant à leur rôle principal, qui paraît être d'adapter la longueur de la colonne musculo-tendineuse qui soutient les bords valvulaires à la dimension de la cavité ventriculaire, qui diminue durant la systole, il commence après la clôture des valvules et n'a rien à faire avec elle. La seconde raison, c'est que, s'ils entrent véritablement en jeu avant le reste de la paroi, il nous est tout à fait impossible de savoir quelle est au juste leur part d'action, puisque tout ce qui s'accomplit peut s'accomplir aussi bien sans eux.

Je crois que l'interprétation que je viens de proposer est la seule qui puisse rendre raison des phénomènes dans le cas auquel j'ai fait allusion. Mais il semble qu'il n'est pas nécessaire d'une aussi profonde modification du rythme normal pour que des conditions analogues se réalisent. Nombreux sont les faits dans lesquels, sans irrégularité notable du rythme, il existe une discordance étrange entre l'intensité des bruits et l'énergie réelle du cœur. Dans ces cas, on peut imaginer — et je peux avoir des raisons de croire — qu'il suffit, pour amener ces changements, d'une modification légère dans le mode de succession habituel des systoles de l'oreillette et du ventricule.

Bien que je ne pense pas qu'on puisse admettre en clinique ni l'intersystole constante de M. Chauveau, ni le chevauchement considérable des systoles, supposé en certains cas par M. Bard, il est incontestable pourtant que les systoles parfois chevauchent quelque peu et que parfois aussi elles laissent entre elles un léger écart. J'ai dit ce que je pensais avoir vu sous ce rapport (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 291 et 391). Je n'y veux pas revenir.

Or, il y a fort à penser, d'après ce que nous avons vu tout à l'heure, que lorsque la systole du ventricule intervient pendant que celle de l'oreillette a distendu la cavité ventriculaire et que, durant encore, elle maintient les lames de la mitrale écartées, le premier bruit est net et fort; que si, au moment où le ventricule entre en action, la systole de l'oreillette, depuis un instant achevée, a laissé la mitrale se relever déjà et tendre à se clore, le premier bruit se pourra trouver de ce fait seul affaibli, sans que l'énergie véritable du cœur soit véritablement modifiée.

Quand donc on a constaté un affaiblissement notable du premier bruit du cœur, on ne saurait directement en conclure que le cœur est réellement affaibli, et il faut se demander si

cette faiblesse apparente n'a pas sa raison d'être dans quelqu'une des conditions que nous venons d'examiner. Les caractères des autres bruits et ceux du pouls, avec l'aide des tracés sphygmographiques ou du sphygmomanomètre, pourront aider en ce cas à rectifier les données fournies par l'auscultation.

Maintenant, faut-il penser que quelque chose d'analogue est possible pour le second bruit et que son intensité est également indépendante de l'énergie de la systole qui l'a précédé? Il est bien certain qu'on trouve parfois la même discordance entre la force de ce bruit et les indications sphygmomanométriques. Sans doute, on ne saurait invoquer un mécanisme semblable pour en rendre compte. Mais la soudaineté plus ou moins grande avec laquelle le ventricule passe de la systole à la diastole peut conduire à un résultat semblable, en permettant aux sigmoïdes de commencer leur abaissement avant que la systole soit entièrement terminée. C'est, du reste, ce qui dans certains cas a été déjà entrevu. Mais je n'y veux point insister, n'ayant sous ce rapport aucun fait spécial à présenter.

POTAIN,
Professeur honoraire de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

MÉDECINE PRATIQUE

L'emploi de la chaleur comme moyen de diagnostic de la présence du pus.

On admet généralement que, dans les inflammations aiguës, l'emploi de la chaleur exerce sur les phénomènes douloureux une action calmante. Un confrère allemand, M. le docteur K. Lewin (de Berlin), a pu se convaincre qu'il est loin d'en être toujours ainsi et que, dans les phlegmasies aiguës d'origine infectieuse, les douleurs sont influencées par ce mode de traitement d'une manière différente suivant qu'on a affaire à un processus purulent ou non. S'agit-il, par exemple, d'une tuméfaction du genou occasionnée par un simple épanchement rhumatismal avec douleurs assez vives pour immobiliser la jointure, les enveloppements chauds ont pour résultat immédiat de rendre les mouvements de l'articulation à peu près complètement indolores. Par contre, si le genou renferme du pus, les douleurs augmentent, à la suite de la même pratique, au point de devenir intolérables.

Ce fait serait tellement constant que M. Lewin n'hésite pas à attacher une valeur diagnostique à la façon dont se comportent les sensations douloureuses qui accompagnent un état inflammatoire aigu d'origine microbienne. D'après notre confrère, toutes les fois que, en pareil cas, l'emploi de la chaleur exaspère les douleurs, on se trouve en présence d'une suppuration; quand les phénomènes douloureux cessent ou tout au moins s'amendent notablement, c'est qu'il n'y a pas de pus.

Nombre de faits observés par M. Lewin semblent justifier cette manière de voir. C'est ainsi qu'il lui a été possible, dans un cas de tuméfaction du genou consécutive à un érysipèle ayant pour point de départ un ulcère de jambe, de diagnostiquer dès le premier jour la présence du pus, en se basant sur le principe que nous venons de formuler, et cela malgré le résultat négatif d'une ponction exploratrice: une incision pratiquée le lendemain montra l'existence d'un phlegmon péri-articulaire.

Mais c'est surtout pour le diagnostic de la nature de l'appendicite que le moyen en question — si tant est que les observations ultérieures confirment les constatations de M. Lewin — paraît appelé à rendre de grands services. On sait, en effet, combien est délicate la question de l'opportunité de l'intervention chirurgicale en cas d'appendicite, précisément à cause de la difficulté où l'on se trouve de savoir s'il y a suppuration ou non. Or, notre confrère croit que le praticien sera à même de résoudre ce problème dès le premier jour, en notant simplement la façon dont le malade réagit à la chaleur. Sur 10 sujets atteints d'appendicite, chez lesquels M. Lewin commença par faire appliquer, pendant une à deux heures, des compresses chaudes, sans recourir à l'usage interne des calmants, 8 accusèrent un soulagement considérable, tandis que les deux autres éprouvèrent une exacerbation intense des douleurs. Chez les premiers, l'affection évolua spontanément vers la guérison dans l'espace de quinze jours à trois semaines. Par contre, dans les deux derniers cas on fut obligé, après un essai infructueux de traitement médical (glace, opium), d'intervenir et chez les 2 patients — dont l'un ne tarda pas, d'ailleurs, à succomber — on nota la présence de pus.

Il convient d'ajouter que, en dehors de toute préoccupation de diagnostic, un autre médecin allemand, M. le docteur Spohr (de Francfort-sur-le-Mein) a traité, il y a environ deux ans, 15 cas d'appendicite par l'application de compresses chaudes, en n'employant aucun médicament interne. Chez tous ces malades les douleurs se calmèrent et on n'eut à enregistrer qu'un décès dû à l'appendicite *tuberculeuse*. Ces faits plaident aussi, par conséquent, en faveur de l'opinion de M. Lewin, puisque le seul cas de mort se rapporte ici à un processus *chronique*, et que la formule sus-mentionnée, concernant la valeur diagnostique de l'emploi de la chaleur, vise exclusivement les inflammations *aiguës*.

Enfin, cette formule a été également vérifiée dans 3 cas de périmétrite. Chez 2 malades auxquelles les applications chaudes procurèrent un soulagement immédiat, la guérison se fit par résorption complète de l'exsudat dans l'espace d'une vingtaine de jours; pour la troisième patiente, la chaleur, loin de calmer les douleurs, les exaspéra; or, un mois et demi après, on vit, chez cette femme, s'écouler par le vagin du pus épais en quantité considérable.

Fait à remarquer, les pansements chauds ne sont jamais indifférents à l'égard des phénomènes douloureux : ils déterminent toujours soit une atténuation très marquée, soit une exacerbation non moins nette. Il importe seulement, afin de pouvoir préciser leur action dans chaque cas, de les employer à l'exclusion de tout autre calmant et de ne pas faire connaître au malade leur signification, attendu que la crainte d'être opéré ne manquerait pas de fausser ses réponses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 janvier 1901.

De l'examen du sang comme moyen de diagnostic du cancer de l'estomac.

M. Tuffier. — Il est des cas dans lesquels l'examen du sang ne fait que confirmer le diagnostic de cancer de l'estomac, mais il en est d'autres où il permet seul d'affirmer la nature de la lésion gastrique.

La leucocytose peut cependant manquer, et, d'autre part, toutes les infections sont susceptibles de s'accompagner de leucocytose, de sorte que cette dernière peut exister chez des malades affectés d'ulcère gastrique compliqué d'infection.

Chez un sujet qui paraissait atteint d'un phlegmon périnéphrétique, l'examen hématologique montra l'existence d'une leucocytose persistante, et M. Milian en conclut qu'il y avait une suppuration, malgré la chute de la température; l'opération m'a permis, en effet, de trouver un abcès. Dans deux autres faits analogues, l'hémodiagnostic m'a rendu un service réel au point de vue du diagnostic.

M. Hartmann. — Dans l'examen du sang, il faut tenir compte, non seulement du nombre des globules blancs, mais aussi de la variété à laquelle ils appartiennent.

De l'intervention chirurgicale pour perforation intestinale dans la fièvre typhoïde.

M. Loison. — Le diagnostic des perforations de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde peut être établi d'après la douleur accusée par le malade, la modification de la température et l'accélération du pouls.

Le nombre des cas d'intervention que j'ai pu réunir s'élève à 90; il y eut 74 morts et 16 guérisons, dont 8 pour des perforations survenues au deuxième ou au troisième septénaire, et 8 pour des perforations plus tardives. De 12 cas pour lesquels l'indication exacte du début de la complication est fournie, 10 fois l'intervention a été pratiquée dans les vingt-quatre premières heures.

En présence de ces résultats, il me semble que nous sommes autorisés à déclarer que la perforation de l'intestin dans la fièvre typhoïde est une affection chirurgicale qu'une intervention peut guérir.

M. Hartmann. — Les statistiques récemment publiées en Amérique sont absolument favorables au traitement chirurgical de la perforation intestinale de nature typhoïdique. Il est extrêmement important de faire le diagnostic précoce de la perforation, car l'opération aura d'autant plus de chance d'être suivie de succès qu'elle sera faite plus hâtivement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 janvier 1901.

Pneumothorax suffocant traité par la pleurotomie.

M. Galliard relate l'observation d'une femme de vingt-cinq ans, sans antécédents morbides, qui fut prise, quelques jours après avoir accouché, d'un violent point de côté, de toux, de dyspnée et d'une expectoration sanguinolente et fétide. Transportée à l'hôpital, on constata chez elle tous les signes d'un pneumothorax localisé à la partie postéro-externe du côté droit (tympanisme, souffle et toux amphoriques, bruit d'airain, etc.). Une ponction capillaire faite à ce niveau donna issue à une demi-seringue de Pravaz seulement d'un liquide séro-purulent qui ne contenait que des pneumocoques.

L'état de cette malade étant devenu rapidement très grave (cyanose, suffocation, température élevée, etc.), on la fit passer dans un service de chirurgie où l'on pratiqua d'urgence la pleurotomie : aucun liquide ne sortit par la plaie, mais il s'en échappa une grande quantité de gaz fétides.

A la suite de cette intervention, la fièvre tomba, l'expectoration devint peu à peu moins abondante et moins fétide, mais les signes locaux de pneumothorax persistèrent et s'étendirent même à toute l'étendue du côté droit. Néanmoins, l'amélioration des troubles fonctionnels fut assez considérable pour permettre à la patiente, deux mois après l'opération, de quitter l'hôpital et de retourner dans son pays.

M. Chauffard. — Il y a, dans le fait que vient de nous communiquer M. Galliard, un point qui reste obscur : c'est la nature de la lésion pulmonaire ou pleurale qui a été le point de départ du pneumothorax. J'ai observé récemment un homme qui fut atteint de pareil accident au cours d'une pleurésie purulente interlobaire, pleurésie dont l'existence fut vérifiée à l'autopsie. On peut se demander si, chez la malade de M. Galliard, le pneumothorax n'est pas survenu à la suite d'une suppuration enkystée de la plèvre.

M. Galliard. — Je crois que l'interprétation proposée par M. Chauffard doit être écartée, parce que, dans mon cas, la cavité pleurale n'a pas été infectée.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 janvier 1901.

Gangrène symétrique des extrémités.

M. Du Castel. — L'homme que je vous présente a eu, il y a quelques années, une gan-

grène du gros orteil gauche qu'il a fallu amputer. Tous les hivers, par les temps froids, il survient chez lui des troubles asphyxiques très accusés du pied droit. Au mois de septembre passé, ces accidents se sont exagérés et, ces dernières semaines, des eschares superficielles ont apparu au niveau du premier et du quatrième orteil. Comme ce malade a une syphilis déjà ancienne, il a été soumis depuis trois mois au traitement spécifique, mais sans aucune amélioration. J'ajouterai que son système artériel est le siège d'une atrésie généralisée, qui doit être pour beaucoup dans la préparation, sinon dans la provocation, des accidents.

M. Sabaréanu montre une jeune femme atteinte de maladie de Raynaud. On observe, chez elle, la gangrène d'un doigt et des eschares ulcérées des extrémités inférieures. Contrairement à ce qui se passe d'habitude, ces dernières ont débuté aux jambes et non aux pieds.

M. Du Castel. — Voici un malade âgé de quarante-huit ans, qui est tombé depuis plusieurs mois dans un état de démence absolue. Il présente une gangrène sèche de l'annulaire gauche et de l'index droit. Aux pieds se voit une éruption bulleuse. Il ne semble pas possible de rapporter ces accidents à une action irritante, comme celle de pansements phéniqués, par exemple, ni à une intoxication telle que l'ergotisme. Il ne s'agit pas non plus d'une gangrène sénile, car les artères sont peu athéromateuses. Je suis porté à admettre qu'ici le processus gangreneux a été préparé par l'état de déchéance nerveuse du sujet, et peut-être provoqué par un léger refroidissement.

M. A. Renault. — La gangrène des déments n'est pas exceptionnelle. M. Quillin, en Belgique, a fait un travail sur ce sujet. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'en observer quelques cas. J'ai été frappé de la lenteur de l'évolution de ces gangrènes et du retour incessant des accidents.

Mort subite dans un cas de syphilis héréditaire d'origine paternelle.

M. Gastou. — Nous venons d'observer, dans le service de M. le professeur Fournier, un cas d'hérédo-syphilis pour lequel on ne peut invoquer, nous semble-t-il, que l'influence exclusive de l'hérédité paternelle. Il s'agit d'un petit enfant, apporté à Saint-Louis par sa mère qui est syphilitique, il est vrai, mais depuis vingt ans déjà. Malgré l'ancienneté de la syphilis maternelle, ce nourrisson présentait des syphilides ulcéreuses des fesses. Au bout de quelques jours, il fut pris de diarrhée, de dyspnée et mourut subitement. A l'autopsie, on trouva des lésions très étendues : une congestion vasculaire intense et généralisée, de la broncho-pneumonie, de la syphilis hépatique, de la sclérose de la veine porte et de ses branches. En un mot, il s'agissait d'une syphilis viscérale très avancée, qu'il était impossible de rapporter à l'influence héréditaire de la syphilis maternelle, laquelle datait de trop loin pour déterminer une pareille infection. D'autant que cette femme avait eu précédemment quatre autres enfants, et que, si les deux premiers, nés à la période d'efflorescence de la syphilis maternelle, avaient succombé peu de temps après leur naissance, les deux autres, venus à une époque plus tardive, ont survécu et offrent à peine quelques stigmates spécifiques; le quatrième n'a même qu'une proéminence exagérée des bosses frontales. Comment se fait-il donc que le cinquième enfant ait succombé à une syphilis d'apparence aussi virulente? En voici l'explication, à notre sens : cette femme a été mariée trois fois; ses deux premiers maris, dont elle a eu ses quatre premiers enfants, n'étaient pas syphilitiques; mais le troisième mari, qui est le père du cinquième enfant, avait, au moment de son mariage, une syphilis récente. Voilà donc un cas où l'influence de l'hérédité paternelle paraît des plus nettes.

M. A. Fournier. — Je relève dans cette observation le fait que cet enfant a succombé brusquement. La mort subite chez les nouveau-nés syphilitiques, alors même qu'ils ont toutes les apparences de la santé, n'est pas exceptionnelle; j'en ai noté un certain nombre de cas. C'est, en général, vers la sixième semaine que survient le décès. Je ne sais trop, par exemple, comment on peut expliquer ces faits.

M. Jullien. — Les statistiques que j'ai établies à l'occasion du Congrès international de dermatologie de 1900 confirment ce que vient de dire M. Fournier au sujet de la fréquence relative de la mort subite chez les nouveau-nés syphilitiques.

M. Barthélemy. — J'ai pratiqué l'autopsie d'un enfant de cinq ans, né de père syphilitique et mort subitement sans qu'on pût soupçonner la raison de ce décès. L'examen minutieux de tous les organes ne m'éclaira pas davantage; je n'y trouvai aucune lésion appréciable.

Adéno-lipomatose symétrique.

M. R. Bensaude montre, au nom de M. Fournier et au sien, un homme atteint d'adéno-lipomatose symétrique: le sujet, âgé de quarante-six ans, est alcoolique et issu de souche rhumatisante. Depuis six ans, il est porteur de tuméfactions diffuses disposées symétriquement sur différents points du corps et en particulier aux régions pré-auriculaire, rétro-mastoïdienne, sus et sous-claviculaires, axillaires, inguinales, sacrée. Les tumeurs du cou changent parfois de volume et de consistance et gênent légèrement les mouvements de la tête. Au niveau des lipomes de la région cervicale, on voit de volumineuses chéloïdes cicatricielles consécutives à une intervention chirurgicale pratiquée il y a quatre ans. De grosses veines sinueuses sillonnent la peau des régions sus et sous-claviculaires. Cette circulation collatérale semble due à la compression des troncs veineux après leur sortie du thorax, car, à part une légère inégalité pupillaire, on ne relève aucun autre symptôme de compression des organes du médiastin. Il s'agit, en somme, d'un cas typique d'adéno-lipomatose. Mais, par suite de la localisation spéciale de certaines tumeurs, le facies du malade diffère un peu de l'aspect habituel des adéno-lipomateux. Il n'y a pas, notamment, le triple menton qu'on observe d'habitude chez ces sujets.

L'adéno-lipomatose symétrique est, suivant toute vraisemblance, d'origine lymphatique. L'orateur rappelle à ce propos l'histoire d'une dame brésilienne, atteinte de chylurie et portant en même temps un adéno-lipome typique du cou qui subissait des changements de volume et de consistance.

Les masses lipomateuses peuvent acquérir une véritable malignité par la tendance qu'elles ont à envahir et à comprimer les organes du médiastin. M. Bensaude cite l'exemple d'un homme observé jadis par M. Hayem et par M. Lejars et qu'il a pu suivre depuis avec M. Fournier. Ce malade vient de mourir brusquement après avoir eu pendant quelques heures des accès de dyspnée avec cyanose. Ce fait de mort subite est unique dans l'histoire de l'adéno-lipomatose. Il montre que l'affection n'est pas toujours aussi bénigne qu'on pourrait le croire en voyant le sujet qui est présenté aujourd'hui, et chez lequel les tuméfactions lipomateuses ne constituent guère qu'une difformité.

Pseudo-pelades.

M. J. Darier. — Voici un malade qui est atteint au cuir chevelu d'une alopécie atrophiante, cicatricielle, persistante. C'est ce qu'on a appelé la *pseudo-pelade* ou *alopécie pseudo-favique*. Cette affection s'est développée d'abord, il y a dix-huit mois, au niveau du pubis, à l'occasion d'une éruption de syphilides en ce point; puis, six mois après, elle gagnait le cuir chevelu où l'on voit actuellement plusieurs placards complètement dénudés. A aucun moment, aux points où s'est montrée l'alopécie, il n'a été donné de constater la moindre folliculite. Cet homme est non seulement syphilitique, mais encore profondément neurasthénique. Sur le tronc, vous remarquez chez lui des lipomes multiples et des hydradénomes.

Je ne sais trop à quel facteur étiologique rapporter la pseudo-pelade. S'agit-il d'une influence nerveuse? Peut-on invoquer l'intervention d'un parasite et existe-t-il des cas de contagion de cette affection?

M. Brocq. — Le sujet présenté par M. Darier est, en effet, atteint sans conteste de l'affection que j'ai décrite en 1885 sous le nom de *pseudo-pelade*. Il s'agit d'une maladie bien distincte de la pelade vraie; elle forme des îlots glabres, cicatriciels, au niveau desquels la destruction des cheveux est définitive, sans qu'on y observe le « cheveu peladique »; ce n'est qu'assez rarement qu'il survient un peu de rougeur autour du follicule pileux qui va s'atrophier. Les cheveux limitant la plaque restent absolument sains. Le cuir chevelu de la région pseudo-peladique est déprimé, atrophique et n'offre plus trace de follicules. Cette affection présente dès le début des points d'attaque multiples et elle envahit le cuir chevelu en suivant une marche reptative, la limitation des îlots qu'elle frappe restant irrégulière et serpigineuse.

La même déglabration peut être consécutive à de véritables folliculites avec suppuration du follicule pileux; il s'agit alors de l'*acné décalvante* de Lailler et Melchior Robert.

Dans un troisième type, affectant surtout la barbe, tandis que les deux premiers se rencontrent principalement au cuir chevelu, l'alopécie succède à une folliculite agminée, véritable sycosis qui aboutit à une cicatrice souvent kéloïdienne.

Quant à l'origine de cette maladie, elle demeure inconnue. Les recherches bactériologiques que j'ai fait faire à ce sujet sont restées sans résultat et, sur 30 ou 35 cas que j'ai observés, je n'ai encore pu relever aucun fait de contagion. D'autre part, les lésions sont bien irrégulièrement disséminées pour répondre à des troubles trophiques.

M. A. Fournier. — Ne pourrait-on invoquer l'action indirecte de la syphilis, et ne s'agit-il pas là d'une affection parasyphilitique?

M. Brocq. — La syphilis était loin d'être constante chez les malades que j'ai étudiés.

Influence favorable des applications de collodion dans un cas de tuberculides généralisées.

M. Balzer. — Chez un malade porteur d'une éruption très confluente de tuberculides généralisées à type polymorphe, dont plusieurs éléments étaient le siège de petits foyers hémorrhagiques, on remarqua que le collodion qui avait été étendu sur les points où on avait prélevé des fragments de peau pour l'examen histologique, avait exercé une influence résolutive très marquée sur les éléments intacts qu'il recouvrait. On généralisa ce traitement et, à la suite d'applications méthodiques et successives, le malade était guéri au bout de six semaines.

M. J. Darier. — Il convient de faire quelques réserves au sujet de l'efficacité de tel ou tel traitement opposé aux tuberculides. Ces lésions disparaissent quelquefois très rapidement, sans qu'on puisse attribuer cette guérison subite aux moyens mis en œuvre à ce moment-là. J'ai vérifié ce fait chez un sujet à qui l'on faisait des frictions d'ichtyol et qui prenait de l'huile de foie de morue; ses tuberculides s'effacèrent en un temps très court. Or, jamais je n'ai constaté rien de semblable dans nombre d'autres faits où j'ai appliqué le même traitement à des lésions analogues.

M. Danlos. — J'ai vu dernièrement un cas de folliclis rétrocéder rapidement sous l'influence d'un traitement interne tout à fait banal.

M. Balzer. — Dans le cas que j'ai rapporté, la guérison n'est pas survenue brusquement, mais l'éruption a disparu progressivement.

Arthropathies blennorrhagiques multiples.

M. Hallopeau montre un blennorhagique chez lequel les manifestations articulaires occupent simultanément les pieds, les genoux et les doigts. Il en est résulté des déformations, particulièrement au niveau des gros orteils qui étaient complètement déviés en dehors et rejetés au dessous des autres doigts des pieds. Cet homme ne pouvant plus marcher, il a fallu recourir à une double amputation des gros orteils. Il persiste néanmoins sur les autres jointures et aux gaines tendineuses des altérations telles que le sujet est désormais hors d'état de travailler.

M. A. Fournier. — Chez un malade de mon service, des déformations consécutives à un rhumatisme blennorrhagique ont nécessité l'amputation de trois orteils.

Syphilis aggravée à la suite d'une variole.

M. Du Castel. — Cette femme est atteinte depuis dix huit mois d'une syphilis d'intensité moyenne. Elle eut, ces temps derniers, une éruption papulo-croûteuse qui fut prise pour la variole. On l'envoya à Aubervilliers où on recon-

nut la nature syphilitique des lésions cutanées et d'où on s'empressa de la renvoyer. Mais ce court passage dans un milieu infecté suffit à lui donner une variole qui évolua normalement. Par contre, à partir de ce moment, sa syphilis, bénigne jusque-là, prit brusquement une forme ulcéreuse grave. Il semble que cette variole intercurrente ait mis la malade dans un état de déchéance organique ayant permis l'éclosion de manifestations malignes de la syphilis.

Folliculite gonococcique du prépuce.

M. Hallopeau. — On admet, en général, que le prépuce n'offre pas un bon terrain de culture au gonocoque; la localisation de la blennorrhagie y est, en tout cas, exceptionnelle. Voici un malade chez lequel l'inflammation gonococcique s'est limitée à plusieurs glandes préputiales, sous forme de petits abcès folliculaires dont le pus contient des gonocoques typiques. A aucun moment, l'urèthre n'a été atteint. Cette folliculite a été bénigne et, sous l'influence des antiseptiques, la suppuration s'est rapidement tarie.

Stigmates d'Hutchinson sur les incisives de la première dentition.

M. Ed. Fournier présente un petit garçon de quatre ans, hérédo-syphilitique et idiot, dont la mère est syphilitique et a eu un autre fils qui est hydrocéphale. Les incisives médianes de cet enfant offrent les malformations décrites sous le nom de « dents d'Hutchinson », fait exceptionnel pour la première dentition.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 7 janvier 1901.

Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu.

M. F. Meyer. — Des recherches bactériologiques antérieures, faites avec M. Michaëlis sur le sang et l'épanchement articulaire de rhumatisants, ne m'ayant donné aucun résultat, je me suis adressé à l'angine rhumatismale, manifestation dont les rapports avec le rhumatisme articulaire aigu sont hors de conteste. Dans 5 cas, j'ai pu isoler une espèce microbienne spéciale, sous forme de diplocoques réunis en courtes chaînettes, se colorant facilement par les réactifs ordinaires, légèrement décolorés par le Gram et poussant très bien sur les milieux fortement alcalins. Chez le lapin, l'injection sous-cutanée de ce microorganisme détermine, au point d'inoculation, un infiltrat dur, avec nécrose, mais sans suppuration; au bout de six à dix jours survient un gonflement articulaire constitué par une exsudation séreuse ou séro-purulente, dans laquelle j'ai retrouvé 2 fois le diplocoque à l'intérieur d'éléments cellulaires; la température de l'animal, qui s'élève tout d'abord à 41°, se maintient ensuite à 39° et quelques dixièmes. Les injections intraveineuses déterminent une infection mieux accusée que les inoculations sous-cutanées. Presque tous les animaux survivent. Dans 6 cas, j'ai constaté à l'autopsie une endocardite ulcéreuse ou végétante.

Ce microorganisme est tout à fait identique à celui qu'a isolé M. von Leyden dans l'endocardite rhumatismale, et il n'offre que de faibles différences avec celui qu'a décrit Wassermann.

M. Wassermann. — Après les observations dont M. Meyer vient de nous communiquer les résultats, il me semble qu'il ne reste que deux questions à résoudre, en ce qui concerne l'agent pathogène du rhumatisme : les streptocoques qui ont été trouvés par divers auteurs dans cette affection appartiennent-ils tous à la même espèce? S'agit-il toujours de streptocoques, ou d'autres microbes manifestent-ils une affinité semblable pour les jointures?

M. Menzer. — Dans deux cas typiques de rhumatisme articulaire aigu et dans deux cas d'angine rhumatismale avec manifestations articulaires, j'ai isolé un streptocoque analogue à celui de M. Meyer. Son injection intraveineuse détermine du gonflement des jointures — dans un cas avec endocardite —, mais son inoculation sous-cutanée ne provoque aucune réaction locale. Tous les animaux auxquels j'ai injecté ce streptocoque sont morts au bout de trois à quatre semaines.

M. Max Wolff rappelle que, il y a plusieurs années déjà, P. Guttmann a considéré le staphylocoque doré comme l'agent du rhumatisme articulaire et de l'endocardite végétante.

M. von Leyden fait observer que le staphylocoque, microbe extrêmement répandu, vient fréquemment contaminer les cultures. Par contre, il n'est pas douteux que l'injection intraveineuse de streptocoque ait reproduit l'endocardite chez les animaux.

M. F. Meyer tient à faire remarquer que dans ses expériences, et contrairement aux résultats obtenus par d'autres auteurs, le streptocoque a déterminé une endocardite sans qu'on eût lésé préalablement les valvules.

Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

M. Krönig, à propos de la récente communication de M. Sarfert (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 421), déclare que l'on doit se montrer très réservé en matière d'intervention pour tuberculose pulmonaire, si même on ne doit pas y renoncer tout à fait. A son avis, pour que l'opération ait quelques chances de succès, il faut, comme condition d'ordre général, que la maladie ait marqué un temps d'arrêt, signalé par la diminution de l'expectoration et la disparition des fibres élastiques beaucoup plus que par celle des bacilles. Ensuite, au point de vue local, il y a lieu de déterminer d'abord s'il s'agit d'une caverne tuberculeuse ou de bronchectasie tuberculisée, puis s'il existe une ou plusieurs cavernes. Ces divers points sont souvent fort difficiles à élucider.

M. Fürbringer dispose de 4 ou 5 cas opérés par Hahn depuis une dizaine d'années; un seul de ces malades est notablement amélioré, presque guéri; tous les autres sont morts après une sédation plus ou moins prolongée des accidents.

L'orateur estime que l'on peut reconnaître qu'une caverne est favorable à l'intervention à ce que, la respiration étant amphorique à son niveau, la percussion y donne un son clair, presque tympanique, tandis qu'on y perçoit à l'auscultation des râles métalliques à grosses bulles. Mais il faut encore que le reste du poumon soit intact, et à ce sujet on commet souvent de graves erreurs.

M. A. Fränkel pense que l'opération devrait être réservée aux cas d'abcès ou de gangrène pulmonaires ouverts dans la plèvre, ainsi qu'à ceux où, un abcès s'étant formé, une assez grande quantité de tissu pulmonaire a été expectorée en peu de temps, car alors on peut admettre qu'il y a une seule caverne. Les conditions sont le plus favorables lorsque les lésions siègent au sommet.

M. von Leyden croit à l'utilité de l'intervention, surtout quand il s'agit d'un sujet jeune, à tuberculose localisée au sommet, qui, après une cure bien conduite, voit disparaître la plupart des manifestations morbides, un seul point restant atteint; il est très probable alors qu'il s'agit d'une caverne. Au reste, toute tuberculose du sommet qui date de deux ans produit une excavation.

M. Sarfert reconnaît que les cas de tuberculose pulmonaire favorables à l'intervention sont relativement rares; ils n'atteignent peut-être pas la proportion de 1 ‰. Mais le nombre des tuberculeux est tellement grand, que le chiffre absolu des lésions opérables est néanmoins assez élevé.

Le lipochrome.

M. Rothmann. — On s'accorde aujourd'hui à reconnaître que le lipochrome est un élément normal de la cellule ganglionnaire de l'homme, mais seulement de l'homme adulte; son abondance augmente avec les progrès de l'âge. La recherche de ce pigment chez l'animal demeure généralement infructueuse. La raison en est que c'est d'ordinaire sur des animaux jeunes que l'on opère; en effet, après avoir trouvé du lipochrome chez un vieux singe, j'ai recherché cette substance dans les cellules d'un cheval de quinze ans : j'ai constaté qu'elle y existait, et qu'elle y était aussi abondante que chez un homme de vingt à vingt-cinq ans.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 12 janvier 1901.

Résection de la vessie pour carcinome.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. O. Zuckerkandl** a présenté un malade chez lequel il a pratiqué la résection de la vessie pour un carcinome qui occupait toute la moitié supérieure de cet organe et qui adhérait avec le péritoine, ce qui en rendait l'énucléation impossible. Après la résection, la partie restante de la vessie fut suturée et drainée; au bout de trois semaines, le drain fut remplacé par une sonde à demeure. Actuellement la plaie est complètement fermée, les douleurs ont disparu et l'opéré peut rester deux heures sans uriner. La cicatrice de la vessie est visible au cystoscope.

Le nombre des résections de la vessie pratiquées jusqu'ici s'élève à 66. La mortalité après cette intervention est assez grande, mais les résultats des opérations palliatives sont tellement peu satisfaisants qu'on est en droit de leur préférer la résection; lorsqu'on suppose l'existence d'un cancer de la vessie, on est même autorisé à s'en assurer au moyen d'une incision exploratrice.

M. von Frisch a fait observer que les tumeurs malignes de la vessie siègent de préférence au niveau du trigone et qu'elles intéressent presque toujours la prostate. On comprend, dans ces conditions, que l'extirpation en soit difficile et qu'on soit souvent obligé de se contenter d'une opération palliative.

M. Wertheim a dit avoir pratiqué avec succès la résection dans un cas de cancer situé au niveau du trigone et intéressant l'uretère.

Traitement des douleurs de la dysménorrhée par la cocaïnisation de la muqueuse nasale.

M. A. Schiff a communiqué le résultat de ses recherches sur le traitement des accidents douloureux qui accompagnent les dysménorrhées, par l'attouchement avec une solution de cocaïne à 1 pour 5 des régions de la muqueuse des fosses nasales que Fliess a désignées sous le nom de « points génitaux ». A peine a-t-on touché ces zones avec l'extrémité d'une sonde trempée dans la solution cocaïnique que les malades accusent spontanément une disparition complète de leurs douleurs abdominales. La cocaïnisation de l'extrémité antérieure du cornet inférieur fait disparaître les douleurs hypogastriques, celle du tubercule nasal les douleurs sacrées; quand les douleurs sont unilatérales, il faut avoir soin de toucher les points génitaux de la fosse nasale du même côté. Ce qui prouve l'action élective de ces régions sur la sensibilité de la région utéro-ovarienne, c'est que si l'on anesthésie toute la muqueuse des fosses nasales, à l'exception des points génitaux, les douleurs ne cèdent pas. Il faut noter enfin que la cessation des douleurs s'obtient également lorsqu'au lieu d'une solution concentrée on fait usage d'une solution faible de cocaïne, à 3 ou 5 % par exemple, à la condition de toucher préalablement les zones en question avec de l'extrait de capsules surrénales, dont l'action anémiante est bien connue. En détruisant les points génitaux par des caustiques ou par l'électrolyse, l'orateur a pu obtenir dans un certain nombre de cas la guérison définitive de la dysménorrhée.

On peut aussi faire cesser des douleurs abdominales indépendantes des périodes menstruelles par la cocaïnisation des points génitaux.

Pour expliquer ces faits, M. Schiff admet que les douleurs qui accompagnent certaines dysménorrhées ne siègent pas, en réalité, dans les organes génitaux, mais qu'elles ont pour point de départ une irritation de la muqueuse des fosses nasales.

De quelques formes de suppuration intra-abdominale.

Dans la séance du 7 janvier du Collège médical de Vienne, **M. J. Schnitzler** a montré que, d'après les statistiques des hôpitaux de Vienne, la mortalité dans les cas de suppuration intra-abdominale reste toujours assez

élevée (93 décès sur 375 cas en 1897, 73 décès sur 348 cas en 1898.) Cette léthalité serait due surtout, d'après l'orateur, à ce que le diagnostic de ces affections n'est pas assez précoce.

Il faut en outre, parmi les péritonites purulentes diffuses, distinguer celles qui sont dues à la perforation d'un viscère abdominal (estomac, intestin, etc.) d'avec celles qui résultent de l'ouverture d'un abcès. Ces dernières sont à coup sûr moins favorables pour l'opération, mais elles sont susceptibles d'une guérison spontanée; aussi l'indication d'opérer est-elle plus urgente dans les cas de péritonite consécutive à la perforation d'un viscère que dans ceux où elle succède à un abcès, sauf quand on peut intervenir dans les vingt quatre ou trente-six heures qui suivent l'ouverture de la collection purulente.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Schnitzler est partisan du lavage de l'intestin avec une solution chaude de chlorure de sodium; il estime, en outre, que les abcès péri-typhlitiques qui siègent dans l'espace de Douglas doivent être incisés par la voie rectale ou périnéale sans laparotomie, afin de ne pas s'exposer à l'infection du péritoine. L'ouverture transpéritonéale de ces abcès est surtout à redouter lorsqu'il existe un météorisme considérable.

D[r] Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Le cancer du gros intestin (rectum excepté), par M. R. de Bovis.

S'occupant exclusivement des tumeurs malignes développées sur le gros intestin entre la valvule iléo-cæcale (inclusivement) et le rectum (exclusivement), l'auteur a analysé 426 faits recueillis depuis l'ère antiseptique et ayant été l'objet d'une intervention chirurgicale. D'après l'ensemble des statistiques publiées, le cancer du gros intestin ne paraît pas beaucoup moins fréquent que celui du rectum; la région cæcale et l'S iliaque en sont deux véritables lieux d'élection, et il existe une certaine opposition, au point de vue de la variété la plus commune, entre ces deux localisations : d'après Brault, la forme encéphaloïde prédominerait au niveau du cæcum et le squirrhe au niveau de l'S iliaque; or, les observations cliniques montrent que les gros cancers se trouvent de préférence à droite et les petits à gauche. L'étiologie est fort peu connue, comme pour toutes les affections cancéreuses; parmi les facteurs locaux, Billroth, König, Hochenegg ont signalé la possibilité de la transformation cancéreuse des ulcérations, dysentériques ou autres; la constipation chronique ne jouerait pas le rôle prédisposant qu'on lui attribue d'ordinaire, car le cancer du gros intestin semble plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Le diagnostic de ce cancer présente parfois de sérieuses difficultés et les affections susceptibles dêtre confondues avec lui sont très nombreuses; en effet, il n'est pas de viscère abdominal qui ne puisse, à un moment donné, fournir une tumeur plus ou moins analogue au cancer intestinal, et celui-ci, d'autre part, peut, bien que rarement, ne s'accompagner d'aucun trouble fonctionnel un peu typique. C'est surtout lorsque le cancer siège du côté du foie ou dans la région cæcale que le diagnostic peut devenir épineux. Les néoplasmes de l'angle hépatique ou du côlon transverse déterminent souvent, en effet, des symptômes qui font croire à l'existence d'une affection biliaire. Dans la région cæcale, la tuberculose intestinale, en particulier, est souvent difficile à distinguer d'avec le cancer, et le diagnostic peut rester en suspens jusqu'à ce qu'on ait pratiqué l'examen bactériologique des selles, qui renferment toujours des bacilles de Koch dans le cas de tuberculose de l'intestin. Le diagnostic de tumeur ou d'affection rénale a conduit plusieurs fois à des interventions inutiles par la voie lombaire. Enfin, en présence d'un néoplasme malin du côlon transverse, on a pu quelquefois songer à une tumeur de l'estomac ou du pylore.

Le traitement chirurgical *symptomatique* consiste à soigner l'occlusion, les abcès, la péritonite, etc. Le traitement *palliatif*, qui est en même temps symptomatique, vise la dérivation permanente des matières, et comprend l'entérostomie et l'entéro-anastomose. Le traitement *radical* est représenté par l'entérectomie. Après une étude critique des observations, des méthodes opératoires et de leurs résultats, l'auteur compare entre elles ces diverses méthodes, et passe en revue leurs indications opératoires.

Il résulte, d'une statistique portant sur 101 observations dans 33 desquelles cette intervention a servi de temps préliminaire à une entérectomie ou à une entéro-anastomose, que l'*anus contre nature* donne une mortalité opératoire de 38.6 %; mais il convient d'ajouter que l'on est intervenu généralement très tard, presque *in extremis*, chez des malades épuisés par l'intoxication stercorale. Quant à la survie des opérés, elle n'est indiquée que pour 17 d'entre eux, et elle a été en moyenne d'un peu plus de dix mois. Or, on peut évaluer à onze mois et demi la durée habituelle de la période pré-opératoire, c'est-à-dire du laps de temps écoulé entre le début apparent de l'affection et l'intervention chirurgicale. En ajoutant ces deux chiffres, M. de Bovis conclut donc qu'un sujet pourvu d'un anus contre nature vit en moyenne, depuis l'apparition des premiers signes de son mal, environ vingt et un mois et demi en tout.

L'auteur a réuni 44 cas d'*entéro-anastomose* ou d'*exclusion* avec 12 décès post opératoires, c'est-à-dire avec une mortalité de 27.3 %, et il fait remarquer que les opérateurs ont en général choisi les cas où l'entéro-anastomose est d'une exécution facile. Les quelques faits d'exclusion qu'il a pu trouver dans la littérature médicale lui paraissent démontrer que ce procédé est dangereux en lui-même et par les complications techniques qu'il entraîne, et que, de plus, il ne présente aucune supériorité sur les autres traitements palliatifs du cancer de l'intestin. En comparant, pour l'entéro-anastomose, les résultats donnés par le bouton de Murphy et par les sutures, M. de Bovis montre que la suture doit être préférée au bouton anastomotique, surtout lorsqu'il y a de l'occlusion. De 13 cas, il résulte que les résultats éloignés de l'entéro-anastomose sont les suivants : la survie post-opératoire est de 6 mois, 4 en moyenne, la période pré opératoire étant de 14 mois, 8 en général, de sorte que ces cancéreux ont eu une existence totale de 21 mois, 2.

Pour l'*entérectomie* appliquée au traitement du cancer de l'intestin, la mortalité, qui depuis les débuts de la période antiseptique jusqu'en 1889 était de 58.8 %, est tombée dans ces dix dernières années à 37 %. Au point de vue des résultats éloignés, l'auteur cite des cas excellents dans lesquels il n'y avait aucune trace de récidive après un an (10 fois), après deux ans (4 fois), après trois ou quatre ans (6 fois); 4 guérisons datent même respectivement de six, sept, huit et dix ans. On peut dire que l'entérectomie donne en moyenne une survie de dix-neuf mois environ, et que, la période pré-opératoire du cancer étant évaluée à treize mois, l'existence des cancéreux traités par l'entérectomie peut être représentée par un minimum de trente-deux mois à partir du début apparent de la maladie.

M. de Bovis fait, d'ailleurs, observer avec raison qu'on ne peut pas tirer, de la comparaison des chiffres fournis par les statistiques que nous venons de reproduire, des conclusions rigoureusement exactes au sujet de la valeur absolue des différentes méthodes de traitement du cancer du gros intestin, attendu que l'anus artificiel, l'entéro-anastomose et l'entérectomie s'appliquent à trois catégories de malades absolument différentes : le premier s'adresse le plus souvent à des occlusions, la deuxième à des obstructions légères ou nulles, la troisième à des sujets ordinairement à froid. On peut seulement en conclure que, tout en étant plus grave que les opérations palliatives — car elle donne une mortalité au moins aussi élevée que ces dernières, quoique les sujets qu'elle concerne soient moins gravement atteints —, l'entérectomie a certainement l'avantage d'assurer une longévité bien supérieure à celle que permettent les opérations non radicales. Le chirurgien est donc en droit de recourir à l'entérectomie, en dehors des contre-indications qui sont surtout l'occlusion intestinale, un état de cachexie trop avancée, et enfin des lésions anatomiques supposées ou évidentes, telles qu'adhérences pariétales étendues et clapiers purulents. (*Rev. de chir.*, juin, juillet, août, octobre, novembre et décembre 1900.) — M. C.

De l'influence favorable de la grossesse sur l'entéroptose, par M. H. Maillart.

L'entéroptose reconnaissant comme facteur de la plus haute importance l'affaiblissement du tonus musculaire de la sangle abdominale, il peut sembler invraisemblable que la grossesse, qui a pour effet de distendre — et par suite de relâcher — la paroi de l'abdomen, puisse exercer une influence favorable sur cette affection. Il en est pourtant ainsi, d'après M. Maillart, et voici l'explication qu'en donne cet auteur :

Les viscères abdominaux sont soumis, comme l'ont montré les recherches de Schwerdt, à une double pression : d'une part, la *tension abdominale* proprement dite, due à la tonicité de la paroi; d'autre part, la *pression de charge*, résultant du poids des organes eux mêmes et augmentant à mesure que l'on considère des viscères placés plus bas dans l'abdomen. Les effets de ces deux forces sont inverses, la première maintenant les organes dans leur situation normale, tandis que la seconde tend à les déplacer dans le sens de la pesanteur, à les « ptoser » par conséquent. Or, pendant la grossesse, l'utérus, en se développant, refoule de bas en haut les organes abdominaux, annulant ainsi plus ou moins complètement l'influence de la pression de charge.

Ce n'est pas là, d'ailleurs, une vue de l'esprit, car cet heureux effet de la grossesse sur l'entéroptose se traduit par une augmentation de poids, par suite de l'amélioration des fonctions digestives consécutive elle-même au retour des viscères dans leur situation normale. Cet embonpoint, qui ne se manifeste qu'après la période de troubles réflexes (anorexie, vomissements, etc., etc.) du début de la grossesse, atteint de 2 kilos et demi à 6 kilos quand aucun incident, tel que l'albuminurie, ne vient l'entraver.

Il s'agit là, on le voit, d'une amélioration sensible, d'autant que le relèvement de la nutrition a pour conséquence immédiate la disparition, ou du moins l'atténuation, des troubles neurasthéniques concomitants. Il est, du reste, facile de rendre définitif le résultat acquis, en soumettant la malade à quelques mesures d'hygiène, dont les plus essentielles sont l'usage d'une sangle de Glénard et l'abandon du corset, remplacé par une « taille à bretelles » supportant le poids des vêtements de dessous. Et, de fait, chez toutes les femmes traitées par M. Maillart qui ont accepté ces prescriptions, l'augmentation de poids constatée pendant la grossesse a persisté après les relevailles, et cela bien que la lactation leur eût été permise. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril 1900.) — F. F.

Catalepto-catatonie au cours de la fièvre typhoïde, par M. H. Dufour.

M. le professeur Bernheim (de Nancy) a été le premier à signaler l'existence, dans la dothiénentérie à forme stuporeuse, de troubles cataleptiques survenant en l'absence de tout stigmate d'hystérie. Ce fait, qui n'a rien de surprenant étant donné la fréquence des manifestations cérébrales dans la fièvre typhoïde, paraît avoir passé à peu près inaperçu. Or, cette catalepsie dothiénentérique serait loin d'être rare, puisque, sur 40 cas de fièvre typhoïde dans lesquels il l'a recherchée, M. Dufour l'a rencontrée 3 fois, soit dans la proportion de 7.5 %.

Dans ces observations, il s'agissait de jeunes femmes exemptes de tout antécédent névropathique, au moins personnel, et qui en étaient respectivement au milieu du premier septénaire, au dix-septième et au vingt-cinquième jour de leur infection quand M. Dufour put constater qu'il était facile de déterminer chez elles des attitudes cataleptiques; c'est ainsi que la langue tirée hors de la bouche n'était pas rentrée spontanément par la malade, que le bras relevé restait indéfiniment dans cette position, etc.; le phénomène pouvait être provoqué aux jambes aussi bien qu'aux bras. Chez deux patientes dont la conscience n'était pas trop

obnubilée, il se produisait même sur une simple injonction. Il s'agissait là d'une flexibilité molle, *cireuse*, indépendante de toute contracture. Ajoutons que de ces trois femmes, dont l'infection était grave et se traduisait par une stupeur profonde, deux survécurent tandis que la troisième succomba.

A l'expression d' « attitudes cataleptiformes » employée par M. Bernheim, l'auteur préfère celle de catalepto-catatonie, pour indiquer plus clairement la ressemblance de ce syndrome cérébral de la dothiénentérie, caractérisé par de la stupeur et de la catalepsie, avec l'affection mentale décrite jadis par Kahlbaum sous le nom de catatonie. (*Rev. neurol.*, 15 novembre 1900.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

La fréquence de la neurasthénie dans les différentes classes sociales, par M. K. Petrén.

Les classiques admettent que la maladie de Beard, relativement rare dans la classe ouvrière, frappe de préférence les intellectuels. M. Petrén a voulu vérifier cette opinion, en recherchant de quelle façon se répartissent, au point de vue social, les neurasthéniques qu'il a observés de 1895 à 1899. Sur un total de 2,478 malades, il a compté 285 neurasthéniques, soit 11 5 %, qu'il range en trois groupes : le premier comprend les paysans, les ouvriers et les artisans; le second, les instituteurs, les employés de commerce, les sous-officiers, etc.; enfin le troisième est réservé aux intellectuels. Or, la proportion des neurasthéniques hommes, qui est de 13.3 % dans cette dernière classe et de 13.2 % dans la seconde, s'élève à 14.8 % dans la première. Pour les femmes, les deux dernières catégories donnent une moyenne de 6.6 % de neurasthéniques, tandis que dans la première la fréquence de cette affection est de 11.4 %.

De ces chiffres, M. Petrén tire la conclusion que la neurasthénie est, du moins en Suède, aussi fréquente dans la classe ouvrière que dans les milieux plus favorisés. L'opinion contraire est due, à son avis, à ce que la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette affection ont observé presque uniquement dans les classes riches ou du moins aisées de la société; d'autre part, la proportion des cas de maladie de Beard traités dans les hôpitaux donne une idée nécessairement fausse de la fréquence de cette affection, qui ne conduit le patient à l'hôpital que très exceptionnellement. L'auteur se base, en outre, sur ses observations personnelles pour combattre l'opinion très accréditée que la neurasthénie est une maladie récente, due aux conditions actuelles d'existence. En effet, le plus grand nombre des sujets qu'il a soignés sont des paysans et des ouvriers d'une province de Suède où la civilisation moderne n'a pas, jusqu'à présent, modifié la façon de vivre.

Remontant aux causes de la neurasthénie, l'auteur a constaté 62 fois des chagrins de famille, 24 fois des difficultés financières, 47 fois du surmenage. Dans 29 cas, la maladie s'était déclarée à la suite d'une attaque de grippe, dans 18 elle était consécutive à une autre infection; 21 patients ont avoué la masturbation ou des excès vénériens; 13 ont fait remonter le début de leur affection à une frayeur ou à un traumatisme; 16 fois la neurasthénie s'était déclarée chez des femmes en couches ou chez des nourrices; dans 8 cas on a pu incriminer des excès alcooliques, et, enfin, dans 2 l'influence d'une température très élevée (chez des ouvriers de fabrique).

M. Petrén attribue une action prépondérante à l'hérédité alcoolique. La consommation de l'alcool dans les campagnes de Suède était excessive pendant la première moitié du siècle, c'est-à-dire à l'époque ou vivaient les grands-pères et les pères de la génération actuelle.

Les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les paysans suédois laissent, en outre, énormément à désirer, et, tandis que dans les centres civilisés l'amélioration de l'hygiène et de l'alimentation a pour effet de compenser jusqu'à un certain point l'influence délétère d'une existence énervante, le manque d'air et de lumière des habitations des paysans suédois, ainsi que leur mauvaise nourriture, constituent autant de facteurs pouvant favoriser la prédisposition à la neurasthénie. L'auteur considère la fréquence de la maladie chez les femmes de la basse classe comme la conséquence de l'existence pénible à laquelle elles sont astreintes. Enfin, il rapporte à l'artériosclérose cérébrale un certain nombre de cas de neurasthénie, hypothèse que confirment deux observations relatées dans le présent travail. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 5-6.) — A. J.

La chirurgie d'armée dans la guerre du Transvaal, par M. H. Küttner.

Les remarques que M. Küttner a pu faire pendant la guerre du Sud de l'Afrique présentent d'autant plus d'intérêt, au point de vue chirurgical, que l'auteur avait déjà suivi la guerre gréco-turque. Après avoir assisté, du côté des Boers, à plusieurs batailles importantes et avoir recueilli ainsi des observations sur le champ de bataille même, il lui a été possible de suivre l'évolution des blessures dans les principaux hôpitaux des deux républiques sud-africaines.

Il a fait largement usage de la radiographie, malgré des conditions extérieures très défavorables. Les accumulateurs utilisés à cet effet étaient chargés à l'aide d'un moteur à pétrole actionnant une machine dynamo-électrique. Quant à l'utilité de ce moyen de diagnostic en chirurgie de guerre, M. Küttner estime qu'elle est diminuée par l'emploi des projectiles modernes « à chemise »; elle est, par contre, incontestable dans l'étude théorique des blessures par armes à feu, et surtout en cas de blessures par shrapnells, lesquelles ressemblent à celles que produisaient les anciennes balles en plomb sans chemise. En dehors de la recherche des projectiles en général, cette méthode rend des services pour l'étude des lésions du système nerveux central et périphérique; elle permet aussi d'établir le diagnostic et le pronostic des fractures par armes à feu. M. Küttner résume sa manière de voir en disant que, bien que l'on puisse s'en passer dans les guerres modernes, la radiographie est cependant une ressource trop précieuse pour qu'on en refuse le secours aux blessés.

Au point de vue de l'armement, dans la guerre actuelle, il s'agissait surtout du fusil Mauser du côté des Boers et du Lee-Metford ou du Lee-Enfield chez les Anglais. Les balles dum-dum et les autres modifications destinées à rendre explosifs les projectiles ordinaires n'ont été employées que rarement. Les Boers se servirent parfois de balles dum-dum prises aux Anglais; ils en fabriquèrent très exceptionnellement en sciant la pointe du projectile Mauser, mais ne reçurent aucun projectile de cette nature de leur gouvernement.

Comme projectiles d'artillerie, les plus importants sont les shrapnells et les petits projectiles du canon Nordenfeld-Maxim, tandis que les boulets à la lyddite paraissent avoir été de moindre importance.

L'auteur discute ensuite les différents effets des projectiles modernes. Il a constaté que la douleur initiale, au moment de la blessure, est généralement insignifiante; le shock proprement dit est d'ordinaire peu considérable, et de nombreux blessés ont continué le combat même après avoir été touchés par plusieurs projectiles. L'hémorrhagie externe est habituellement très faible; elle est d'autant moins grave que la plaie cutanée est moins étendue. Les seules hémorrhagies sérieuses que l'on ait observées se rapportent à des lésions des gros vaisseaux; mais on a constaté des guérisons même après la blessure de la carotide ou de la fémorale. Il résulte de ces indications que la mort par hémorrhagie externe sur le champ de bataille est peu fréquente; il n'en va pas de même des hémorrhagies internes par lésion des cavités abdominale et thoracique. Le chirurgien est donc rarement amené à pratiquer des ligatures sur le lieu du combat. La plupart des lésions, autrefois mortelles, des gros vaisseaux amènent seulement à l'heure actuelle, grâce à l'étroitesse de la plaie cutanée, la formation d'un anévrysme dont le développement s'effectue en général de deux à huit semaines après la blessure. Comme conséquence, le traitement se réduira souvent à la compression; en cas d'échec, l'intervention s'imposera, mais on ne la pratiquera que si l'on se trouve dans des conditions d'asepsie parfaites.

Quant aux lésions osseuses, M. Küttner a pu constater qu'elles sont accompagnées très fréquemment d'une plaie cutanée moins étendue qu'on ne pourrait le croire d'après les expériences faites sur les cadavres; l'orifice de sortie atteint rarement 5 centimètres, celui d'entrée est presque toujours très petit. La plupart des fractures présentent de nombreuses esquilles; on a cependant constaté exceptionnellement une simple perforation de la diaphyse sans fracture. L'os est détruit sur une longueur — assez constante quelle que soit la distance d'où le projectile est lancé —, qui est de 12 à 14 centimètres pour le fémur, de 10 centimètres pour le tibia et de 9 à 10 centimètres pour l'humérus. Le volume des esquilles est variable : il est plus considérable dans les coups de feu tirés de loin, comme l'avaient montré les expériences sur le cadavre. Les fractures affectent ordinairement la forme « en papillon »; elles sont compliquées le plus souvent de fissures assez étendues le long de la diaphyse et même à travers l'épiphyse.

Les fractures diaphysaires renferment fréquemment des projectiles entiers ou des fragments de projectiles. Quant aux épiphyses et aux os spongieux, ils se comportent comme les diaphyses dans les cas où ils sont composés surtout de substance compacte (épiphyse inférieure de l'humérus); au contraire, lorsque le tissu spongieux est prépondérant, on observe ordinairement la formation d'un sillon ou d'une perforation de l'os sans esquilles. Dans les coups de feu à bout portant ou à petite distance, la substance spongieuse est écrasée sur une grande étendue, et la partie attenante de la diaphyse est réduite en esquilles. Enfin, les os plats présentent une simple perforation sans rien de particulier.

Les lésions articulaires sont caractérisées par l'épanchement sanguin. Elles ne renferment que rarement le projectile. La rotule est généralement traversée sans fracture.

Le pronostic des fractures et des lésions articulaires est si favorable que M. Küttner n'a eu l'occasion de pratiquer qu'une seule amputation et qu'une seule résection articulaire. Il attribue ce fait à l'observation stricte des règles thérapeutiques établies par M. von Bergmann, consistant en la simple occlusion et en l'immobilisation Mais il est important que les blessés n'aient pas à subir un long transport immédiatement après le combat; on les laissera plutôt quelques jours à proximité du champ de bataille avant de les transférer à l'hôpital.

Les lésions du crâne furent très fréquentes, surtout chez les Anglais. Les blessures à bout portant amènent généralement un éclatement complet du cerveau et de la boîte crânienne. Cependant, dans un assez grand nombre de faits (généralement à la suite de coups de feu tirés à grande distance), la mort n'est pas immédiate ou même la guérison survient après une perte de connaissance plus ou moins longue et l'apparition de symptômes cérébraux de différente nature. Comme traitement de ces lésions, l'auteur estime que la trépanation ne devrait être pratiquée que dans des cas bien déterminés et uniquement quand on se trouve dans des conditions d'asepsie parfaites. Les signes d'augmentation de la pression intracrânienne ne doivent pas être considérés comme une indication opératoire, car on les rencontre toujours après ces blessures. Il en est de même des symptômes d'irritation ou de paralysie localisées de nature corticale, observés immédiatement après le traumatisme. L'intervention s'impose, au contraire, lorsque la pression intracrânienne augmente progressivement, quand il survient de nouveaux symptômes, et enfin toutes les fois que le malade présente des signes d'infection.

Les lésions de la moelle épinière ont régulièrement amené l'issue fatale, sans que le traitement chirurgical ait jusqu'à présent donné de succès.

Les plaies du cœur par coups de feu furent l'une des causes les plus fréquentes de mort sur le champ de bataille. Des observations faites par des chirurgiens anglais dans la guerre actuelle ont montré cependant que les blessures cardiaques à grande distance sont parfois susceptibles de guérison.

Le pronostic des lésions pulmonaires, qui furent des plus fréquentes, est très favorable. C'est surtout dans cette région que les plaies produites par les projectiles de petit calibre

sont beaucoup plus bénignes que celles que faisaient les armes de 11 à 13 millimètres : il ne fut pas rare de voir des hommes continuer le combat, alors même que leurs poumons avaient été atteints par un ou deux projectiles. Les symptômes inquiétants disparaissent souvent au bout de huit à quinze jours. L'hémoptysie se produit dans la moitié des cas. L'épanchement sanguin dans la cavité pleurale n'a jamais fait défaut, mais parfois il ne put être constaté qu'au bout de quelques jours; il fut généralement considérable chez les blessés ayant subi un long transport. L'hémopneumothorax fut beaucoup plus rare : M. Küttner ne l'a rencontré que 4 fois. Il y eut de l'emphysème cutané, par contre, dans le cinquième des cas environ. Le traitement, absolument conservateur, n'exige que le repos complet, et la ponction de l'épanchement sanguin est inutile. Le repos doit être continué assez longtemps, la mort étant survenue, par hémorrhagie secondaire, même au vingtième jour après la blessure.

Au point de vue des lésions de la cavité abdominale, la guerre actuelle a été des plus instructives, car elle a prouvé que nombre de plaies abdominales guérissent sans intervention. Celle-ci ne saurait être utile que pratiquée dans les premières heures qui suivent la blessure, ce qui est généralement irréalisable en chirurgie de guerre. Quant aux sujets amenés à l'hôpital seulement au bout de quelques heures, M. Küttner a vu qu'il est préférable de s'abstenir chez eux de toute opération. Parmi les 25 faits de ce genre qu'il a observés, 11 se sont terminés par la mort, dont 4 après intervention, tandis que les 14 blessés non opérés ont guéri. L'auteur attribue ce fait remarquable d'abord à ce que les intestins des blessés sont généralement vides, la durée du combat étant plus longue qu'autrefois; ensuite à ce que, dans un certain nombre de faits, le projectile traverse l'abdomen sans produire de lésion intestinale; enfin, dans les cas — les plus fréquents — où l'intestin est atteint, la perforation est si petite qu'elle est obturée rapidement par des adhérences ou par l'éversion de la muqueuse. Parfois, la guérison spontanée ne survient qu'après la formation d'abcès stercoraux et de fistules intestinales. Ici encore, un transport prolongé joue un grand rôle dans l'issue fatale de ces blessures.

M. Küttner ne reconnaît, en somme, comme indication absolue pour la laparotomie que les hémorrhagies intra-abdominales graves, à condition que l'état du blessé laisse encore quelques chances de succès. La laparotomie pour plaies de l'intestin ne saurait être pratiquée que sur les sujets amenés à l'hôpital au cours des sept premières heures, et uniquement lorsque le personnel médical n'a pas de devoirs plus urgents à remplir. La laparotomie secondaire devrait être abandonnée et remplacée par le repos absolu, la prescription d'un régime approprié et l'administration éventuelle d'opium.

Nous terminerons ce résumé incomplet en mentionnant cette remarque de l'auteur, à savoir que le projectile de petit calibre et à chemise est, d'une manière générale, moins meurtrier que l'ancien projectile de gros calibre et sans chemise. Les blessures que produisent ces derniers ne sont plus représentées actuellement que par celles que font les shrapnells. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 3.) — F. DE Q.

La dégénérescence granuleuse des globules rouges et ses rapports avec les autres altérations du sang, spécialement dans l'intoxication saturnine, par M. Hamel.

L'année dernière, M. Grawitz a signalé pour la première fois, dans différents états pathologiques, la présence d'hématies contenant des granulations basophiles. M. Hamel vient à son tour de rechercher ces éléments, en se servant comme colorant du bleu de Löffler, dans 25 cas de saturnisme chronique.

Pendant la crise de colique saturnine, il a toujours constaté la présence dans le sang des hématies en question, dont la proportion est en raison directe de l'intensité de l'intoxication. L'accès de colique passé, les granulations diminuent rapidement de nombre; elles peuvent disparaître complètement au bout de deux à trois semaines.

On trouve ces altérations du sang, chez les sujets intoxiqués, longtemps avant l'apparition des coliques. On les observe aussi chez des individus bien portants, ne présentant pas le moindre signe d'empoisonnement, mais exposés au saturnisme de par leurs occupations. La présence de granulations basophiles dans le sang est donc un signe précieux, permettant de déceler l'imminence de l'intoxication plombique alors que le patient ne ressent encore aucun malaise. Ajoutons que ces granulations existent chez les saturnins à l'exclusion de toute autre modification des hématies, telle que déformation, polychromatophilie, etc.

Cette apparition isolée d'hématies chargées de granulations basophiles constitue pour M. Hamel un symptôme caractéristique de l'intoxication saturnine : la constatation d'un grand nombre de ces globules dans le sang d'un sujet comateux est importante au point de vue du diagnostic différentiel, car elle permet d'éliminer l'urémie et le coma diabétique.

L'auteur a observé les mêmes éléments dans un cas d'anémie pernicieuse, mais il existait d'autres altérations du sang, telles que déformation des globules, présence d'hématoblastes, etc., etc. Il les a trouvés aussi chez des malades arrivés à un haut degré de cachexie cancéreuse. Par contre, ils ont fait régulièrement défaut chez les tuberculeux, les syphilitiques, les sujets atteints de fièvres éruptives ou de maladies du cœur, du foie, de l'estomac et de l'intestin, d'affections nerveuses, etc. M. Hamel a obtenu un résultat positif dans quelques faits de néphrite interstitielle avancée, ainsi que chez des sujets en état d'anémie et de cachexie prononcées. Sur 12 cas de chlorose, il n'a eu qu'un résultat positif, et encore l'affection primitive était-elle compliquée de coprostase avec délire et collapsus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 3-4.) — A. J.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La pollakiurie douloureuse d'origine uréthrale, et son traitement par des applications locales de gaïacol.

D'après un confrère américain, M. le docteur J. Hawes (de Greeley), la plupart des cas qu'on désigne sous la dénomination vague de vessie irritable (*irritable bladder*) se rapportent, en réalité, à une affection méconnue de la portion postérieure de l'urèthre, affection qui joue souvent aussi un rôle très important dans l'étiologie de certaines manifestations cliniques que les praticiens sont portés à mettre sur le compte d'une cystite. Il s'agit, en pareille occurrence, de lésions qui intéressent principalement la muqueuse uréthrale, sur une étendue de 1 centimètre 1/2 à 3 centimètres, dans le voisinage immédiat du col de la vessie, et qui donnent lieu à une sensation pénible au niveau du périnée et du bas-ventre ainsi qu'à des besoins fréquents d'uriner s'accompagnant de douleurs plus ou moins vives.

Pour combattre cette pollakiurie douloureuse, M. Hawes a recours à des applications de gaïacol, en procédant de la manière que voici :

Après avoir introduit dans le canal de l'urèthre le tube endoscopique le plus large que le malade puisse supporter sans inconvénient, on enlève, au moyen d'un stylet armé d'un petit tampon d'ouate hydrophile, les mucosités qu'on aperçoit dans le fond; puis, s'il se montre un peu de sang — et c'est le cas habituel, les parties lésées saignant fréquemment au contact des instruments —, on éponge jusqu'à ce que la muqueuse soit complètement asséchée. Cela fait, on promène au niveau de la surface malade un autre stylet portant du coton légèrement imbibé de gaïacol. Employé de la sorte, ce médicament agit à la fois à titre d'anesthésique et de stimulant modéré. L'intervention n'est jamais suivie de strangurie, comme la chose s'observe souvent après les instillations de nitrate d'argent; au bout de quelques heures, la sensation de gêne au périnée et au bas-ventre tend à s'amender, en même temps que les mictions deviennent moins douloureuses.

Les applications de gaïacol doivent être répétées tous les cinq à dix jours. Pratiquées à des intervalles plus rapprochés, elles peuvent déterminer une tuméfaction de la muqueuse uréthrale se traduisant par une diminution du jet urinaire. En général, il suffit d'un petit nombre de séances pour amener, sinon une guérison complète, du moins une amélioration considérable.

Ajoutons que, d'après notre confrère, le traitement dont il s'agit trouve aussi ses indications dans les cas d'hypertrophie de la prostate, la congestion concomitante de la portion prostatique de l'urèthre constituant ici un des facteurs de la dysurie.

Traitement de la chlorose par l'acétate de cuivre.

Les propriétés toxiques des sels de cuivre ont longtemps fait négliger la valeur thérapeutique que paraissent posséder ces produits employés à petites doses. Il est, d'ailleurs, incontestable qu'on a beaucoup exagéré leur toxicité. M. le docteur V. Giudiceandrea, médecin adjoint des hôpitaux de Rome, a pu se convaincre que certaines chlorotiques, chez lesquelles l'usage du fer avait donné lieu à des troubles graves, supportaient, par contre, très bien l'acétate de cuivre. Notre confrère a soumis à cette médication 18 malades soignées dans le service de M. le docteur Taussig, à l'hôpital de San Giovanni in Laterano, sans avoir eu à enregistrer un seul cas d'intolérance. Chez 3 patientes, il est vrai, on nota, à la suite d'une cure prolongée, des traces d'albumine dans les urines, mais ce ne fut qu'un phénomène passager et qui ne s'accompagnait d'aucune autre anomalie.

Afin d'éprouver la tolérance gastrique, M. Giudiceandrea commençait par faire absorber une pilule contenant 0 gr. 005 milligr. d'acétate de cuivre, puis il portait progressivement la dose quotidienne à 0 gr. 05 centigr. pris en deux fois, peu de temps après les repas. Sous l'influence de ce traitement, l'état général des malades ne tarda pas à s'améliorer, en même temps qu'on constatait chez elles une augmentation du taux de l'hémoglobine et du nombre des globules rouges.

Tout en reconnaissant que le fer, en raison de son grand pouvoir hématogène, reste l'agent thérapeutique par excellence de la chlorose, notre confrère estime qu'il y a avantage, pour éviter les phénomènes d'intolérance pouvant se produire à la longue, à alterner la médication martiale avec l'emploi de l'acétate de cuivre, sans parler des cas où, le fer étant d'emblée mal supporté, l'acétate de cuivre se trouve tout indiqué pour lui être substitué.

Le bicarbonate de potasse dans le traitement de la grippe.

Pour combattre la tendance à la prostration qui accompagne presque toujours l'influenza et aboutit très souvent à un épuisement nerveux pouvant persister de longs mois, M. le docteur S. Harnsberger (de Catlett) a recours, dès le début de l'affection, à l'emploi du bicarbonate de potasse. Il administre ce médicament à la dose de 1 gr. 80 centigr., prise dans une tasse de lait et répétée toutes les quatre heures dans le courant de la journée. Pendant les deux premiers jours, le malade ne reçoit aucune nourriture en dehors du lait. Dans les cas où celui-ci est mal supporté, on fait prendre le bicarbonate de potasse dans un verre d'eau froide, en ayant toujours soin de maintenir le patient à la diète liquide. S'il existe de la parésie intestinale, on ordonne, à titre de laxatif, du calomel ou de la podophylline.

Sous l'influence de ce traitement — qui est surtout indiqué chez les gens âgés et à résistance cardiaque affaiblie —, il se produit, au bout de trente-six à quarante-huit heures, une amélioration sensible dans l'état du malade, et la convalescence évolue rapidement vers la guérison parfaite.

La benzine contre la séborrhée sèche.

Pour enlever les croûtes d'acné sébacée du cuir chevelu, M. le docteur R. Leftwich (de Londres) emploie, avec succès, la benzine additionnée de quelques gouttes d'essence de géranium, qu'il fait appliquer au moyen d'une brosse à barbe une fois tous les cinq jours. Dans les intervalles, le patient pratique chaque matin une onction avec un mélange irritant, destiné en même temps à lubrifier les cheveux.

L'usage de la benzine — qu'on peut associer, dans les cas de moyenne intensité, à une quantité égale d'alcool rectifié — présenterait sur les lotions alcalines dont on se sert habituellement pour liquéfier la couche de sébum, l'avantage de laisser les cheveux intacts.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Charité. — M. J.-L. Faure.

La douleur thoracique dans la péritonite par perforation de l'estomac.

Je désire vous entretenir aujourd'hui d'un signe peu connu, ou même inconnu, permettant de localiser à la région sus-ombilicale, et plus spécialement à l'estomac, le point de départ de certaines péritonites diffuses. Bien que je l'aie incidemment signalé il y a plus de trois ans (1), ce symptôme ne me paraît pas avoir attiré jusqu'ici l'attention des cliniciens; je n'en trouve, en tout cas, aucune trace dans la littérature médicale. Comme j'ai pu tout récemment en vérifier une seconde fois la valeur au point de vue du diagnostic, et partant du choix de l'intervention, je crois utile de vous le faire connaître.

On sait depuis longtemps que certaines affections des viscères sous-diaphragmatiques donnent lieu à des douleurs localisées à diverses régions du thorax : rien n'est plus connu que la douleur de l'épaule droite qui accompagne la colique hépatique; nul n'ignore la douleur en coup de lance de l'ulcère rond de l'estomac, qui siège au beau milieu du dos; certaines gastralgies, et j'en puis témoigner par un exemple personnel, se traduisent parfois par une douleur à peu près supportable à l'épigastre et par une souffrance intolérable entre les deux épaules. Et j'en pourrais citer d'autres exemples. Quelque explication physiologique que l'on donne de ce phénomène, il n'en est pas moins hors de doute.

Il en est de même, je crois pouvoir l'affirmer, de certains accidents plus graves, et en particulier de la perforation de l'estomac; et je pense qu'en pareil cas, lorsque l'extension des lésions à toute la cavité péritonéale vient obscurcir la symptomatologie et dérouter le chirurgien, un interrogatoire bien dirigé, en permettant de constater l'existence de cette douleur thoracique, peut rendre les plus grands services.

Voici à la suite de quelles circonstances je fus amené à cette conviction.

Le 26 décembre 1896, j'étais appelé à l'hôpital Laënnec auprès d'un malade atteint de péritonite et dont l'état était des plus graves.

Deux jours auparavant, en portant un panier au premier étage, il avait été pris tout à coup, au moment de saisir le bouton de la porte, d'une violente douleur dans le ventre, qui s'était étendue un peu partout et avait irradié *jusque dans l'épaule gauche* où elle était extrêmement vive.

Lorsque je vis le malade, le ventre était ballonné, très douloureux dans toutes les régions, sans maximum appréciable. L'état général était alarmant, avec sueurs froides, cyanose de la face et des extrémités, agitation, angoisse respiratoire, pouls radial imperceptible, pouls fémoral à 128, température à 38°.

En l'absence de tout renseignement précis sur les antécédents de cet homme, qui disait n'avoir jamais souffert, je pratiquai dans la région sous-ombilicale une incision de 15 centimètres environ. Le péritoine ouvert, un flot de sérosité trouble s'écoula à l'extérieur. Bientôt, le liquide s'épaissit et le petit bassin apparut rempli de pus véritable qui paraissait venir en plus grande abondance de la région iliaque droite, ce qui me fit penser à une appendicite. J'établis un large drainage.

Le malade, très soulagé, n'en mourut pas moins, presque subitement, cinq heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouva une *perforation de l'estomac*. Au fond d'une dépression profonde, sur les bords de laquelle les tuniques de l'estomac étaient très épaissies et atteignaient près de 1 centimètre, existait une perte de substance exactement circulaire, de 8 millimètres de diamètre environ. Il s'agissait évidemment d'un ulcère rond perforé.

J'avais été très frappé de l'intensité de la douleur que ce malade avait ressentie dans le thorax et spécialement dans l'épaule gauche, et je crus pouvoir, dès cette époque, rapporter directement cette douleur à la lésion de l'estomac. J'attendis alors que les hasards de la pratique hospitalière vinssent me permettre d'observer un autre cas qui confirmât ou, au contraire, infirmât cette opinion.

J'ai attendu quatre ans. Ce n'est que le 16 décembre dernier que, appelé à l'hôpital Saint-Antoine auprès d'un malade qui présentait des accidents péritonéaux, attribués par l'interne de service à de l'occlusion intestinale, je pus vérifier l'exactitude de mes prévisions.

Je trouvai un homme de trente ans dont l'état me parut immédiatement très grave. Le ventre était légèrement ballonné, tendu, douloureux, avec contracture de la paroi; il y avait des vomissements incessants, d'aspect bilieux; le pouls était à 168, encore assez bien frappé; le facies était grippé; il existait de l'anxiété respiratoire et de l'agitation; ni selles, ni gaz.

Je pensai, non à une occlusion intestinale, mais à une péritonite, et, résolu à intervenir, je m'efforçai d'en reconnaître la cause.

La maladie avait débuté deux jours auparavant par une douleur abdominale siégeant dans la région ombilicale. Il n'y avait eu aucun signe prémonitoire, et le patient avait été frappé, pour ainsi dire, en pleine santé.

Songeant à la possibilité d'une perforation gastrique — vous connaissez la fréquence de cette complication —, je recherchai la douleur thoracique. Le malade s'en plaignait vivement. Au début, en même temps qu'il avait souffert dans la région ombilicale, il avait également ressenti une vive douleur *entre les deux épaules*, douleur qui persistait encore, bien qu'en grande partie atténuée, tandis qu'au contraire les phénomènes douloureux avaient augmenté d'intensité du côté de l'abdomen et s'étaient généralisés à la cavité péritonéale tout entière.

Je me trouvais donc en présence d'un malade atteint d'accidents de péritonite diffuse dont les caractères objectifs ne permettaient pas de déterminer le point de départ. La constatation de la douleur thoracique me fit néanmoins porter le diagnostic de perforation de l'estomac. J'incisai dans la région épigastrique, et, après avoir enlevé le pus et les liquides qui encombraient en ce point la cavité péritonéale, je découvris sans peine une perforation de l'estomac siégeant sur la petite courbure, tout près de l'origine du duodénum; les liquides gastriques sortaient en abondance par cet orifice arrondi, que j'oblitérai par quelques points de suture.

Un large drainage dans la région épigastrique et sous-ombilicale, où je fis une incision évacuatrice, n'empêcha pas le malade de succomber le lendemain.

Voici donc un cas, et des plus démonstratifs, où la recherche et la constatation de la douleur thoracique m'ont conduit à porter un diagnostic qu'aucun autre phénomène ne permettait d'affirmer. J'ai agi en conséquence, et l'événement m'a donné raison.

Il suffit d'avoir vu quelquefois ces malades en pleine péritonite pour se rendre compte de l'intérêt qu'il y a à connaître le point de départ de leur affection, afin d'y porter remède. Or, en l'absence d'antécédents pathologiques un peu nets, il est souvent bien malaisé, il est même parfois tout à fait impossible, de découvrir l'origine des accidents mortels que l'on a sous les yeux.

Rien n'est plus difficile, en effet, dans le plus grand nombre des cas, que de reconnaître la cause de la péritonite; souvent rien n'est plus difficile que de reconnaître la péritonite elle-même. Dans beaucoup de cas graves, toutes les affections intrapéritonéales se traduisent par les mêmes symptômes, et tel qui pense trouver une occlusion intestinale rencontre une rupture salpingienne, tel qui croit être en présence d'une appendicite perforante découvre un volvulus, une perforation de la vésicule biliaire, une rupture de grossesse tubaire.

Aussi, tout indice nouveau, tout signe de quelque valeur qui pourra contribuer à dissiper nos incertitudes dans ces cas si ardus et en même temps si nombreux, mérite-t-il qu'on l'étudie, qu'on le discute, et surtout qu'on le mette à profit le jour où, au lit du malade, on aura l'occasion de le rencontrer.

Il n'est pas indifférent, en effet, lorsqu'on a pris la résolution d'intervenir dans une péritonite, de faire son incision en une région plutôt qu'en une autre. Il est, au contraire, très important d'ouvrir l'abdomen au niveau du point de départ des accidents, dans la fosse iliaque droite s'il s'agit d'une appendicite, au-dessus du pubis si quelque suppuration pelvienne rompue est en cause, dans la région épigastrique, enfin, en cas de perforation de l'estomac. D'autre part, la grande incision de l'appendice xiphoïde au pubis a le très grave inconvénient, pour peu que les anses intestinales soient distendues, comme elles le sont très souvent, de permettre leur issue complète au dehors, ce qui peut devenir la source de grosses difficultés lorsqu'il s'agit de les rentrer et nécessite en tout cas des manipulations fort graves chez des malades souvent presque moribonds.

Il y a donc grand avantage à tomber d'emblée sur le point malade. Dans le doute, il est tout indiqué d'inciser au maximum de la douleur, qui correspond en général au maximum des lésions; mais vous savez tous combien il peut être difficile, lorsque les accidents de péritonite généralisée se sont déclarés, de déterminer le point où siège ce maximum de douleur. La moindre pression arrache des cris au malade, le ventre entier est contracturé, douloureux, et les renseignements que l'on peut obtenir sont tout à fait incertains.

Les péritonites consécutives à une perforation spontanée de l'estomac sont assez communes; ce sont peut-être les plus fréquentes après celles qui suivent les perforations appendiculaires ou les ruptures de suppurations annexielles. En raison même de cette fréquence relative, il y a donc un intérêt majeur à pouvoir les reconnaître, et j'estime que le signe sur lequel j'insiste aujourd'hui est celui qui, en l'absence d'antécédents connus, donne les indications les plus nettes.

Cette douleur thoracique peut, d'ailleurs, siéger dans l'une ou l'autre épaule, dans la région interscapulaire, ou un peu plus bas, en pleine colonne vertébrale. Mais elle se distingue parfaitement de la douleur abdominale qui, elle, se localise au niveau de l'ombilic, dans le bas-ventre, dans les fosses iliaques; il suffit d'interroger le malade avec quelque précision pour être immédiatement renseigné sur son existence, son siège et son caractère.

Il se peut, d'ailleurs, que l'extension des accidents inflammatoires à toute la cavité péritonéale et l'acuité des douleurs abdominales masquent la douleur thoracique. Mais, au point de vue du diagnostic de l'origine des accidents, il suffit que cette douleur ait existé au moment de leur début, quand bien même elle aurait disparu au moment où on examine le malade, pour qu'elle conserve sa valeur diagnostique. Interrogez donc le patient avec beaucoup de soin, de façon à savoir non seulement s'il souffre dans le thorax, le dos ou les épaules, mais encore si les accidents n'ont pas commencé par une douleur localisée dans cette région avant de se généraliser à l'abdomen et de se cantonner, en particulier, dans la région ombilicale.

Peut-être, d'ailleurs, est-il quelquefois possible

(1) J.-L. Faure. A propos de quelques interventions d'urgence sur la cavité abdominale. (*Gaz. des hôpit.*, 15 juin 1897.)

de serrer de plus près encore le diagnostic et de mieux préciser l'origine des accidents. Il est évident, par exemple, qu'une douleur siégeant dans l'épaule droite, comme celle que l'on rencontre dans la colique hépatique, doit, de préférence, faire songer à quelque lésion de la vésicule biliaire, à quelque cholécystite dont la rupture ou la propagation aura provoqué les accidents diffus en face desquels on se trouve.

Je pense, en effet, que la douleur thoracique est l'indice de lésions des organes situés dans la région sus-ombilicale de l'abdomen, et non pas de l'estomac seul. Mais quand elle se localise très exactement au milieu, sur la colonne vertébrale, entre les deux épaules, je crois qu'il y a les plus grandes chances de trouver dans une perforation de l'estomac lui-même l'origine des accidents.

Cela n'a d'ailleurs, au point de vue pratique, qu'une importance très secondaire. Peu importe, lorsqu'on a fait une incision dans la région épigastrique, que les lésions initiales siègent sur l'estomac, la vésicule, ou même le pancréas comme je l'ai observé dans un cas, toutes ces lésions étant accessibles par la même incision. L'essentiel, c'est précisément de faire l'incision sus-ombilicale, et de tomber d'emblée sur le foyer du mal.

Je me préoccupe fort peu de savoir quelle est la cause exacte de cette douleur thoracique qu'il faut peut-être rapporter au plexus pneumogastrique péri-œsophagien. C'est un point de physiologie pathologique dont je n'entreprendrai pas ici la discussion. Ce qui est certain, c'est que cette douleur existe, et qu'elle constitue, à mes yeux, un signe des plus importants et presque pathognomonique.

Je me bornerai donc à formuler, en manière de conclusion, les quelques préceptes suivants :

Les accidents aigus qui surviennent du côté des viscères sous-diaphragmatiques, et en particulier la perforation de l'estomac, s'accompagnent d'une douleur siégeant dans le thorax (douleur dorsale, scapulaire, interscapulaire).

Dans les accidents de péritonite généralisée d'origine inconnue, la constatation de cette douleur thoracique a la plus grande importance; il faut donc rechercher avec soin si cette douleur existe ou si elle a existé au début des accidents.

Dans l'un et l'autre cas, il y a les plus grandes chances pour que le point de départ de la péritonite soit une lésion des viscères sous-diaphragmatiques, et plus particulièrement une perforation de l'estomac. Dans ces conditions, on fera porter son incision abdominale sur la région épigastrique.

MÉDECINE PRATIQUE

Peut-on permettre à une femme atteinte de mal de Bright d'allaiter son enfant?

Le champ des contre-indications à l'allaitement maternel, autrefois si vaste, tend aujourd'hui à se rétrécir de plus en plus. C'est ainsi que la question de savoir si une mère albuminurique peut nourrir son enfant, après avoir été longtemps controversée, semble devoir être résolue d'une façon affirmative, à en juger d'après un grand nombre d'observations récentes. En effet, dans la plupart des cas l'albuminurie gravidique, purement transitoire, disparaît peu de temps après l'accouchement, que la femme allaite ou non son enfant. De plus — et ceci est de nature à dissiper les craintes qu'éprouvent encore certains praticiens à autoriser l'allaitement en pareille occurrence —, on a vu parfois l'albuminurie ne disparaître qu'au bout de longs mois, sans qu'il en résultât cependant le moindre dommage ni pour la mère, ni pour l'enfant qu'elle nourrissait.

Mais s'il en est ainsi pour l'albuminurie liée à la grossesse, la chose paraissait jusqu'ici se présenter sous un aspect différent en ce qui concerne le mal de Bright ancien. Les partisans les plus fermes de l'allaitement maternel considéraient le brightisme comme une sorte de « cas de force majeure » où la femme était obligée de renoncer à nourrir son enfant. Au cours d'un article, publié il y a quelques années, en faveur de l'allaitement maternel, M. le docteur D. M. Glagolev (de Moscou) rangeait parmi les peu nombreuses contre-indications à ce mode d'allaitement le mal de Bright en invoquant surtout des raisons théoriques, telles que l'apparition d'albumine dans les urines des animaux auxquels on injecte du sérum d'un brightique (Semmola), le passage probable dans le lait de produits insuffisamment éliminés par les reins, etc. Il y a environ deux ans, la question a été débattue à la Société d'obstétrique de Paris. A propos d'une communication faite devant cette assemblée par MM. les docteurs P. Budin, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, et A. Chavane, alors chef de clinique à ladite Faculté, sur *l'allaitement chez les femmes qui ont eu de l'albuminurie de la grossesse*, M. le docteur Ch. Maygrier, accoucheur des hôpitaux de Paris, a cru devoir établir, à cet égard, une distinction entre l'albuminurie gravidique (qui était seule visée dans la communication dont il s'agit) et le mal de Bright. M. le docteur H. de Rothschild s'est prononcé dans le même sens, en relatant, à l'appui de son opinion, un cas dans lequel une femme brightique ne put nourrir, vu l'insuffisance de son lait.

Est-ce à dire que la question soit complètement vidée et que le brightisme doive être envisagé *a priori* comme une contre-indication absolue à l'allaitement maternel? Tel n'est pas l'avis de M. le docteur Commandeur, accoucheur des hôpitaux de Lyon, qui depuis quelque temps n'hésite pas à autoriser toutes les albuminuriques de son service à nourrir leurs enfants. Notre confrère a pu suivre la même ligne de conduite chez une femme atteinte d'un mal de Bright ancien ayant déterminé, dans deux grossesses successives, un accouchement prématuré, la première fois à sept mois (enfant mort en naissant) et, la seconde, à sept mois et demi. Or, malgré une albuminurie datant de quatre ans, cette femme a pu élever son second enfant, qui au moment de la naissance ne pesait que 1,900 grammes, sans recourir à l'emploi de la couveuse ni du gavage après les huit premiers jours. A l'âge de six mois, l'enfant était très bien portant et son poids dépassait 5,000 grammes. Quant à la mère, elle ne présentait rien d'anormal, sauf la présence, dans les urines, de 0 gr. 75 centigr. d'albumine par litre.

Ce fait nouveau mérite d'attirer l'attention des praticiens, car, tout isolé qu'il soit, il suffit cependant pour montrer qu'on aurait tort de vouloir ranger le brightisme parmi les obstacles absolus à l'allaitement. Or, il n'est pas indifférent de savoir qu'une femme brightique, mais qui n'offre pas d'insuffisance rénale manifeste, peut allaiter sans s'exposer à des accidents et sans que le nourrisson ait à en souffrir. On comprend, en effet, que dans un milieu pauvre, où il ne saurait être question d'une nourrice à domicile et où le plus souvent on se voit obligé de choisir entre l'allaitement au biberon par le lait bouilli et l'allaitement maternel, celui ci s'impose plus que partout ailleurs et ne doit être déconseillé que lorsqu'on se trouve réellement en présence d'une contre-indication impérieuse. Le cas échéant, la possibilité de mettre pendant quelques jours l'enfant au sein de la mère atteinte de mal de Bright peut répondre à certains *desiderata* même dans la classe aisée, soit qu'il s'agisse de gagner du temps pour choisir une bonne nourrice, soit que, l'allaitement artificiel par le lait stérilisé étant mal supporté au début, il y ait intérêt à recourir momentanément à l'allaitement maternel.

Il va de soi que l'autorisation de nourrir ne peut pas être accordée indifféremment à *toutes* les brightiques : seules, y ont droit les femmes exemptes d'insuffisance rénale marquée. Cette autorisation n'est d'ailleurs valable que s'il ne survient aucun phénomène fâcheux. C'est dire qu'on doit surveiller d'une manière étroite et la mère (troubles fonctionnels) et l'enfant (courbe du poids), de façon à suspendre l'allaitement à la moindre complication. C'est là, du reste, une règle qu'il importe d'observer aussi bien pour les brightiques que pour les femmes atteintes de simple albuminurie de la grossesse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 janvier 1901.

Sur l'anesthésie médullaire appliquée aux accouchements.

M. Guéniot lit, à l'occasion d'un travail sur ce sujet de MM. Doléris et Malartic (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 243) et d'une note relative à la même question de M. Dupaigne (de Louveciennes), un rapport que nous résumons ainsi :

L'injection sous l'arachnoïde lombaire de 0 gr. 01 centigr. de cocaïne, en solution à 1 %, produit une analgésie régionale qui s'étend à toute la portion du corps située au-dessous d'une ligne passant par l'ombilic.

Cette injection, pratiquée sur la femme en travail, supprime à la fois la douleur que déterminent les contractions de l'utérus et celle qui est due au passage de l'enfant. De plus, loin d'entraver la marche du travail, elle semble l'accélérer.

L'influence de la cocaïne se fait sentir pendant une heure et demie en moyenne. Les seuls phénomènes toxiques qui aient été observés jusqu'ici à la suite de la cocaïnisation de la moelle sont des crampes ou des tremblements légers des membres, une céphalalgie passagère, des vomissements sans gravité et une faible élévation de la température.

Les injections intrarachidiennes de cocaïne sont cependant contre indiquées chez les femmes atteintes d'une lésion du cœur ou des gros vaisseaux, ainsi que d'une affection chronique de l'appareil respiratoire ou des centres nerveux; on s'abstiendra, en outre, de ces injections lorsqu'on sera dans l'impossibilité de réaliser une asepsie parfaite de la parturiente.

Le rapporteur signale, de plus, un certain nombre de contre-indications spéciales tenant à la rapidité du travail, à la fréquence et à l'énergie des contractions de l'utérus, à l'état de tension exagérée de cet organe et, enfin, à la nécessité d'une intervention manuelle dans la cavité utérine.

Ces trois dernières contre-indications dérivent d'un même fait, à savoir que la cocaïne exercerait sur la contractilité utérine une action stimulante très prononcée.

Quant aux indications des injections intrarachidiennes de cocaïne chez les parturientes, ce sont :

1° Les opérations obstétricales qui réclament l'emploi de l'anesthésie, abstraction faite de celles qui peuvent nécessiter l'introduction de la main dans la cavité utérine;

2° La douleur excessive que détermine parfois le travail;

3° La lenteur exagérée de ce dernier, par suite de la faiblesse et de l'irrégularité des contractions utérines;

4° Enfin la tendance aux hémorrhagies (inertie utérine, insertion vicieuse du placenta, etc.).

Extirpation de la rotule pour une ostéite chronique d'emblée.

M. Berger présente un homme jeune et vigoureux qui a subi, au mois de juin 1899, l'extirpation de la rotule pour une ostéite de cet os. Cette affection avait débuté à l'âge de neuf ans, peu de temps après une chute, et avait fini par déterminer une impotence presque absolue du membre qui était, en outre, le siège de crises douloureuses extrêmement vives.

Pour remédier à ces accidents, l'orateur pratiqua l'extirpation complète de la rotule et su-

tura ensuite le tendon du triceps au ligament rotulien et aux ligaments latéraux de l'articulation du genou. Le membre fut alors immobilisé et placé dans l'élévation. Celle-ci fut maintenue pendant une quinzaine de jours, puis on ramena peu à peu le membre à la position horizontale.

Vers le cinquantième jour, le malade put quitter son lit et commencer à marcher. On avait eu soin, depuis quelque temps, de le soumettre à un traitement mécanothérapique consistant dans la mobilisation graduelle du genou avec massage et électrisation des masses musculaires, principalement du triceps.

Grâce à ce traitement, les mouvements du membre se sont complètement rétablis et l'opéré peut faire aujourd'hui sans fatigue, sans douleurs et sans boiterie de très longues courses.

La flexion du genou dépasse l'angle droit et l'extension active, complète, du membre inférieur est produite par l'action seule du triceps.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 janvier 1901.

Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Rochard. — M. Auvray nous a communiqué 6 observations de plaies pénétrantes de l'abdomen, au sujet desquelles vous m'avez chargé de vous faire un rapport. Les 3 premiers faits ont été déjà publiés et je ne m'en occuperai pas. Dans le quatrième cas, il s'agissait d'une plaie de l'abdomen par balle de revolver, avec une quadruple perforation de l'intestin; l'intervention fut tardive et le malade succomba. Les 2 dernières observations ont trait à des plaies de l'abdomen par coup de couteau; pour le premier malade, notre collègue, ayant pratiqué la laparotomie, n'a trouvé qu'une petite hémorrhagie de l'épiploon, et la guérison s'est faite sans incident; le deuxième blessé présentait une plaie au niveau du huitième espace intercostal, intéressant à la fois le thorax et l'abdomen : la laparotomie latérale montra, en effet, l'existence d'une plaie du diaphragme, oblitérée par un fragment d'épiploon hernié, ainsi que d'une perforation du côlon transverse, qui fut suturée; le malade a parfaitement guéri.

Dans ce dernier cas, M. Auvray n'a fait qu'un examen limité à la région intéressée, sans pratiquer le dévidement de l'intestin; je crois qu'on peut se passer de cette dernière manœuvre lorsqu'on a affaire à une plaie de l'abdomen par arme blanche.

Notre collègue a éprouvé quelques difficultés à suturer la plaie du diaphragme. A mon avis, la voie transpleurale aurait été particulièrement indiquée dans ce cas; le pneumothorax qui résulte de l'incision de la plèvre ne me paraît pas avoir une bien grande importance, car il guérit spontanément, ainsi que j'ai pu m'en assurer par une série d'expériences sur le chien.

M. Walther. — Dans un fait de plaie par coup de couteau, j'ai trouvé une portion volumineuse d'épiploon herniée à travers une plaie diaphragmatique et pariétale; j'ai pratiqué une laparotomie transpleurale, qui m'a permis de fixer par une suture en capiton la plaie diaphragmatique à la plaie thoracique; de cette façon, j'ai évité la production d'un pneumothorax, que la masse épiploïque herniée avait empêché tout d'abord.

M. Tuffier. — Je crois, comme M. Rochard, qu'il n'est pas utile de faire le dévidement de l'intestin, quand il s'agit de plaie pénétrante de l'abdomen par arme blanche. Je me suis contenté, plusieurs fois, de pratiquer un examen localisé, et je n'ai pas eu à le regretter.

M. Delorme. — La voie transpleurale me paraît devoir être préférée pour accéder aux plaies du diaphragme; je ne crains pas le pneumothorax, parce que, dans les faits dont nous nous occupons, il s'est en réalité déjà produit.

M. Chaput. — Il faut faire une distinction entre le dévidement de l'intestin et l'éviscération; celle-ci peut être nécessaire lorsqu'on a affaire à une hémorrhagie grave dont on ne distingue pas l'origine.

M. Poirier. — J'ai employé la voie transpleurale pour un cas de plaie du diaphragme; c'est évidemment la voie d'élection, malgré le pneumothorax qui peut se produire.

M. Michaux. — Je ne suis pas tout à fait du même avis que la plupart de mes collègues sur le peu de gravité que présente la production d'un pneumothorax, et je me rallie plus volontiers à la manière de faire que M. Walther vient de préconiser.

M. Bazy. — Le pneumothorax chirurgical peut être considéré comme tout à fait inoffensif, pourvu que l'entrée de l'air dans la plèvre se fasse progressivement, et non pas brusquement.

M. Quénu. — J'estime, comme M. Michaux, qu'il convient de faire quelques réserves sur la bénignité du pneumothorax, qui ne me semble pas devoir être toujours aussi complète qu'il vient d'être dit.

Fracture de la base du crâne compliquée de méningo-encéphalite et traitée par la trépanation.

M. Poirier. — Je vous montrerai à la fin de la séance un blessé qui, atteint d'une méningo-encéphalite à la suite d'une fracture probable de l'étage antérieur de la base du crâne, a été traité avec succès par une vaste trépanation bilatérale. Le 9 décembre dernier, étant en état d'ivresse, cet homme fit une chute dans laquelle le côté droit de la tête porta sur le sol. Il put se relever et rentrer chez lui, mais il roula dans l'escalier, sans connaissance, perdant du sang en abondance par la bouche et par le nez. On le porta à l'hôpital Tenon le soir même; trois jours plus tard, on vit apparaître une ecchymose sous-conjonctivale qui bientôt s'étendit à la paupière. Le cinquième jour, le malade se trouva assez bien pour retourner à son travail, mais il dut rentrer chez lui dans l'après midi, en raison d'une céphalalgie très vive qu'il ressentait; le soir il fut pris de délire et transporté de nouveau, le lendemain, à l'hôpital. On fit alors le diagnostic de méningo-encéphalite consécutive à une fracture de la base du crâne. Une ponction lombaire donna issue à un liquide poisseux, rougeâtre, de couleur « cassis ». Une large trépanation fut faite de chaque côté, au ciseau et au maillet, au-dessus de l'oreille, de façon à donner un volet de 5 centimètres sur 4 centimètres. La dure-mère fut incisée; il s'écoula seulement un liquide graisseux et rougeâtre, semblable à celui qu'on avait retiré par la ponction lombaire. Un drainage établi au niveau de chaque plaie fut supprimé au dixième jour, la température ayant diminué graduellement dès le lendemain de l'opération. Le malade, comme vous pourrez le constater, est actuellement dans un parfait état de santé.

Le liquide extrait par ponction de l'espace sous-arachnoïdien lombaire a donné, après ensemencement sur gélose et sur bouillon, des colonies de staphylocoque doré.

Recherche des projectiles par la radiographie, dans les plaies de la face et du crâne.

M. Tuffier. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur deux observations de M. Mauclaire relatives à l'utilité de la radiographie pour la recherche des projectiles dans les plaies pénétrantes du crâne.

Le premier malade de notre collègue avait une plaie pénétrante immédiatement au-dessus de la partie moyenne de l'arcade zygomatique; l'appareil de M. Contremoulin permit de préciser le siège du projectile dans l'orbite, d'où il a été facile de l'extraire.

Dans la deuxième observation, le projectile, dont l'orifice d'entrée siégeait à la région temporale du côté droit, se trouvait dans la fosse temporale gauche, comme la radiographie l'a montré.

J'ai eu moi-même plusieurs fois l'occasion d'apprécier l'importance des services que l'on peut attendre de l'appareil de M. Contremoulin; dans 2 cas il s'agissait de projectiles à siège extracrânien, et dans 5 autres de projectiles intracrâniens.

En tenant compte des deux observations de M. Mauclaire, la méthode de M. Contremoulin a été appliquée 31 fois; sur ces 31 faits, 28 fois le projectile a été facilement retiré; dans 3 cas seulement le résultat a été moins parfait.

M. Michaux. — Grâce à l'appareil de M. Contremoulin, j'ai pu, dans un cas particulièrement complexe, déterminer très exactement le siège du projectile et en pratiquer l'extraction sans difficulté.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 janvier 1901.

Les éléments figurés du liquide céphalo-rachidien au cours du tabes et de la paralysie générale.

M. Monod. — MM. Widal, Sicard et Ravaut ont montré tout récemment que, dans le cours de la méningite tuberculeuse, on voit apparaître des éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien. Me basant sur ces recherches, j'ai examiné le liquide céphalo-rachidien, recueilli par ponction lombaire, d'un certain nombre de tabétiques et de paralytiques généraux du service de M. Brissaud. Chez tous ces malades, j'ai constaté la présence, dans le dépôt obtenu après centrifugation du liquide, d'une grande quantité d'éléments cellulaires constitués surtout par de petits lymphocytes : on trouve de 40 à 50 de ces éléments par champ d'immersion. Par contre, je n'ai jamais rencontré jusqu'ici d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien des individus indemnes de toute lésion aiguë ou chronique des méninges. Il semble donc résulter de ces recherches que la membrane arachnoïdo-pie-mérienne réagit toujours de la même façon lorsqu'elle devient le siège d'une altération.

M. Widal. — Je viens également d'examiner, avec MM. Sicard et Ravaut, le liquide céphalo-rachidien de quatre paralytiques généraux et de trois tabétiques. Chez tous ces malades, nous avons observé en plus ou moins grande abondance, dans ce liquide, des lymphocytes mêlés parfois à de plus gros éléments uninucléés. Nous n'avons jamais fait de semblables constatations sur le liquide céphalo-rachidien de malades indemnes de lésions méningées chroniques.

Pour effectuer ces recherches, il faut recueillir directement, par ponction lombaire, 4 c.c. de liquide céphalo-rachidien dans un tube effilé que l'on met à centrifuger pendant quelques minutes dans un appareil à tours rapides. On décante et on dissocie le culot dans la plus petite quantité de liquide possible. On laisse monter cette émulsion par capillarité dans une pipette très effilée, et on la dépose en totalité, sur trois ou quatre lamelles, par petites gouttelettes que l'on étale à peine. On laisse sécher et on colore.

De même que l'abondance des leucocytes dans le liquide céphalo-rachidien peut permettre, ainsi que nous l'avons montré, de distinguer la méningite tuberculeuse d'avec la méningite cérébro-spinale aiguë, le méningisme et la plupart des maladies aiguës qui peuvent la simuler, de même l'abondance de ces lymphocytes, constatée au cours de diverses affections chroniques du système nerveux, pourra parfois, en révélant la participation des méninges, aider à résoudre, au point de vue du diagnostic et de la pathogénie, certains problèmes que la clinique n'avait pu trancher.

Etude histologique du liquide céphalo-rachidien dans les méningo-myélites.

M. Sicard. — Avec M. Monod, j'ai examiné, dans le service de M. Brissaud, le liquide céphalo-rachidien de quatre malades atteints de méningo-myélite : 3 fois il s'agissait de méningo-myélite syphilitique; chez le quatrième sujet, il était impossible d'attribuer à l'affection une étiologie précise. Dans tous ces cas, nous avons pu constater la présence très nette d'éléments figurés; la formule histologique était surtout mononucléaire.

Ces faits sont intéressants à signaler, car ils permettent au clinicien d'interroger directement la méninge pendant la vie du malade et de reconnaître s'il existe une lésion méningée.

La compression radiculaire dans la paraplégie pottique.

M. Touche. — Il est important, aussi bien au point de vue du diagnostic de la paraplégie pottique d'avec la myélite transverse qu'en ce qui concerne le pronostic de la première de ces affections, de savoir si les racines lombaires et

sacrées sont lésées en même temps que la moelle. Cette question ne peut être tranchée, ni au début ni à la période d'état de la paraplégie, par la distribution des troubles sensitifs ou moteurs. Au déclin de l'affection, au contraire, on pourra s'appuyer sur la topographie radiculaire typique ou atypique des troubles de la sensibilité, mais les signes qui, d'après mes recherches, indiquent d'une façon certaine la participation des racines au processus pottique, sont la rétention des urines et l'état des réflexes. La dissociation et la variabilité des réflexes chez les différents sujets s'expliquent, de même que les variations des troubles sensitifs, par les inégalités de la pachyméningite, laquelle comprime plus ou moins, suivant le moment et selon le lieu, telle ou telle racine. Les lésions partielles, isolées ou collectives, des racines postérieures rendent compte également des topographies atypiques de l'anesthésie radiculaire.

M. Rendu fait remarquer que, dans un certain nombre de cas, une paraplégie survenant au cours d'un mal de Pott peut reconnaître une origine extra-médullaire ou extra-radiculaire et être due simplement à la pénétration dans le canal rachidien d'une petite quantité de pus : que celui-ci vienne à disparaître, à fuser dans les parties voisines, par exemple, et, la moelle se trouvant décomprimée, la paralysie disparaîtra.

M. Souques dit avoir vu un malade chez lequel un mal de Pott de la région cervicale avait déterminé une paralysie des quatre membres, qui guérit complètement à la suite de l'apparition d'un abcès par congestion dans la fosse sus-claviculaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 12 et 19 janvier 1901.

Non-rétractilité du caillot sanguin dans la variole hémorrhagique primitive; mécanisme des hémorrhagies.

MM. Hayem et **Bensaude.** — On observe dans la variole hémorrhagique primitive la double lésion hématique (non-rétractilité du caillot et rareté des hématoblastes) qui a été signalée dans le purpura hémorrhagique. Le nom de purpura varioleux, justifié par l'aspect clinique de la maladie, l'est donc aussi par les modifications du sang. Les mêmes faits se retrouvent dans le purpura produit expérimentalement par l'injection d'un sérum étranger ou de venin de serpent. Le mécanisme des hémorrhagies paraît donc être le même dans les deux cas, à savoir : 1° pénétration dans le sang de produits toxiques; 2° agglutination des hématoblastes et formation de concrétions sanguines par précipitation granuleuse; 3° obstruction de petits vaisseaux par embolie; 4° production d'infarctus et d'hémorrhagies par les muqueuses.

La rareté des hématoblastes dans le sang s'explique facilement, si l'on songe que les concrétions sanguines sont innombrables et dépouillent pour ainsi dire le sang de ces éléments. La non-rétractilité du caillot est simplement la conséquence de cette rareté des hématoblastes, ainsi que cela a été démontré expérimentalement.

En résumé, la théorie de l'obstruction embolique des vaisseaux par des concrétions sanguines paraît plus conforme aux faits observés que la théorie de l'embolie microbienne proposée par Weigert.

Action du mucus des voies respiratoires sur l'organisme.

MM. Charrin et **Moussu.** — Quand on injecte dans les veines d'un lapin, à la dose de 0 gr. 05 centigr. à 0 gr. 10 centigr. par kilog., du mucus frais (recueilli dans les voies respiratoires de grands animaux et dilué dans trente ou quarante fois son poids d'eau salée ou additionnée de carbonate de soude à 1 ‰), la mort survient au bout de deux minutes.

L'autopsie la plus hâtive décèle des caillots naissants dans le ventricule droit; la coagulation générale est très prompte. D'ailleurs, *in vitro*, quelques gouttes de mucus font coaguler en trois minutes le sang de cheval, qui se maintient liquide à l'état normal pendant dix-huit à vingt-deux minutes hors de l'économie.

On est donc en présence d'un nouveau coagulant direct, qui agit avec une intensité et une netteté remarquables. L'abondance du mucus, sa diffusion dans l'économie, son augmentation au cours de plusieurs maladies, son apparition dans une foule de cultures microbiennes, etc., permettent de concevoir la possibilité de son intervention dans la genèse des thromboses et des phlébites, ainsi que dans l'arrêt des hémorrhagies.

Du rôle des pneumogastriques dans la régulation de la température.

M. de Tarchanov. — Quand on pratique la respiration artificielle chez deux canards ayant subi la section de la moelle au niveau de la quatrième cervicale, mais dont l'un a conservé ses nerfs vagues tandis que l'autre en a été privé, on constate que, dans les heures qui suivent, la température du premier de ces animaux s'abaisse beaucoup moins rapidement que celle du canard dont les pneumogastriques ont été sectionnés. Au bout de la sixième heure, la différence de température des deux animaux est en général de 7°, mais elle peut atteindre jusqu'à 10°. Cette inégalité devient ensuite de moins en moins accusée et tend à s'effacer au moment de la mort. Bien entendu, le canard dont les nerfs vagues ont été coupés succombe toujours avant l'autre.

L'action bien connue des pneumogastriques sur la circulation est évidemment la cause principale de la moins grande déperdition de calorique chez l'animal qui a conservé ses nerfs intacts. Je crois toutefois que l'on peut admettre que l'excitation des nerfs vagues s'oppose aussi au refroidissement, en donnant lieu à la production d'une certaine quantité de calorique.

Sur les anticorps albumineux.

MM. Leclainche et **Vallée** (de Toulouse). — Quand on injecte pendant plusieurs jours de suite, dans les veines d'un lapin, de 20 à 30 c.c. d'une urine renfermant de 1 à 2 grammes d'albumine par litre, on constate, au bout d'un certain temps, que le mélange du sérum de cet animal avec l'urine employée pour les injections provoque la formation presque immédiate d'un précipité donnant toutes les réactions de l'albumine. En mélangeant le même sérum avec une urine non albumineuse, on n'obtient aucun précipité.

Il ressort de ces expériences qu'on peut obtenir, par l'injection au lapin d'une urine albumineuse, un sérum capable de précipiter l'albumine dissoute dans certains liquides organiques.

Le parasite de la clavelée.

M. Bosc (de Montpellier) adresse une note tendant à démontrer l'existence constante, au niveau des lésions claveleuses et dans la lymphe et le sang des moutons atteints de clavelée, d'éléments caractéristiques présentant un volume, une forme, une structure et des réactions colorantes spécifiques.

Ces éléments paraissent de même ordre que ceux qui existent dans les lésions de la vaccine et de la variole humaine.

M. Nocard. — Je ne conteste pas l'existence de ces éléments, mais il me paraît impossible de leur accorder la valeur que leur attribue M. Bosc.

En effet, on sait depuis longtemps qu'on peut injecter à un mouton sain une dose même énorme de sang d'un mouton atteint de la clavelée sans déterminer chez lui aucun accident et sans l'immuniser, car si on lui inocule, un certain temps après, quelques gouttes de pus claveleux, on voit apparaître chez lui tous les symptômes de la clavelée. On peut donc affirmer que les éléments trouvés par M. Bosc ne sont pas les agents pathogènes de cette affection.

Sur la production de l'antitoxine diphtérique par association du sérum antidiphtérique à la toxine.

MM. S. Arloing et **J. Nicolas** (de Lyon). — Il résulte de nos recherches que les injections de toxine diphtérique et de sérum antidiphtérique préalablement mélangés *in vitro* ne donnent lieu qu'à une production insignifiante d'antitoxine. Cette substance se forme en plus grande abondance quand les injections de toxine et de sérum sont faites isolément en des points séparés; mais, même alors, la quantité d'antitoxine produite est très notablement inférieure à celle dont les injections de toxine pure déterminent l'apparition.

Cytologie de la pleurésie diphtérique du cobaye.

MM. J. Courmont et **Arloing** (de Lyon). — Nous avons fait une injection de culture ou de toxine diphtériques dans la plèvre de 27 cobayes. Dans les deux tiers des cas, cette injection a été suivie d'un épanchement de liquide fibrineux légèrement hématique, constituant un excellent milieu de culture pour le bacille diphtérique.

L'étude cytologique de ce liquide, centrifugé avant toute coagulation, nous a montré dans le dépôt un certain nombre de globules rouges, quelques cellules endothéliales et une grande quantité de mononucléaires de toutes dimensions.

Existence, dans les centres nerveux rabiques, d'une matière antagoniste du virus.

MM. Rodet et **Galavielle** (de Montpellier) adressent, sur ce sujet, une note d'où il résulte que des cerveaux rabiques, ayant longtemps séjourné dans la glycérine, conservent des propriétés préventives même lorsqu'ils sont devenus incapables de conférer la rage à des lapins inoculés par trépanation. Des injections réitérées d'un seul cerveau ainsi privé de virulence suffisent à donner l'immunité. Les auteurs concluent à l'existence, dans les centres nerveux rabiques, d'une matière antagoniste du virus.

M. Gaube communique le résultat de ses recherches sur le traitement expérimental de la diphtérie par une solution d'iodo-benzoyl-iodure de magnésium.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 14 janvier 1901.

Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu.

M. Menzer, malgré le résultat positif de ses recherches bactériologiques dans les 4 cas qu'il a relatés dans la dernière séance, à l'occasion de la communication de M. Meyer, ne croit pas que le diplostreptocoque en question soit réellement l'agent pathogène du rhumatisme articulaire aigu. Depuis longtemps, on a trouvé dans cette affection des microbes variés, diplocoques, staphylocoques, etc., qui, pas plus que le microorganisme isolé par M. Meyer, par M. Wassermann et par lui-même, n'ont reproduit d'une façon indéniable la polyarthrite rhumatismale chez les animaux auxquels on les a injectés. Au reste, il a observé le diplostreptocoque dans des cas d'angine où il n'existait aucune manifestation articulaire, ainsi que chez une chlorotique sans fièvre. Il s'appuie, en outre, sur la variabilité des caractères de ce microorganisme, — qui forme des chaînettes tantôt courtes et tantôt longues, qui est délié ou trapu, qui trouble fortement le bouillon ou y détermine seulement un faible précipité, qu'il est facile ou difficile d'inoculer à l'animal, dont l'injection provoque ou non des phénomènes locaux — pour lui dénier toute spécificité.

M. Litten déclare que l'on peut expliquer que M. Meyer n'ait pas trouvé le diplostreptocoque dans le liquide articulaire par ce fait qu'il s'agissait de formes bénignes, comme on en a observé un grand nombre dans les hôpitaux à la même époque; dans 2 cas semblables, où il n'existait qu'un peu de rougeur du pharynx et des amygdales, il a isolé le diplostreptocoque, mais il n'a pu reproduire expérimentalement l'endocardite rhumatismale, ce qu'il attribue à l'évolution trop rapide des accidents.

M. F. Meyer fait observer que l'on n'a pu déterminer jusqu'ici la fixation, dans les arti-

culations, les séreuses et sur l'endocarde, des divers microbes cités par M. Menzer, qu'à la faveur d'un traumatisme préalable de ces parties, ce qui n'est pas le cas pour le diplostreptocoque.

M. von Leyden tient les recherches de M. Meyer pour absolument démonstratives. En ce qui concerne l'absence du microorganisme dans les jointures, il fait observer que depuis longtemps on fait dans son service, chez tous les rhumatisants, l'examen bactériologique de l'exsudat articulaire, et que, sauf dans 2 cas avec endocardite, on n'y a jamais rien trouvé jusqu'ici; il en conclut que le microbe du rhumatisme doit être très peu résistant, ce qui explique aussi les allures de la maladie : l'agent pathogène, parti de son foyer originel, vient infecter une jointure, où il meurt bientôt — d'où disparition des phénomènes locaux; mais entre temps une autre jointure a été infectée, et le cycle continue ainsi.

Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

M. Ewald, à propos de la récente communication de M. W. Körte sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 8), a déclaré que depuis quatre ans il a fait opérer 35 cas d'ulcère gastrique, dont 28 à l'hôpital et 7 dans sa clientèle privée.

Les malades à opérer peuvent être rangés en trois catégories. La première comprend des sujets que le traitement médical ne guérit pas, et dont l'affection primitive détermine même des complications, telles que la gastrectasie, des adhérences périgastriques, la formation de l' « estomac en sablier ». Le diagnostic de cette dernière complication est généralement possible, en utilisant à la fois l'insufflation, l'introduction de ballons en gomme et l'examen électrique; c'est ainsi que l'orateur a pu le poser dans 3 cas. La proportion des succès, chez les malades de ce groupe, est variable suivant les auteurs : von Leube donne 96 % de résultats favorables dont 75 % de guérisons.

A la seconde catégorie appartiennent les cas de perforation d'un ulcère rond. Ici l'urgence d'une intervention ne saurait faire de doutes; une statistique a montré que la mortalité, de 39 % quand l'opération est pratiquée au cours des douze premières heures, s'élève à 76 % si l'on compte aussi les cas opérés pendant les douze heures suivantes.

En ce qui concerne le troisième groupe d'indications opératoires, constitué par les hémorrhagies, il est plus difficile d'avoir une opinion ferme, car, d'une part, la guérison sans intervention est fréquente, et, d'autre part, le traitement chirurgical expose à des dangers assez sérieux : alors que la mortalité sans opération ne serait que de 6 à 8 %, les décès post-opératoires, d'après Rothmann, atteindraient la proportion de 34 %. Il faut tenir compte, en outre, de la difficulté de trouver la source de la perte sanguine, surtout en cas d'hémorrhagie parenchymateuse. Comme traitement médical, l'orateur donne la préférence au lavage de l'estomac avec de l'eau glacée, pour déterminer la contraction des vaisseaux qui saignent; il a obtenu ainsi des succès dans des cas où tous les autres moyens avaient échoué.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 19 janvier 1901.

Traitement des douleurs dysménorrhéiques par la cocaïnisation de la muqueuse nasale.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Redlich** a fait remarquer, à propos de la communication de M. Schiff sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 21), que Head a signalé l'existence, au cours de diverses affections des viscères, de zones d'hyperesthésie de la peau. Il existe probablement des zones analogues au niveau des muqueuses, et en particulier de celle du nez. Quant aux effets curatifs de la cocaïnisation de cette dernière muqueuse sur les douleurs dysménorrhéiques, l'orateur croit que la suggestion n'y est pas complètement étrangère.

M. Mor. Weil a dit avoir traité plusieurs malades atteintes de dysménorrhée par la cocaïnisation des points génitaux du nez, et avoir pu les débarrasser ainsi de leurs douleurs pendant plusieurs mois. Il en a été de même dans un cas de névralgie des grandes lèvres et de l'anus, apparue au moment des règles.

M. Gomperz a constaté l'existence d'une tuméfaction de certaines parties de la muqueuse nasale chez les femmes atteintes de dysménorrhée, et il a toujours vu la cocaïnisation de ces tuméfactions faire disparaître les douleurs abdominales, en général pour huit à douze mois; au bout de ce laps de temps, une nouvelle intervention devient nécessaire.

D'après l'orateur, l'action de la cocaïnisation des points génitaux sur les douleurs de la dysménorrhée n'est manifeste que chez les neurasthéniques. Chez l'homme, il existe aussi des rapports entre certains points des fosses nasales et les douleurs névralgiques de la région des lombes. Dans trois cas de névralgie de cette région, dont deux reconnaissaient une origine génitale (excès vénériens, masturbation), la guérison a été obtenue par la cocaïnisation du nez.

M. Grossmann a pu faire cesser pendant cinq semaines des accès et des vertiges épileptiques, par la cautérisation du cornet inférieur gauche. Le même traitement a également guéri une névralgie du trijumeau. Enfin, l'orateur a constaté expérimentalement, après l'irritation de certains points de la muqueuse nasale, une augmentation de la pression sanguine, ainsi que de l'arythmie cardiaque et des stases veineuses.

Bourrelets du cuir chevelu dans l'acromégalie.

Dans la séance du 16 janvier du CLUB MÉDICAL DE VIENNE, **M. H. Schlesinger** a dit que, dans un cas d'acromégalie vérifié à l'autopsie, il existait au niveau du cuir chevelu une série de replis cutanés disposés parallèlement. Chez un autre acromégalique, il a trouvé aussi, au niveau de la région occipitale, un bourrelet cutané extrêmement prononcé. Ni l'un ni l'autre de ces malades n'était myxœdémateux. M. Schlesinger attribue la formation de ces bourrelets à ce que l'enveloppe cutanée du crâne se développe plus rapidement que la boîte osseuse.

Dr SCHNIRER.

LETTRES DE RUSSIE

Moscou, le 14 janvier 1901.

Les chirurgiens russes viennent de tenir, du 10 au 12 courant, leur premier Congrès national. A cette réunion, que présidait M. le professeur Sklifossovsky (de Saint-Pétersbourg), assistaient près de 250 chirurgiens venus de tous les points de la Russie; c'est dire que le nombre des communications a été fort élevé; aussi ne puis-je signaler ici que les plus importantes.

Des tumeurs du mésentère.

M. Trinkler (de Kharkov) a relaté l'observation d'un homme, très amaigri, chez lequel on remarquait, dans la région médiane de l'hypogastre, une tumeur arrondie, mate à la percussion, mobile latéralement, parfois recouverte par l'intestin tympanisé. On porta le diagnostic de tumeur du mésentère. A l'opération, on trouva une tumeur lisse, de la grosseur d'une tête de nouveau-né, siégeant entre les deux feuillets mésentériques. Son excision nécessita la résection de 65 centimètres d'intestin. Le malade, après quelques péripéties post-opératoires qui obligèrent à une nouvelle résection intestinale de 20 centimètres, finit par guérir complètement. La tumeur, sous le microscope, présentait la structure du sarcome réticulaire cellulaire polymorphe.

Il s'agit là de tumeurs très rares, car l'orateur n'en a trouvé que 29 cas dans la littérature médicale, dont 11 seulement traités par excision avec résection intestinale; cette opération donne 50 % de mortalité.

M. Rasoumovsky (de Kazan) a communiqué un fait analogue. En 1898, il a extirpé, chez un homme adulte, une tumeur mésentérique mobile, grossièrement granuleuse; c'était un myxome cellulaire dont l'excision le força à pratiquer une résection étendue de l'intestin grêle. Le malade guérit et pendant deux ans travailla sans difficulté. En 1900, il commença à dépérir de nouveau; dans l'abdomen apparut une tuméfaction qui grossit rapidement jusqu'à acquérir les dimensions d'une tête d'enfant; à l'ouverture du ventre — vingt-six mois après la première intervention —, on trouva, dans la même région que précédemment, une tumeur grossièrement granuleuse, présentant des adhérences avec le gros intestin; on procéda à l'isolement et à l'excision du néoplasme et du mésentère avoisinant, ainsi que d'un segment d'intestin grêle. La tumeur, de purement mésentérique qu'elle était auparavant, était devenue en partie rétropéritonéale. Le malade sortit de la clinique tout à fait guéri.

Le second néoplasme n'avait pas absolument la même constitution histologique que le premier; il s'agissait bien encore d'un myxome cellulaire, mais avec adjonction d'un élément fibreux; c'est dire que le caractère de la tumeur était devenu plus bénin.

M. Sarytchev (de Moscou) et **M. Bogaïevsky** (de Krementchoug) ont relaté chacun un cas de tumeur sarcomateuse du mésentère, extirpée avec succès.

Des lésions traumatiques de l'intestin.

M. Sarytchev a rendu compte de 8 interventions qu'il a pratiquées en 1900 pour lésions traumatiques de l'intestin. Les résultats ont été mauvais, soit que les lésions fussent trop graves, soit que les malades aient été opérés trop tard : un seul a survécu, chez lequel on était intervenu le jour même de l'accident. Il s'agit d'un homme qui, après un coup de pied de cheval dans l'hypogastre, présenta du ballonnement et un tympanisme très prononcé, accompagnés de douleurs constantes, de vomissements et, enfin, d'emphysème sous-cutané de la région latéro-inguinale droite. A l'opération, on reconnut une déchirure sous-cutanée intéressant les muscles de la paroi, le péritoine et le cæcum sur une étendue de 2 centimètres. On fit la toilette du péritoine et on sutura.

Aucun des symptômes habituels, a fait observer M. Sarytchev, n'est caractéristique de la rupture intestinale; seul leur groupement logique peut faire porter un diagnostic de grande probabilité; ainsi, la tension défensive des muscles de la paroi abdominale, les douleurs plus ou moins localisées, le facies spécial, le pouls rapide et filant, souvent en désaccord avec la température, la présence d'albumine dans l'urine, les troubles de la miction et de la défécation doivent faire songer à ce redoutable accident. Par contre, l'emphysème sous-cutané est un signe de certitude.

Le volvulus du cæcum.

M. Schiemann (de Youriev) a relaté 7 observations de volvulus du cæcum recueillies à la clinique de Youriev. Cet accident ne peut se produire que lorsque le cæcum possède un mésentère commun avec l'iléon, car alors le cæcum est mobile dans la cavité péritonéale autour du côlon ascendant qui, étant bien fixé à la paroi postérieure de l'abdomen, devient la base de torsion.

L'orateur distingue deux degrés à l'affection : le *volvulus par obturation*, où la circulation dans le cæcum se fait encore et où le péristaltisme subsiste longtemps (parfois même exagéré), tandis que la gangrène par surdilatation énorme du cæcum et stase fécale est tardive; et le *volvulus par strangulation* où le mésentère est étranglé lui aussi; ici le péristaltisme manque, la maladie a un début foudroyant et la gangrène est rapide. La péritonite septique et la mort sont la terminaison ordinaire des deux formes.

Dans la première variété, on peut parfois se contenter de refixer le cæcum à sa place normale; en général, il vaut mieux le réséquer. Sur les 7 cas observés par M. Schiemann, il y a eu 4 guérisons et 3 morts. Le diagnostic exact est difficile, car le cæcum ballonné peut faire proéminence dans n'importe quelle région de l'abdomen, alors que dans la fosse iliaque droite on sent un vide et que la percussion y donne un son mat; il faut remarquer, en outre, que les vomissements et le collapsus apparaissent relativement tard dans ces cas. Dans l'anamnèse,

on relève le plus souvent, comme cause directe, un traumatisme (effort considérable, contusion de l'abdomen).

Le traitement de l'appendicite.

M. Zöge von Manteuffel (de Youriev) a fait une communication sur les indications opératoires dans l'appendicite. Il distingue trois formes de cette affection : la forme catarrhale, la forme suppurée et la forme gangreneuse. Pour la majorité des cas, il préconise l'opération à froid, quelques semaines après la crise; cependant, lorsqu'on a affaire à la seconde forme, on doit inciser la collection purulente sitôt qu'elle s'est formée, même si le malade est en plein accès; quant à l'appendicite gangreneuse, l'opération étant la seule chance de salut doit toujours être tentée.

En ce qui concerne le traitement médical, il faut rejeter l'emploi de l'opium, qui est plus nuisible qu'utile, et recourir aux compresses chaudes plutôt qu'aux applications de glace; on doit aussi administrer les purgatifs dans une plus large mesure qu'on ne le fait généralement.

A propos du traitement des kystes hydatiques.

M. Rasoumovsky a fait une communication sur les kystes à échinocoques; il en a opéré 26 cas, dont 15 du foie avec 3 morts. En ce qui concerne ces 3 décès, l'autopsie montra pour le premier une tuberculose étendue avec dégénérescence amyloïde des organes parenchymateux; le second survint un mois après l'opération dans un état de cachexie extrême dû à une abondante sécrétion de bile par la fistule; le troisième enfin était dû à une péritonite secondaire, par perforation d'une fistule dans la cavité péritonéale.

Dans 18 cas, l'orateur a employé la vieille méthode de l'incision avec drainage; actuellement il a recours, pour les cas simples et dans les régions qui le permettent, à l'extirpation totale du kyste (il a fait cette opération 4 fois, dont une fois sur le rein); quand cela est impossible, il emploie la méthode de Bobrov ou celle de Delbet, qui sont presque similaires. Mais avec l'une ou l'autre de ces dernières techniques on observe souvent une accumulation de liquide sanguinolent, bilieux ou même purulent dans la poche. Le danger que fait courir au malade cette complication et l'inquiétude dans laquelle elle tient le chirurgien pendant les premiers jours qui suivent l'opération, ont inspiré à M. Rasoumovsky l'idée de fixer temporairement le sac à la paroi abdominale. Il fait pour cela des sutures en anse, qui traversent d'abord la peau et la paroi abdominale, puis le bord de l'incision du sac du côté opposé, et enfin retraversent la paroi à côté de leur point de départ; on fait quelques sutures semblables des deux côtés de l'incision : lorsqu'on lie les fils, le sac est attiré à la paroi et en même temps fermé hermétiquement; il suffit alors de suturer complètement la plaie extérieure. Au bout d'une à deux semaines, on enlève les sutures profondes provisoires; on peut compter que les adhérences qui se sont produites entre le sac et le péritoine pariétal disparaîtront peu à peu, le foie étant un organe mobile. Mais s'il survient des complications du côté du sac dans les premiers jours après l'opération, on n'a qu'à rouvrir la plaie extérieure et à enlever les fils profonds, et l'on a sous les yeux la poche ouverte, avec des adhérences au pourtour de l'incision. On passe ainsi très facilement de la méthode fermée, qui est l'idéal, à la méthode ouverte, la poche n'ayant pas pu se retirer dans la profondeur; on évite dès lors la recherche du sac, manipulation délicate au cours de laquelle on peut craindre l'issue de liquide parfois infectieux dans la cavité abdominale. Après avoir appliqué cette méthode dans 9 cas, l'orateur en a obtenu les meilleurs résultats.

M. Bobrov (de Moscou) a déclaré qu'il ne croyait pas nécessaire cette complication de la technique; il a opéré 15 cas de kystes hydatiques, et ces derniers temps exclusivement par le procédé qui lui est personnel et qui laisse replonger librement le sac suturé dans la cavité abdominale. Dans 4 cas, il a observé après l'intervention une accumulation de liquide, parfois même purulent, dans la poche; quand cette éventualité se produit, on sent très bien le sac distendu; il suffit alors de rouvrir le ventre, de placer un tampon sur la tumeur et d'inciser au bout de quelques jours.

En principe, il estime que, la poche une fois vidée de son contenu, il faut en suturer complètement l'incision et renfermer le tout dans la cavité abdominale, au besoin après avoir injecté dans le sac une certaine quantité de solution salée physiologique. Il est évident que, dans les cas compliqués, surtout avec suppuration, il faut fixer la poche à la paroi abdominale, comme cela s'est toujours fait, sans qu'il soit nécessaire d'ériger ce point de technique en règle générale.

Traitement du goitre.

M. Bobrov a fait connaître les résultats de 60 opérations pour goitre : 49 fois il s'agissait de goitre parenchymateux, 10 fois de goitre kystique, une fois enfin d'une variété peu commune, le goitre adénokystique hypertrophique papillaire.

En ce qui concerne la technique, il a recours à l'incision horizontale semi-lunaire. L'énucléation de la tumeur lui paraît être l'opération de choix; par cette méthode, l'hémorrhagie est abondante, mais on obtient une hémostase complète en plaçant un nombre suffisant de pinces.

La réunion *per primam* fut obtenue dans 50 cas; dans 8 autres, il y eut, pendant un certain temps, une sécrétion de liquide sanguinolent; chez les deux derniers patients, enfin, la plaie suppura légèrement.

Dans les cas où l'on suture complètement l'incision, la température s'élève souvent pendant les premiers jours; aussi M. Bobrov estime-t-il qu'il est préférable de laisser durant quarante-huit heures un petit tampon stérilisé dans la plaie.

Ces 60 opérations ont donné à l'orateur 3 décès, un par hémorrhagie et deux par pneumonie; dans un de ces derniers cas, l'autopsie montra que l'un des pneumogastriques était dégénéré.

Avec le procédé d'énucléation, la ligature préalable des vaisseaux n'est pas nécessaire; au contraire, cette ligature est indispensable quand on a recours à l'extirpation, et l'orateur croit que, lorsqu'on emploie cette dernière méthode, il ne faut enlever d'abord que la moitié de la tumeur.

M. Tauber (de Varsovie) a déclaré que 20 opérations de goitre lui ont donné un décès, soit la même proportion qu'à M. Bobrov.

Dans ces dernières années, il a traité quelques goitres par des injections de préparations thyroïdiennes ; cette médication a provoqué des vertiges et des malaises.

En ce qui concerne la méthode d'extirpation, il a remarqué que l'ablation d'une moitié de la tumeur détermine souvent l'atrophie de l'autre moitié.

M. Rasoumovsky, en se basant sur des opérations pour goitres très volumineux, s'est déclaré partisan de l'extirpation, qui, à son avis, devrait toujours être pratiquée en deux séances séparées par un intervalle plus ou moins long; il faut commencer par la ligature des vaisseaux, lesquels sont, d'ordinaire, friables et dégénérés. Il a fait observer, en outre, que l'énucléation, d'après les récentes statistiques de von Bruns et de von Mikulicz, donne une proportion élevée de récidives.

M. Sarytchev a présenté la défense des opérations conservatrices, qu'il a appliquées dans 20 cas.

M. Zöge von Manteuffel a rappelé que les injections de préparations thyroïdiennes ont parfois déterminé des accidents basedowiens.

L'ectopie vésicale et son traitement.

M. Soubbotine (de Saint-Pétersbourg) a décrit une technique nouvelle pour la cure radicale de l'ectopie vésicale; il a pratiqué plusieurs fois l'opération de Maydl, mais celle-ci ne le satisfait pas, car elle expose à l'infection ascendante des reins, et de plus les opérés sont obligés d'aller très souvent à la selle, ce qui est excessivement gênant. Il a obvié à ces inconvénients, chez un garçonnet de dix ans atteint d'ectopie de la vessie avec haut degré d'épispadias, en procédant de la façon suivante :

Il a fait l'incision postérieure à la Kraske et isolé le rectum, dont il a sectionné longitudinalement la paroi postérieure, puis la paroi antérieure; alors, par une pression sur la vessie ectopiée, il a fait saillir dans cette seconde incision le fond vésical, qu'il y a fixé par des sutures, et qu'il a sectionné; ensuite, au moyen de deux incisions longitudinales, il a limité sur la paroi antérieure, mais *interne*, du rectum un long lambeau comprenant la muqueuse avec une partie de la musculeuse et allant de l'anastomose vésico-rectale jusqu'à l'anus; il a suturé complètement les bords de ce lambeau l'un à l'autre, de façon à créer une sorte d'urèthre artificiel dans la cavité même du rectum, ayant à son extrémité inférieure un sphincter, le sphincter anal resté intact; la plaie de la muqueuse rectale fut suturée au-dessus de ce canal; on sutura également le rectum et la plaie extérieure. Au bout de deux semaines, on commença à cathétériser l'urèthre artificiel; dans l'acte de la défécation, on pouvait s'assurer qu'il n'y avait aucune communication entre le rectum et le nouveau canal ou la vessie. On ferma alors par une opération plastique l'ectopie vésicale.

Les résultats furent des plus satisfaisants; un mois seulement s'est écoulé depuis l'opération, et l'enfant retient déjà son urine plusieurs heures.

Sur la gastro-entérostomie.

En terminant, je dois signaler qu'une longue et intéressante discussion s'est engagée sur la *gastro-entérostomie*, à propos des communications de **MM. Bierstein** (de Torjeok) et **Sapiejko** (de Kiev) L'impression générale qui s'en dégage, c'est que la majorité des chirurgiens russes ont recours à la gastro-entérostomie antécolique antérieure, qui consiste à suspendre l'anse intestinale à l'estomac, des deux côtés, sur une étendue de quelques centimètres, d'après la méthode de Koppler plus ou moins modifiée. Cependant, quelques rares opérateurs, M. Sapiejko par exemple, se sont montrés partisans résolus de la méthode en Y. Quant au procédé récent de Podrèze (de Kharkov), on a été unanime à le trouver infidèle, car les fils constricteurs se libèrent et tombent dans l'estomac ou dans l'intestin avant d'avoir provoqué l'ouverture anastomotique, ou bien cette ouverture est trop petite et se referme bientôt par rétraction et cicatrisation de ses bords.

On a aussi discuté longuement la question de la *cure radicale des hernies*. L'avis presque général a été que, des trois méthodes les plus ordinairement employées — méthodes de Bassini, de Kocher et de Bobrov-Lucas-Championnière —, la première est celle qui donne le moins de récidives (de 1 à 2 % seulement).

Dr P. Herzen,
Chirurgien de l'ancien hôpital Catherine, à Moscou.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Recherches cliniques et expérimentales sur la broncho-pneumonie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, par M. Chambrelent.

Si l'influence de la pneumonie lobaire sur la marche et la terminaison de la grossesse sont bien connues depuis longtemps, car Grisolle lui a consacré une étude dès 1864, il n'en est pas de même des relations existant entre la broncho-pneumonie et la gestation ou l'accouchement; cette particularité s'explique par ce que cette dernière affection est relativement rare chez l'adulte, et que, d'ailleurs, elle y complique presque toujours une maladie générale à laquelle on peut attribuer une grande part des troubles concomitants de la grossesse et de la parturition.

Aussi M. Chambrelent n'a-t-il trouvé dans la littérature médicale qu'un seul exemple de broncho-pneumonie primitive au cours de la grossesse, qui a été publié par M. Vinay en 1892; il y ajoute dans le présent travail 5 cas personnels.

Ces observations semblent toutes calquées sur le même modèle; il s'agit de femmes qui, à

une période variable de leur grossesse, eurent une broncho-pneumonie se traduisant par des signes tant objectifs que fonctionnels absolument classiques; il y a lieu simplement de signaler le degré particulier de la dyspnée, facilement explicable du reste, au moins pour les gestations arrivées près du terme, par la gêne respiratoire résultant du volume de l'utérus. Mais le point important, c'est la gravité toute spéciale de cette broncho-pneumonie des femmes enceintes, puisque les 5 malades dont M. Chambrelent relate l'histoire ont succombé, ainsi que celle qu'avait observée M. Vinay; dans tous ces cas, l'issue fatale est survenue rapidement (de quelques heures à peu de jours) après l'accouchement.

En ce qui concerne ce dernier, il a été spontané chez les patientes de M. Chambrelent, tandis qu'il fut provoqué dans le fait rapporté par M. Vinay. Il eut pour conséquence immédiate une sédation des troubles dyspnéiques, mais accompagnée d'une aggravation considérable des phénomènes généraux; les frissons apparurent ou augmentèrent d'intensité et il se fit le plus souvent des élévations brusques de température analogues à celles qui caractérisent l'infection puerpérale. En somme, la mort survint au milieu de phénomènes infectieux.

Quant au fœtus, il convient de mettre à part deux cas où la grossesse était trop peu avancée pour qu'il fût viable (avant le sixième mois); dans les trois autres faits, une fois l'enfant était mort-né, et son autopsie révéla, en l'absence de tout microbe, des lésions hépatiques paraissant dues à un processus toxique aigu, tel que peut le réaliser une intoxication microbienne; un autre mourut après quelques jours de broncho-pneumonie (mais il avait été placé dans un service hospitalier, et l'on sait combien la mortalité des prématurés y est élevée); le cinquième enfin, qui survécut, naquit en état de mort apparente et présenta pendant les premiers jours des convulsions et une toux légère.

Dans l'observation de M. Vinay, l'enfant survécut également.

Il faut donc retenir l'extrême gravité de la broncho-pneumonie pendant la grossesse; pour le fœtus, il semble qu'il n'y ait rien à redouter tant que l'infection maternelle reste strictement localisée aux poumons, tandis que le passage des microorganismes ou de leurs toxines dans le torrent circulatoire serait susceptible de l'influencer gravement. Dans des recherches publiées antérieurement, M. Chambrelent a pu, d'ailleurs, démontrer expérimentalement le passage, à travers le placenta, de divers microbes (streptocoque, staphylocoque, colibacille) injectés dans le sang de femelles pleines. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 décembre 1900.) — F. F.

Un syndrome gastrique particulier chez le nourrisson, par MM. E. Weill et M. Péhu.

Chez deux jeunes enfants, âgés respectivement de six semaines et de deux mois et demi, les auteurs ont eu l'occasion d'observer un syndrome gastrique particulier, essentiellement caractérisé par des vomissements réguliers et faciles, sans odeur, sans signe de fermentation, survenant peu de temps (de quinze à trente minutes en général) après l'ingestion de lait, qu'il s'agit du lait maternel ou de lait de vache stérilisé. Chez l'un de ces nourrissons, l'affection avait débuté dès les premiers essais d'alimentation, chez l'autre elle avait fait son apparition seulement trois semaines après la naissance.

On peut dire que la maladie était constituée tout entière par les vomissements; on ne notait, en effet, ni dilatation gastrique, ni diarrhée; rien, dans l'état général, ne témoignait d'une infection ou d'une intoxication gastro-intestinale; il n'y avait notamment pas de fièvre, pas d'hypertrophie du foie ni de la rate, pas d'albuminurie; seul, en raison de la nutrition insuffisante, le poids du corps accusait une diminution progressive.

Le cathétérisme stomacal révélait une particularité intéressante : il montrait, en effet, que la digestion se prolongeait très au-delà de ses limites habituelles; au lieu que l'estomac, chez le nourrisson normal, est à peu près complètement vide au bout d'une heure et demie, il renfermait encore, dans le cas particulier, du lait caillé en assez grande abondance après trois et quatre heures. L'analyse chimique donna la clef de ce phénomène, en montrant que le taux de l'acidité gastrique se maintenait élevé beaucoup plus longtemps que d'ordinaire.

Dès lors, voici quelle est, pour MM. Weill et Péhu, la pathogénie des troubles : la lenteur anormale de la digestion — ainsi que la sensibilité exagérée de la muqueuse — a pour conséquence immédiate de maintenir le pylore fermé, d'où résulte une stagnation à peu près absolue des *ingesta;* lorsque, à l'occasion d'une nouvelle tétée, du lait arrive dans cet estomac déjà presque plein, le vomissement se produit.

L'exactitude de cette hypothèse a été démontrée par les effets du traitement : il a suffi de faire avant les prises de lait (espacées de trois heures environ) un lavage d'estomac à l'eau bouillie tiède pour voir disparaître tous les symptômes. Chez les petits malades de sa clientèle privée, M. Weill remplace les lavages d'estomac, impossibles à pratiquer régulièrement en dehors de l'hôpital, par une médication sédative, consistant en l'application de compresses chaudes sur l'épigastre, l'ingestion de lait un peu chaud, enfin l'administration d'une faible dose de bromure de potassium et de bicarbonate de soude avant chaque tétée. (*Lyon méd.*, 9 décembre 1900 et 13 janvier 1901.) — F. F.

De la sensibilité thermique dissociée chez les hémiplégiques, par M. P. Chatin.

L'an passé, dans sa thèse inaugurale inspirée par M. le docteur Dejerine, M. Long a incidemment signalé que certains hémiplégiques, qui perçoivent bien le froid, ne sentent qu'imparfaitement et avec retard la chaleur; mais il expérimentait avec des flacons pleins d'eau à 60° ou 65°, qui produisent normalement une véritable sensation de douleur; de sorte que l'on peut supposer que le phénomène qu'il a décrit est une thermo-analgésie, plutôt qu'une thermo-hypoesthésie ou une thermo-anesthésie.

Or, sur 19 hémiplégiques qu'il a observés et dont 11 présentaient un trouble quelconque de la sensibilité, M. Chatin a constaté 7 fois une dissociation analogue du sens thermique. Et il a pu s'assurer, en n'employant pas des températures supérieures à 50°, que ce n'est pas la sensibilité *douloureuse* à la chaleur qui est en jeu, mais qu'il s'agit réellement de thermo-anesthésie. En outre, il a vu que dans certains cas le trouble est plus profond, car il survient une véritable *thermo-paresthésie*, caractérisée par ce fait que les impressions de chaud sont perçues comme froides.

En résumé, ces troubles de la sensibilité thermique des hémiplégiques consistent en ce que la chaleur ne provoque aucune sensation, ou encore n'est perçue qu'avec un retard plus ou moins considérable, ou bien, enfin, est confondue avec le froid.

Cette dissociation spéciale de la sensibilité n'est pas sous la dépendance d'altérations locales des téguments, car elle survient chez des malades indemnes de tout trouble trophique, alors qu'elle manque chez d'autres qui sont atteints, par exemple, d'anasarque. Il n'est donc pas douteux qu'elle soit d'origine nerveuse, voire d'origine cérébrale, étant donné les lésions dont se trouvaient atteints les malades de M. Chatin. Enfin, comme certains de ces sujets étaient vraisemblablement porteurs de foyers corticaux (hémiplégie droite avec aphasie chez un d'eux), il semble bien qu'il s'agisse là d'une *dissociation corticale de la sensibilité*, qui mérite de prendre place à côté des dissociations analogues d'origine névritique ou médullaire. (*Arch. gén. de méd.*, janvier 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Moyens d'éviter les vomissements consécutifs à la chloroformisation, par M. L. Lewin.

Si, d'une façon générale, on peut invoquer, pour expliquer la pathogénie des vomissements survenant pendant et après la narcose, l'irritation soit du cerveau, soit de l'estomac, il semble que, en ce qui concerne l'anesthésie chloroformique, la complication dont il s'agit a pour point de départ surtout la muqueuse gastrique. Il importe, en effet, de remarquer que seules les premières bouffées de chloroforme pénètrent exclusivement dans le poumon : la sensation d'asphyxie que le malade ne tarde pas à éprouver provoque une série de mouvements de déglutition, à la faveur desquels l'agent anesthésique se trouve amené dans l'estomac sous forme de vapeurs ou dissous dans la salive abondamment sécrétée par suite de l'irritation de la muqueuse buccale. De plus, le chloroforme s'éliminant par les glandes de l'estomac continue à agir sur la muqueuse gastrique même après la narcose.

Partant de ces considérations, M. Lewin estime que, pour éviter les vomissements en question, on doit s'attacher à annihiler l'action locale exercée par le chloroforme sur la muqueuse de l'estomac. On peut atteindre ce but par deux moyens, à savoir en anesthésiant les nerfs qui participent au réflexe ou bien en recouvrant la muqueuse gastrique de substances susceptibles d'entraver, d'une façon plus ou moins complète, le contact immédiat entre le chloroforme et les parois stomacales.

Afin de réaliser l'anesthésie locale de l'estomac, l'auteur propose l'ingestion de cocaïne, à dose inoffensive, dissoute dans une quantité d'eau assez considérable pour que le médicament imprègne la muqueuse sur une grande étendue. Une solution de cocaïne à 0.01 ou 0.02 %, dont le malade absorbera, avant la chloroformisation, de 300 à 500 c.c., semble parfaitement répondre à ces indications. Le cas échéant, l'administration de cette solution pourra aussi être continuée après la narcose.

D'autre part, on peut protéger la muqueuse gastrique d'une manière directe au moyen de certaines substances indifférentes et, en particulier, à l'aide de substances mucilagineuses. En effet, si l'eau et les solutions aqueuses ne séjournent guère dans l'estomac, il n'en est pas de même des mucilages et des médicaments analogues qui, en raison de leur pouvoir adhésif et de leur faible diffusibilité, peuvent rester longtemps en contact avec les surfaces qu'ils imprègnent. Il semble donc rationnel de faire absorber au patient, quelques heures avant l'opération, une substance de ce genre en quantité assez considérable pour obtenir la formation d'une sorte d'enduit protecteur recouvrant les parois de l'estomac et des premières voies digestives. A cet effet, on se servira, par exemple, d'un mucilage de gomme arabique à 50 %, d'un décocté de poudre de salep (1 à 2 grammes dans 100 grammes d'eau) ou de carragaheen (3 à 5 grammes dans 500 grammes de véhicule), ou encore d'une macération de racine de guimauve. L'essentiel est d'assurer l'extension de la couche protectrice autant que possible à toute la surface de la muqueuse gastrique : dans ce but, M. Lewin recommande, le malade étant couché sur la table d'opération, de lui faire à plusieurs reprises changer de position. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 janvier 1901.) — L. CH.

Sur un réflexe respiratoire de la paroi abdominale, observé au cours de la pleurésie sèche et de la péri-hépatite fibrineuse, par M. R. Schmidt.

L'auteur décrit un phénomène paraissant avoir échappé jusqu'ici à l'attention des cliniciens et qu'il a eu l'occasion de noter dans 3 cas de pleurésie fibrineuse sèche localisée à la partie antéro-latérale droite de la base du thorax. Il s'agit d'une contraction réflexe qui se produit, à l'occasion des mouvements respiratoires rapides et profonds, dans la portion supérieure du muscle droit de l'abdomen du côté droit et se propage jusqu'au cinquième espace intercostal. Cette contraction se manifeste à la fin de l'inspiration, et cela quel que soit le mode respiratoire; elle est, toutefois, plus marquée dans la respiration costale que dans le type diaphragmatique, et elle devient particulièrement nette lorsque le patient rétracte l'abdomen tout en accentuant la respiration costale. On peut provoquer le même phénomène d'une manière artificielle, en exerçant des pressions sur les espaces intercostaux douloureux.

Le réflexe en question semble avoir pour point de départ la plèvre elle même, si l'on tient compte que chez aucun des malades observés par M. Schmidt il n'existait de névralgie intercostale à proprement parler. Très marqué au moment des premières inspirations profondes, il va ensuite en diminuant d'intensité et finit même, à la longue, par disparaître complètement. Pour expliquer ce fait, l'auteur est porté à admettre que la respiration profonde, en déterminant une sorte de massage pleural, atténue les rugosités de la séreuse et rend, en fin de compte, le frottement des deux feuillets de la plèvre moins douloureux.

D'autre part, M. Schmidt a aussi observé le phénomène dont il s'agit dans un cas de périhépatite circonscrite, avec cette différence, toutefois, que la contraction intéressait ici, non pas le droit de l'abdomen, mais les faisceaux costaux du grand oblique. Il se peut, par conséquent, que la localisation du réflexe respiratoire de la paroi abdominale varie suivant que le phénomène a pour point de départ la plèvre ou le péritoine. Quoi qu'il en soit, ce réflexe présente d'ores et déjà une certaine valeur diagnostique, puisqu'il permet de soupçonner, en se basant sur la simple inspection de l'abdomen, l'existence d'un processus inflammatoire des séreuses au voisinage de la base du thorax. Ajoutons que, la netteté du réflexe étant d'ordinaire proportionnelle à l'intensité de la douleur, le médecin se trouve ainsi mis en possession d'un moyen de dépister la simulation, à la condition de ne pas perdre de vue que le phénomène signalé par M. Schmidt peut faire défaut dans les cas où tous les réflexes en général sont peu marqués et où les muscles droits ne sont pas assez développés pour que leur contraction puisse se traduire d'une manière appréciable à la vue. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 novembre 1900.) — L. CH.

Recherches sur les échanges organiques dans l'obésité, par MM. A. Jaquet et N. Svenson.

Tous les cliniciens admettent l'importance de la suralimentation et du défaut d'exercice comme facteurs de l'adipose, mais l'accord est loin d'être aussi complet en ce qui concerne la réalité d'un ralentissement de la nutrition chez les obèses. Il est vrai que divers auteurs, et notamment Magnus-Levy, ayant fait des recherches pour déterminer directement la valeur des échanges organiques chez les individus en question (en mesurant la quantité d'acide carbonique éliminé et d'oxygène fixé chez eux par minute et par kilogramme de poids), ont trouvé des valeurs inférieures à la normale; toutefois les chiffres que ces auteurs ont donnés sont des chiffres bruts, simplement obtenus en divisant par le poids du corps la quantité de gaz fixé ou éliminé en une minute; cette méthode attribue donc la même valeur à un certain poids de tissu adipeux, où les combustions sont presque nulles, et à un même poids de muscle ou de viscère; et si l'on retranche du poids du corps celui de la graisse, les chiffres obtenus par Magnus-Levy deviennent normaux. Néanmoins, ce dernier n'a pas cru devoir rejeter définitivement la théorie de la nutrition ralentie; il a préféré ne pas trancher la question, vu qu'une diminution quotidienne des échanges égale à 5 %, trop faible pour que nous puissions l'apprécier, ne représente pas moins, au bout de l'année, une économie de 4 kilogr. 1/2 de graisse.

Quoi qu'il en soit, MM. Jaquet et Svenson ont jugé nécessaire de reprendre ces expériences, en se servant du même dispositif que Magnus-Levy (appareil de Zuntz-Geppert), de façon à obtenir des résultats comparables à ceux de cet auteur.

Ils ont étudié d'abord les échanges respiratoires chez des obèses à jeun : chez trois sujets, ils ont obtenu des chiffres extrêmement voisins de la normale, voire de la limite supérieure de la normale (qui est 4 c.c. 5 d'oxygène fixé et 3 c.c. 5 d'acide carbonique éliminé par minute et par kilogramme); en déduisant du poids du corps celui de la graisse, ils trouvent même des valeurs plus fortes que la moyenne.

Ils ont ensuite répété ces recherches sur les mêmes sujets après ingestion d'un repas de composition déterminée : on sait que pendant la digestion, chez l'homme sain, les combustions organiques sont activées; sans entrer ici dans le détail des chiffres relevés par les auteurs, disons seulement que, chez les obèses, cette réaction se produit aussi, mais moins vive qu'à l'état normal; c'est ainsi qu'un de leurs patients consommait, pendant une période de digestion de quatorze heures, 31 gr. 23 centigrammes d'oxygène de moins qu'un individu ordinaire; comme cette quantité d'oxygène suffit à la combustion de 11 grammes de substances grasses, on peut dire que ce sujet économise chaque jour 11 grammes de graisse, soit 4 kilogrammes par an.

MM. Jaquet et Svenson ont enfin étudié l'influence du travail musculaire sur les échanges organiques des mêmes malades, en se servant de l'ergostat de Jaquet; ils ont trouvé des chiffres sensiblement supérieurs à ceux que Katzenstein a obtenus chez les individus normaux; mais si l'on tient compte de la surcharge que les obèses portent constamment avec eux, on reconnaît que ces sujets, du moins tant qu'ils disposent d'organes sains, effectuent le travail musculaire dans des conditions à peu près normales.

En somme, ce n'est que pendant les périodes digestives que les obèses présentent un ralentissement de la nutrition : il est vrai que ces malades « digèrent économiquement », mais toutes les autres fonctions exigent chez eux une dépense de combustible aussi considérable que chez les individus normaux.

Pour terminer, les auteurs ont fait des expériences identiques sur leurs patients soumis au traitement thyroïdien; de cette nouvelle série de recherches, ils concluent que la perte de poids que détermine cette médication est due tantôt à une élimination considérable d'eau, tantôt à une augmentation de l'activité des échanges organiques, augmentation qui, nulle chez l'obèse à jeun, devient des plus manifestes durant les périodes digestives. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 5-6.) — F. F.

Sur la syphilis de l'estomac, par M. Max Einhorn.

Les déterminations de la syphilis sur l'estomac peuvent se manifester sous la forme d'un ulcère gastrique, d'une tumeur stomacale ou d'un rétrécissement du pylore, la première de ces modalités, l'ulcère, étant la plus fréquente. L'auteur en a observé deux cas où le diagnostic clinique d'ulcère syphilitique de l'estomac ne laissait place à aucun doute. Dans l'un d'eux, il existait, d'ailleurs, d'autres lésions syphilitiques; mais, dans le second, la nature réelle de l'affection ne put être reconnue que grâce aux commémoratifs. Chez les deux malades, l'efficacité du traitement spécifique, alors que les autres tentatives thérapeutiques étaient restées infructueuses, apporta la confirmation du diagnostic.

Les tumeurs syphilitiques de l'estomac n'ont jusqu'ici été reconnues que sur la table d'autopsie. Elles sont d'ailleurs relativement rares. M. Einhorn en a observé deux cas où il a pu porter le diagnostic du vivant du malade. Les deux sujets en question présentaient tous les symptômes de l'épithélioma de l'estomac; l'évolution des signes fonctionnels et généraux était caractéristique; à la palpation, l'existence d'une tumeur devint évidente. Seuls, les commémoratifs firent dépister la nature syphilitique de cette tumeur et éveillèrent l'idée d'une gomme, hypothèse dont le traitement spécifique ne tarda pas à vérifier l'exactitude. Aussi l'auteur insiste-t-il à juste titre sur la nécessité de rechercher systématiquement la syphilis dans les antécédents de tout malade atteint d'une tumeur de l'estomac.

Quand la gomme siège au voisinage du pylore, ainsi que c'était le cas chez l'un des sujets observés par M. Einhorn, on voit survenir des phénomènes de sténose pylorique. C'est là une forme de transition entre la simple tumeur spécifique de l'estomac et le rétrécissement syphilitique du pylore. Encore qu'assez rare et non décrite jusqu'à l'heure actuelle, cette dernière variété de syphilis stomacale n'en mérite pas moins d'être bien connue, car elle est susceptible de guérir par un simple traitement médical, tandis que les affections avec lesquelles on peut la confondre ne sont justiciables que d'une intervention chirurgicale toujours grave. Dans l'un des deux faits relatés par l'auteur, la palpation montra, au niveau du rebord des fausses côtes droites, l'existence d'une tumeur. Celle-ci était petite, plus ou moins ovale et constituée par le pylore hypertrophié; elle ne tarda pas à diminuer, puis à disparaître complètement, sous l'influence de la médication antisyphilitique. Dans le second cas, le pylore n'était pas perceptible à la palpation, mais le diagnostic de sténose pylorique au début s'imposa à l'examen du chyme gastrique. Là encore on obtint une prompte amélioration en instituant le traitement spécifique.

On voit donc que les déterminations du tertiarisme sur l'estomac peuvent revêtir des formes variées et simuler les affections les plus graves de cet organe. Elles méritent d'autant plus de fixer l'attention du clinicien que celui-ci possède dans le traitement antisyphilitique une médication d'une efficacité réelle. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 2.) — F. M.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Troubles oculaires consécutifs à l'usage de préparations thyroïdiennes.

La place importante que la médication thyroïdienne a conquise en thérapeutique ne doit pas faire oublier que ce mode de traitement est loin d'être exempt de dangers. On connaît les accidents multiples qui peuvent succéder à l'emploi de la thyroïdothérapie et qu'on désigne sous le nom de *thyroïdisme*. Mais, à en juger d'après les observations de M. le docteur H. Coppez (de Bruxelles), la liste de ces accidents est encore incomplète, car elle ne fait guère mention de troubles du côté de la vue. Or, notre confrère a eu l'occasion de suivre 5 malades, dont 4 femmes, chez lesquels l'usage prolongé de préparations thyroïdiennes contre l'obésité a déterminé des névrites optiques assez graves, avec lésions de la papille plus accentuées même que dans l'intoxication alcoolique ou tabagique. L'amblyopie ne s'est manifestée chez ces sujets qu'à la suite d'une cure de plusieurs mois, mais, une fois déclarée, l'affection oculaire a évolué d'une manière rapide et, dans l'espace de six semaines à deux mois, l'acuité visuelle est tombée à 1/10 ou encore plus bas.

En général, il suffit de suspendre l'opothérapie thyroïdienne pour voir la névrite rester d'abord stationnaire, puis s'amender et disparaître. Mais lorsque les vaisseaux rétiniens sont pris, il faut soumettre le patient, durant de longs mois, à un traitement énergique (émissions sanguines locales à la période d'hyperémie et, plus tard, emploi de la noix vomique et des courants continus) pour obtenir un résultat satisfaisant.

Fait à remarquer, les malades de M. Coppez n'avaient présenté aucun signe habituel d'intoxication thyroïdienne. Il importe, par conséquent, de savoir que, dans certains cas, le thyroïdisme peut se traduire exclusivement par l'existence d'une névrite optique rétrobulbaire partielle avec scotome central. Toutes les fois que l'étiologie d'une névrite de ce genre paraît obscure, il est indispensable de rechercher si le malade ne fait pas usage d'une préparation thyroïdienne, et cela d'autant plus que, étant donnée la grande vogue de ces produits, nombre d'individus, et surtout les personnes obèses, y ont recours sans même demander l'avis du médecin.

Ajoutons qu'un autre confrère belge, M. le docteur Venneman, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Louvain, a vu survenir chez deux jeunes filles, à la suite de l'emploi de tablettes d'extrait thyroïdien, de l'asthénopie accommodative. La médication une fois abandonnée, les troubles oculaires n'ont pas tardé à disparaître.

Les irrigations prolongées dans le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.

Dans un cas très grave d'ophtalmie des nouveau-nés, avec suppuration profuse, tuméfaction considérable des paupières et destruction imminente de la cornée, un médecin américain, M. le docteur E. Holt (de Portland), considérant le traitement usuel de cette affection comme insuffisant, a eu l'idée de recourir, en outre, à l'irrigation quasi continue des yeux, dans le but d'enlever tous les produits de sécrétion de la conjonctive, pour ainsi dire au fur et à mesure de leur formation. Notre confrère s'est servi, à cet effet, d'une solution tiède d'acide borique à 1 %, versée dans un injecteur permettant de régler à volonté la force du jet et muni d'une canule appropriée. Après avoir insinué cette canule entre les paupières au niveau de l'angle externe de l'œil, en ayant soin de ne pas la diriger du côté du globe oculaire, il l'a promenée le long du bord palpébral de façon à assurer le lavage aussi complet que possible de toute la surface de la conjonctive. Pendant les premières vingt-quatre heures, ces irrigations furent répétées, jour et nuit, toutes les trente minutes, puis moins souvent, et à la fin du cinquième jour l'enfant put ouvrir les yeux. Dès lors, la guérison se fit sans encombre et la cornée resta intacte.

Depuis, toutes les fois qu'il s'agit d'une ophtalmie purulente grave, M. Holt associe aux moyens habituellement employés les irrigations telles que nous venons de les décrire, et cette pratique lui a toujours donné d'excellents résultats.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'application de la méthode dite de la dose suffisante au traitement de quelques maladies du système nerveux : formes graves et associées de la migraine, vertige de Ménière, névralgie et tic douloureux de la face.

Dans de précédentes recherches (1), j'ai montré que la méthode de traitement que j'y exposais, basée sur l'administration de la dose suffisante de bromure rendue facile à déterminer exactement par la connaissance de certains signes physiques indéniables, fournis par les pupilles, m'a donné, depuis que je l'emploie, des résultats presque inespérés dans le traitement de l'épilepsie.

Substituée aux données empiriques ou insuffisantes qui, jusqu'à ces dernières années, régissaient l'administration du bromure dans la cure de cette grave affection, cette méthode m'a dès lors permis de faire rendre à ce médicament tout ce qu'il peut donner, d'obtenir qu'il soit parfaitement toléré jusqu'à la disparition des accès, sans influencer défavorablement l'état général du malade à traiter.

Je propose de lui donner le nom de *méthode de la dose suffisante*, qui évoque le principe fondamental sur lequel elle repose.

Je rappelle que, dans sa teneur générale, elle comprend trois périodes : une première basée sur l'observation de signes précis tant locaux que généraux qui permettent d'arriver, d'une façon progressive (2), à l'*établissement* de la dose suffisante, celle qui guérit; une deuxième, où, en s'appuyant sur les mêmes indices, on *maintient* cette dose, pendant un laps de temps que l'expérience apprend à rendre suffisant pour annihiler l'hyperexcitabilité cortico-motrice du cerveau et faire disparaître avec elle définitivement les accès; une troisième, de *diminution progressive* et de *suppression définitive*.

Dans ces conditions, je crois que la méthode de la dose suffisante, en raisonnant par analogie, peut être très avantageusement transportée dans la thérapeutique de certaines autres maladies du système nerveux, et y remplacer les quelques données empiriques ou insuffisantes, je l'ai dit, qui régissent encore difficilement leur cure.

Je veux parler, en particulier, des formes graves ou associées de la migraine que j'ai déjà proposé, non sans raison je pense, de traiter de la même façon que l'épilepsie, du vertige labyrinthique ou de Ménière, et du tic douloureux de la face. Leur mécanisme paroxystique, au moins en ce qui regarde les accès vertigineux de Ménière, se rapproche singulièrement de celui des crises épileptiques. L'hyperexcitabilité labyrinthique productrice des vertiges est l'équivalent de l'hyperexcitabilité cortico-motrice génératrice des accès comitiaux. Rationnellement, aux mêmes équivalents morbides une même méthode de traitement doit être opposée.

(1) GILLES DE LA TOURETTE. La dose suffisante de bromure et le signe de la pupille dans le traitement de l'épilepsie. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 331-338.) — Le traitement pratique de l'épilepsie. Paris, 1901.

(2) Au sujet du traitement de l'épilepsie par cette méthode, il s'est glissé, dans la *Semaine Médicale* du 3 octobre 1900, une légère erreur, de ma part, que je tiens à réparer. Il est dit : « Cette méthode... portant sur trois semaines, à raison d'une augmentation de 1 gramme par semaine puis d'une *diminution de même quantité*, permet de faire tolérer, la troisième semaine, une quantité de bromure certainement plus forte que si le médicament avait été constamment donné à la même dose. » En réalité, lors du passage de la troisième semaine à la quatrième, c'est-à-dire d'une période de trois semaines à une seconde de même durée, et ainsi de suite jusqu'à la période de diminution, ce n'est pas de *1 gramme*, mais bien de *2 grammes* qu'on devra diminuer. Il ne faudra donc pas donner, comme on pourrait le croire, 3, 4, 5 grammes durant la première période de trois semaines, puis 5, 4, 3 par exemple pendant la deuxième période, mais toujours : 3, 4, 5; 3, 4, 5 grammes, jusqu'à ce qu'on ait jugé nécessaire d'augmenter ou de diminuer la dose, en conservant d'ailleurs la même formule d'administration.

Pour chacune de ces trois affections, il existe un médicament particulier : le bromure, le sulfate de quinine, l'extrait thébaïque, dont l'administration bien ordonnée donne les résultats les plus satisfaisants. Elle provoque l'apparition d'un certain nombre de phénomènes généraux et de signes physiques qui permettent d'une façon assez rapide, quoique un peu variable en ce qui regarde chacune de ces maladies, d'établir la dose suffisante du médicament — celle qui fait disparaître les accès ou les douleurs paroxystiques —, de s'y maintenir et de la diminuer progressivement pour en arriver à la suppression définitive.

C'est pourquoi j'ai cru, m'inspirant des excellents résultats que j'avais obtenus dans la cure du mal comitial par la méthode de la dose suffisante depuis que j'ai appris à en bien connaître la réglementation, devoir appliquer celle-ci au traitement de quelques nouveaux cas de formes graves de migraine, de vertige de Ménière, de névralgie et de tic douloureux de la face, affections dont la thérapeutique ne m'était pas inconnue (1).

Les recherches que j'ai entreprises, dans cette voie, méritent encore d'être poursuivies. Je crois cependant devoir dès aujourd'hui les faire connaître parce que les résultats en ont été très satisfaisants. J'espère aussi qu'elles en solliciteront d'autres de diverses parts, pour le plus grand soulagement des malades.

I

J'étudierai d'abord le traitement des *formes graves* ou *associées de la migraine* par la méthode de la dose suffisante.

Charcot soignait ces manifestations par le bromure, leur appliquant le même mode d'administration qu'il prescrivait dans la thérapeutique de l'épilepsie. Il réservait uniquement cette cure, toujours assez longue et rigoureuse, aux formes simples de migraine, mais présentant des accès prolongés et répétés qui mettaient obstacle aux occupations du sujet. Il traitait de la même façon les migraines associées, la variété ophtalmique avec scotome scintillant et hémiopie, celle avec aphasie transitoire et parfois hémiplégie de même ordre, la migraine ophtalmoplégique. Il avait, en effet, démontré que ces divers symptômes, si on les laissait persister, pouvaient, en fin de compte, s'installer à l'état permanent.

Charcot m'autorisa, en collaboration avec P. Blocq (2), à exposer sa méthode de traitement, à l'occasion d'un cas de migraine ophtalmique avec aphasie transitoire que j'observais pour ma part depuis 1884.

Ce cas, qui figure également dans mes *Leçons*, avait trait à un homme âgé de vingt-sept ans qui, en février 1884, présentait de fréquents accès de migraine ophtalmique avec aphasie transitoire, très longs et très douloureux, mettant obstacle à tout travail. Les traitements suivis antérieurement contre son mal ayant échoué, il fut soumis au bromure à doses progressivement croissantes et décroissantes comme un épileptique. En février 1885, le traitement fut définitivement supprimé le malade étant guéri; il avait duré un an en totalité. J'ai suivi ce sujet jusqu'en 1887, sa migraine n'avait pas reparu à cette époque.

Dans les mêmes *Leçons*, je rapportais trois autres cas de migraines graves ou associées qui retirèrent également du traitement par le bromure d'excellents bénéfices. Je résume deux de ces faits en quelques mots.

Le premier a trait à une femme de trente-quatre ans qui, depuis plusieurs années, avait chaque semaine des accès qui duraient trois jours pleins, la forçaient à garder la chambre et à s'abstenir de toute alimentation. Au bout de cinq mois de traitement par le bromure, amélioration considérable. Elle sortit alors de l'hôpital et le traitement fut d'abord irrégulièrement suivi. Elle finit cependant par guérir et put vivre de façon habituelle.

(1) GILLES DE LA TOURETTE. Leçons de clinique thérapeutique sur les maladies du système nerveux, 5e leçon, p. 207 et 7e leçon, p. 269. Paris, 1898.

(2) GILLES DE LA TOURETTE et P. BLOCQ. Sur le traitement de la migraine ophtalmique accompagnée. (*Progrès méd.*, 11 juin 1887, p. 476.)

Le deuxième concerne une malade de cinquante-huit ans, atteinte depuis longtemps d'une migraine grave qui s'accompagna, à l'occasion d'une très forte crise, d'une hémiplégie droite qui disparut après huit jours de traitement par le bromure de potassium. On lit dans l'observation : « Je suis cette personne depuis deux ans; elle s'est soumise au traitement par le bromure à doses progressivement croissantes et décroissantes. Dans les six premiers mois de la cure, sous l'influence d'un violent chagrin, il est survenu un accès très grave de migraine qui a duré trois jours. L'hémiplégie est revenue à nouveau, mais avec des caractères beaucoup moins sérieux que lors des premiers accès. Depuis, les crises se sont très atténuées; elles se sont espacées au point de disparaître ». Le traitement dans son entier avait duré un an environ, comme pour le premier cas que j'ai rapporté.

La cure des migraines graves et accompagnées, par le bromure, était donc déjà connue en 1884. Charcot la prescrivait à ses malades. Il restait à lui appliquer la méthode de la dose suffisante, puisque celle-ci, dans le traitement de l'épilepsie analogue à celui des migraines, donne des résultats beaucoup plus satisfaisants que ceux qu'on obtient généralement par la méthode bromurée ordinaire.

Je traite depuis le 16 septembre 1900 un cas de migraine ophtalmoplégique, relatif à un homme de trente-cinq ans, qui depuis quatre ou cinq ans a de fréquents accès portant surtout sur l'œil gauche et durant de deux à trois jours. Comme la crise avait lieu toutes les semaines, elle le forçait à garder la chambre et mettait obstacle à ses occupations de marchand de charbon. Tous les modes de traitement avaient échoué. La cure par le bromure fut alors entreprise et la dose suffisante rapidement atteinte aux quantités de 7, 8, 9 grammes, en se basant sur le signe de la pupille et les phénomènes généraux de la troisième semaine. A partir du début du traitement, le malade n'eut plus de crises et il continue actuellement sa cure.

En résumé, me fondant sur les recherches que j'ai faites depuis 1884, d'après les indications de Charcot, sur le traitement des migraines graves et associées par le bromure, j'estime que ce médicament, prescrit comme dans l'épilepsie, leur est seul applicable. Désormais, son administration devra se conformer aux règles de la méthode de la dose dite suffisante qui permettra rapidement d'obtenir tous les résultats que le médicament est susceptible de donner.

Autant que je puis en juger par les faits que j'ai autrefois rapportés et ceux plus récents que j'ai pu observer, je crois que la durée moyenne du traitement d'un cas de migraine grave ou associée doit être de huit à douze mois environ. Les accès pourront disparaître presque immédiatement si la dose suffisante est rapidement atteinte, ou persister pendant deux ou trois mois, puis s'éteindre. La période étale devra durer six mois environ, et la période de diminution et de suppression définitive sera terminée au bout de deux à trois mois.

Ces recherches, à la vérité, ont besoin d'être encore poursuivies. Je voulais dire surtout ici que le traitement des migraines graves ou accompagnées est appelé désormais à tirer de grands bénéfices de la méthode de la dose suffisante de bromure, telle que je l'ai exposée dans la cure de l'épilepsie.

II

J'aborde maintenant l'étude du traitement du *vertige de Ménière* par la méthode de la dose

dite suffisante appliquée à l'administration du sulfate de quinine.

Me plaçant au point de vue de la pathologie générale du système nerveux, je dois dire, opinion déjà soutenue par Charcot, que les accès vertigineux de la maladie de Ménière dépendent d'un état d'hyperexcitabilité du labyrinthe équivalant à l'hyperexcitabilité cortico-motrice du cerveau, productrice des accès d'épilepsie. Or, mon regretté maître a démontré que, de même que le bromure de potassium influence et finit par annihiler l'hyperexcitabilité cortico motrice, le sulfate de quinine supprime lui aussi l'hyperexcitabilité labyrinthique. Il est donc légitime de penser que, dans ces conditions, on peut faire bénéficier la cure du vertige, dont la technique est encore mal précisée, des perfectionnements apportés par la méthode de la dose suffisante à la thérapeutique du mal comitial.

De ce fait, il devenait nécessaire de rechercher si le sulfate de quinine était susceptible de provoquer par son ingestion des phénomènes indiquant d'une façon indéniable qu'on pouvait s'en servir pour établir la dose suffisante du médicament. Ces signes devaient également fournir les moyens de se maintenir à cette dose, de la diminuer et enfin de la supprimer après la disparition des accès. L'expérience enseignerait alors combien de temps devrait durer la période dite de maintien qui annihile l'hyperexcitabilité labyrinthique, cause génératrice du vertige, pour en arriver ensuite à la diminution progressive et à la suppression définitive du médicament curatif.

En ce qui regarde le sulfate de quinine, je crois être parvenu dès maintenant à la connaissance précise de certains signes physiques, à la vérité déjà signalés mais insuffisamment précisés. Leur valeur me paraît assez grande pour établir et maintenir la dose suffisante du médicament, et ensuite la supprimer.

En procédant ici par doses progressivement croissantes, on détermine constamment, après quelques jours d'administration du sulfate, des phénomènes très particuliers dans l'espèce. Ils consistent dans l'apparition de bruits auriculaires qui exagèrent à un haut degré ceux qui pouvaient déjà exister chez ces malades. Ce sont des sensations variées, surtout marquées du côté de l'oreille qui est le siège du vertige : bourdonnements, sifflements, bruits aigus qui augmentent d'une façon parallèle à l'administration de la dose et à sa progression. Ils s'accompagnent très souvent, non pas d'ictus, mais de sensations vertigineuses exagérées qui forcent parfois le malade à garder la chambre.

C'est à cette dose, productrice des phénomènes que je viens d'indiquer, qu'il faut s'arrêter pour la période de temps qu'on suppose devoir suffire à annihiler l'hyperexcitabilité labyrinthique et à la remplacer par une excitation, un effet médicamenteux, favorables à la cure du vertige. On remarque alors que si cette dose suffisante, maintenue fixe, est bien en rapport avec la tolérance du sujet, les bruissements et l'état vertigineux provoqués par le médicament ne tardent pas à disparaître. Il devient ainsi possible, après un laps de temps que la pratique apprend à établir et à préciser et qui est un peu variable suivant les malades à traiter, de diminuer progressivement, puis de supprimer d'une façon définitive, le sulfate de quinine.

L'expérience à laquelle je viens de faire allusion m'a montré que, d'une façon générale, la dose de sulfate de quinine ordonnée le premier jour du traitement, répartie en cachets de 0 gr. 25 centigr. donnés à intervalles aussi espacés que possible, ne devait pas dépasser 1 gramme dans les vingt-quatre heures. Le lendemain et chaque jour suivant, on ordonne un nouveau cachet de même dose sans jamais excéder, suivant les sujets, la quantité totale de 1 gr. 25 à 2 gr. 25 centigr., soit de 5 à 9 cachets. On voit alors apparaître les phénomènes particuliers que j'ai déjà exposés, l'exagération des bruits auriculaires qui indiquent que la dose suffisante est atteinte. Il faut, à ce moment, en tenant compte de la tolérance individuelle des sujets, se maintenir à cette dose suffisante, quitte parfois à l'augmenter un peu au cours de la durée de son administration, s'il est nécessaire. Dans ces conditions, je l'ai dit, les vertiges et les bruits d'oreilles ne tardent pas à cesser. On conserve alors la même dose pendant dix à douze jours. Puis on la diminue progressivement d'un cachet tous les jours ou tous les deux jours, suivant le cas, ce qui conduit à la suppression définitive au bout de vingt-cinq jours en moyenne.

Quand on a, en procédant de cette façon, obtenu la disparition des accès de vertige, il ne faudra pas cependant toujours considérer le malade comme complètement guéri, à l'inverse de ce qui se passe à la suite d'une cure bromurée bien conduite et suivie avec succès dans le traitement de l'épilepsie, par exemple. Il est vrai que celle-ci est d'une durée singulièrement plus longue.

J'ajoute que le médicament ainsi administré fait surtout complètement disparaître les accès aigus, les ictus vertigineux. Il persiste assez souvent après leur guérison un léger état de vertige revenant par intermittences, qui n'incommode pas suffisamment le patient pour lui faire recommencer la cure. Cet état est l'équivalent des quelques phénomènes psychiques qui surviennent parfois après la fin de la cure bromurée. On se trouvera bien alors, pendant six à huit jours, d'administrer le sulfate de quinine à la dose moyenne de 0 gr. 75 centigrammes en 3 cachets, comme on donne, dans le même but, le bromure pendant dix à quinze jours à la dose de quelques grammes.

Il est certains cas, cependant, où, après une période de deux à trois mois — parfois aussi plus longue — de guérison complète ou avec léger vertige chronique, les ictus vertigineux reparaissent à nouveau, généralement moins forts que lors de la première cure. On recommence alors une période de vingt-cinq jours de traitement environ, de la façon indiquée. Il est bien rare qu'après deux ou trois cures espacées de cet ordre, suivant l'époque des récidives, le malade ne soit pas complètement guéri.

J'ai appliqué récemment la méthode de la dose suffisante de sulfate de quinine à deux cas de vertige de Ménière, relatifs à deux hommes, l'un de quarante-deux, l'autre de cinquante et un ans. Chez le premier, la dose suffisante fut atteinte en douze jours avec 2 grammes de sulfate de quinine qui furent maintenus pendant dix jours. La période de diminution dura huit jours, ce qui porta à trente jours la durée du traitement. Les vertiges avaient alors complètement disparu.

Le second fut plus tolérant encore; les bourdonnements d'oreilles, supplémentaires, pour ainsi dire, des troubles habituels, ne survinrent qu'à la dose de 2 gr. 25 centigrammes; la cure dura vingt-cinq jours et fit disparaître les vertiges. Je ferai remarquer que, chez tous les deux, la surdité chronique qui existait au début de la cure parut améliorée, contrairement à l'opinion qui veut qu'elle augmente toutes les fois qu'on emploie la quinine. J'avais déjà observé cette amélioration de l'ouïe dans des cas analogues.

III

Il est une troisième maladie du système nerveux, celle-ci extrêmement douloureuse, considérée encore aujourd'hui comme presque incurable, qui me paraît, elle aussi, susceptible de bénéficier dans une certaine mesure des avantages de la méthode de la dose suffisante. J'ai nommé le *tic douloureux de la face*. Presque tous les médicaments, sauf un seul, l'extrait thébaïque, ont échoué contre ses paroxysmes. Quant aux interventions chirurgicales, l'expérience a démontré qu'elles ne procuraient au malade qu'une accalmie passagère quand elles se limitaient aux expansions extracrâniennes des territoires nerveux affectés par le mal. Pour ce qui est de la résection du ganglion de Gasser, elle paraît encore trop dangereuse pour être conseillée.

En somme, dans l'état actuel de la science, il faut uniquement chercher, dans le traitement du tic douloureux de la face, à obtenir la cessation momentanée des accès, à réaliser des intervalles non douloureux aussi longtemps prolongés que possible. Le seul moyen d'en arriver à ce résultat est de s'adresser à l'extrait thébaïque en le rendant tolérable, et d'en renouveler l'usage, s'il y a lieu, en cas de réapparition des paroxysmes douloureux.

Ce médicament, préconisé par Trousseau et Charcot et que j'ai bien souvent employé, doit donc toujours être prescrit de préférence à tous les autres. Son administration est difficile, car il est assez rapidement toxique et les règles de son emploi ont été jusqu'ici insuffisamment précisées. Cliniquement, cependant, l'expérience a démontré qu'il fallait le donner à doses progressivement croissantes, se maintenir pendant un certain temps *à la dose qui fait disparaître les douleurs*, puis la diminuer progressivement aussi pour en arriver à la suppression définitive. C'est ainsi que procédait Charcot. On se basera pour ce faire sur quelques signes physiques et généraux que je vais indiquer.

En dehors de ce que la pratique m'avait déjà appris autrefois, j'ai donc essayé d'appliquer les règles générales de la méthode de la dose suffisante au traitement de quelques cas de tic douloureux de la face. Dans tous, j'ai commencé par donner 0 gr. 06 centigr. par jour d'extrait thébaïque en pilules de 0 gr. 02 centigr. rigoureusement dosées et espacées le plus possible les unes des autres. J'augmentais tous les jours, ou tous les deux jours, d'une pilule de 0 gr. 02 centigr. dans les mêmes conditions. J'ai recherché alors s'il existait des phénomènes généraux et des signes locaux susceptibles de m'indiquer que la dose suffisante était atteinte.

J'ai pu me rendre compte, ce que je savais déjà, qu'il est beaucoup plus difficile de l'obtenir qu'au cours de l'administration du bromure ou du sulfate de quinine par exemple, par ce fait que l'action de l'extrait thébaïque est très rapide et qu'il provoque facilement de l'intoxication. A la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 centigr., c'est-à-dire de 8 à 10 pilules par vingt-quatre heures, il est des sujets qui présentent déjà des phénomènes généraux assez gênants pour les forcer à garder la chambre et à interrompre leurs occupations. Ils consistent en un affaissement physique et moral; le sommeil, une torpeur constante, des vertiges envahissent le malade. Apparaissent conjointement presque toujours des troubles gastro-intestinaux très marqués. L'appétit fait défaut : il existe des nausées, des régurgitations, voire des vomissements, qui, joints à une constipation opiniâtre, mettent un obstacle très sérieux à l'alimentation.

On peut constater alors un signe physique qui ne fait jamais défaut. Il consiste en une contraction permanente des pupilles avec perte des réactions lumineuse et accommodative, un *myosis* qui est l'analogue, dans un sens opposé, de la mydriase observée dans la cure bromurée.

A l'inverse de cette dernière, par sa précocité même, cette contracture, qui arrive très rapidement à son summum, n'est que d'un faible secours dans l'appréciation exacte de la dose qui suffira à supprimer les paroxysmes douloureux, car elle devance presque toujours leur disparition. Constamment ignorée du malade dont elle n'altère en aucune façon les fonctions visuelles, elle indique cependant l'apparition prochaine d'accidents généraux pouvant, à eux seuls, entraver la cure, et invite à les prévenir. C'est contre ceux-ci qu'il faut s'armer dès le début du traitement en prescrivant un régime à la

fois tolérable et substantiel, évitant les vomissements et la constipation. Le lait, le consommé, la marmite américaine, joints aux fruits cuits en purée passée, en feront les plus grands frais. On y ajoutera des stimulants diffusibles : le thé, le café, les grogs chauds, et l'on prescrira des purgatifs huileux, en particulier l'huile de ricin en capsules, de façon à éviter, si possible, la constipation.

Il s'agit d'en arriver à faire tolérer une dose suffisante pour atténuer d'abord, pour supprimer ensuite complètement, les paroxysmes. Ce n'est donc pas dans les espaces intercalaires des douleurs qu'il faudra traiter le sujet atteint d'un tic douloureux de la face, mais bien en pleine période paroxystique. Le seul véritable signe, en réalité, que nous possédions alors pour établir que la dose d'extrait thébaïque atteinte est suffisante, c'est l'atténuation, puis la disparition, des douleurs sous l'influence du médicament, ceux que j'ai déjà décrits ne donnant que quelques indications partielles, bonnes toutefois à suivre.

Quelle est la quantité d'opium en général nécessaire pour obtenir ces résultats ? elle est très difficile à préciser. Il est des sujets chez lesquels l'intolérance, se jugeant par l'apparition de sérieux phénomènes généraux, se montre vers 0 gr. 10 à 0 gr. 15 centigr. d'extrait thébaïque, dose généralement insuffisante pour faire disparaître les douleurs. Par contre, il en est d'autres qui ne sont véritablement incommodés que lorsqu'ils prennent 0 gr. 30 à 0 gr. 40 centigr. de ce médicament. Il est rare toutefois qu'on ait à dépasser 0 gr. 50 ou 0 gr. 60 centigrammes dans les vingt-quatre heures, ce qui est loin, comme on le voit, de la dose de *15 grammes* que préconisait Trousseau, probablement à titre plus qu'exceptionnel. Je n'ai, pour ma part, jamais prescrit plus de 0 gr. 60 centigr. d'extrait thébaïque.

Dans les cas heureux où il n'existe pas trop de phénomènes généraux, cette dose moyenne de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 centigr., sinon plus, est généralement atteinte entre quinze et vingt jours. Il peut y avoir des hésitations, dans certains cas, qui allongeront encore cette période de recherche de la dose suffisante. Si elle est obtenue, les paroxysmes diminuent de fréquence et d'intensité et finissent par disparaître.

C'est alors qu'il faut redoubler de précautions hygiéniques pour pouvoir s'y maintenir. Presque toujours, le malade devra garder la chambre à la température de 16 à 18°, l'opium occasionnant souvent un certain degré de réfrigération générale. Il va sans dire que le patient sera rigoureusement surveillé à domicile ou dans une maison de santé, et jamais dans un hôtel de passage.

D'une façon générale, la deuxième période de la cure, dite de maintien, où le médicament est donné quotidiennement à dose à peu près égale, en augmentant ou en diminuant de quelques centigrammes suivant les cas ou en s'y maintenant rigoureusement, devra durer de dix à quinze jours. Il est rare qu'elle puisse aller au delà de quinze jours, à cause des phénomènes généraux qui souvent alors ont de la tendance à devenir intolérables.

Ces quinze jours franchis sans que les accès soient revenus, on sera autorisé à commencer la période de diminution en supprimant par jour une pilule de 0 gr. 02 centigr. Si le sujet prend, par exemple, 0 gr. 40 centigr. d'extrait thébaïque, ce qui est à mon avis la moyenne, il faudra de quinze à vingt jours pour arriver à la suppression définitive. Il va sans dire qu'après les premiers jours de diminution les accidents généraux commencent à disparaître, s'il en existait auparavant; la cure devient alors de plus en plus tolérable.

En résumé, dans le traitement d'un cas moyen de tic douloureux de la face à tolérance satisfaisante, il faudra de quinze à vingt jours pour en arriver à la dose suffisante, de douze à quinze jours pour s'y maintenir et de quinze à vingt jours pour en arriver à la suppression définitive. La cure, dans les cas heureux rigoureusement surveillés, sera donc de quarante à cinquante jours. Il faut cependant parfois compter sur des à-coups et de légères reprises du mal qui influenceront encore, dans une certaine mesure, la durée du traitement. Il est assurément des cures plus courtes, il en est aussi de plus longues. Tout dépend de l'intensité de la maladie et surtout de la tolérance du sujet pour le médicament.

On ne doit pas oublier non plus qu'il est extrêmement rare d'arriver dès la première cure à une guérison définitive. Elle ne produit, le plus souvent, qu'une accalmie de plus ou moins longue durée. Mais on réfléchira qu'à part l'intervention chirurgicale, qui ne détermine elle aussi, d'ordinaire, qu'une suspension passagère des paroxysmes, aucun autre médicament que l'extrait thébaïque n'est susceptible de la produire. Il ne faudra donc pas hésiter, en cas de récidive, à reprendre l'usage de l'opium et à faire une deuxième ou même une troisième cure si on le juge nécessaire.

J'ai soigné une dame de soixante-neuf ans qui se traita dans ces conditions d'un tic douloureux de la face et guérit momentanément de ses accès sans avoir dépassé 0 gr. 20 centigr. d'extrait thébaïque. La cure avait duré six semaines. Cela se passait au mois d'avril 1899. Elle eut en septembre de la même année une légère rechute qui céda à 0 gr. 10 centigr. du médicament; le traitement ne dura que trois semaines. Depuis cette époque, elle n'a plus souffert de son tic douloureux. Malheureusement, la seconde cure est souvent aussi dure et aussi prolongée que la première.

IV

En terminant je voudrais encore dire que le tic douloureux, s'il occupe une place très prépondérante dans le domaine de la névralgie de la face, ne la constitue pas tout entière. J'ai montré (1) qu'il existe des *paroxysmes hystériques à forme de névralgie faciale* qui simulent à s'y méprendre le tic douloureux. Je crois inutile d'y insister ici; je n'en parle qu'au point de vue du diagnostic à établir entre les deux.

Mais il est une autre variété de *névralgie* qui me semble avoir été jusqu'ici insuffisamment décrite et dont j'ai observé plusieurs faits, à mon avis tous caractéristiques, qui en font une manifestation très spéciale et parfaitement définie. Elle se montre surtout chez les adultes hommes ou femmes et m'a paru, dans la très grande majorité des cas, être la conséquence d'une affection générale fébrile, la grippe en particulier. Elle survient après plusieurs jours de fièvre et d'embarras gastrique avec quelques symptômes du côté des muqueuses du nez, du pharynx, de la trachée et des bronches supérieures. Ces phénomènes généraux peuvent être très atténués dans l'espèce, au point de passer parfois presque inaperçus.

Son caractère particulier par rapport au tic douloureux, outre les phénomènes fébriles prémonitoires, est qu'elle peut ne pas se limiter, au moins au début de son apparition, strictement toujours au même territoire nerveux, ainsi que le fait le tic douloureux qui ne prend jamais qu'un côté de la face, par exemple. Elle est un peu erratique, passe de droite à gauche ou de gauche à droite et finit par se localiser sur un rameau déterminé du trijumeau, le plus souvent sur le sus ou sous-orbitaire ou sur le mentonnier, bien qu'elle puisse parfois aussi se cantonner dès le début et se maintenir en permanence dans une région déterminée.

Ses accès, souvent très douloureux, empêchant tout travail, ont un caractère paroxystique indéniable dans la majorité des cas, mais bien plus souvent que pour le tic il existe dans les intervalles des crises une douleur sourde profonde, à peu près continue, qui s'exagère assez fréquemment vers le soir.

L'expérience m'a démontré que cette forme de névralgie faciale, que je n'hésite pas à qualifier de grippale étant donné les rapports si fréquents et si intimes qu'elle affecte avec cette maladie générale, était entièrement justiciable d'un médicament particulier, le bromhydrate de quinine. J'en ai guéri plusieurs cas à l'aide de ce remède qui me paraît dans la circonstance constituer un véritable spécifique. Ma connaissance de la méthode de la dose suffisante m'a permis dans ces deux dernières années d'en régler définitivement l'emploi, de faire donner au bromhydrate de quinine tout ce qu'on en peut attendre et d'éviter l'intolérance qui est beaucoup moins rapide et accentuée que dans l'emploi du sulfate pour la cure du vertige de Ménière, bien qu'en réalité, cependant, ce dernier médicament soit toujours toléré.

Cette névralgie faciale doit donc être traitée de la même façon que l'ictus vertigineux labyrinthique. Le bromhydrate de quinine remplaçant le sulfate, on donnera le premier jour de la crise trois cachets, le plus espacés possible, de 0 gr. 25 centigr. chacun; on augmentera d'un cachet par jour à même dose pour en arriver en général à 6 ou 8 cachets qui représenteront 1 gr. 50 centigr. à 2 grammes du médicament. A ce moment-là, il existe généralement quelques bourdonnements d'oreilles indiquant que la dose suffisante est atteinte, mais ils sont toujours moins marqués qu'à dose égale de sulfate. La première période d'établissement de la dose durera ainsi huit à dix jours au maximum. On s'y maintiendra pendant le même laps de temps en diminuant ou en augmentant d'un ou deux cachets la dose suffisante, suivant que les bourdonnements tendront à s'exagérer ou à disparaître. On commencera ensuite la période de diminution et de suppression définitive à raison d'un cachet par jour, ce qui fera huit à dix jours. L'ensemble du traitement sera donc de trente jours environ dans les cas habituels.

Après la cure, la guérison m'a toujours semblé définitive, ce qui n'est pas le cas pour le tic douloureux de la face avec lequel cette névralgie n'a, d'ailleurs, aucun rapport et qui récidive si souvent. Une première atteinte semble accorder au sujet une immunité définitive, au moins dans les faits que j'ai eu l'occasion d'observer.

Je ne puis résister au désir de rapporter, en abrégé, l'histoire d'un malade que j'ai soigné récemment. Agé de quarante sept ans, exerçant la profession de vernisseur, il bénéficia rapidement du bromhydrate de quinine administré suivant les règles de la méthode de la dose suffisante.

Il entra le 8 décembre 1900 dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine pour des accès douloureux paroxystiques nettement localisés dans le domaine du sus-orbitaire gauche. Leur début avait été assez brusque, bien que précédé par quelques légers phénomènes fébriles accompagnés d'enchifrènement et de rougeur des conjonctives. Dans l'intervalle des paroxysmes, il persistait localement une douleur pongitive s'exagérant surtout le soir. La région innervée par le sus-orbitaire était douloureuse, non seulement d'une façon spontanée, mais encore à la pression. Elle semblait nettement gonflée, débordant sur les régions environnantes dans les limites d'une pièce de 5 francs environ, sans pourtant que le doigt laissât une impression locale.

J'ordonnai à ce malade, le jour même de son entrée, à savoir le 8 décembre 1900, 3 cachets de bromhydrate de quinine à la dose de 0 gr. 25 centigr. chacun. Les accès paroxystiques revenant, à ce moment, tout particulièrement entre midi et deux heures, il fut prescrit 2 cachets dans la matinée afin d'influencer les crises plus directement, si possible. Le 9 décembre, le

(1) Gilles de la Tourette. Notes sur quelques paroxysmes hystériques peu connus : attaques à forme de névralgie faciale, de vertige de Ménière. (*Progrès Médical*, 1er août 1891, p 73.)

malade prit 4 cachets, le 10 il en prit 5. Il se sentait alors déjà beaucoup mieux. Son facies, jusque-là triste et pleurard, les sourcils contractés, revêtit désormais une expression de bien-être; il semblait transfiguré. Il existait encore cependant un peu d'exagération locale de la sensibilité spontanée et provoquée, beaucoup moindre toutefois qu'auparavant. Le 14 décembre, il absorba 8 cachets, soit 2 grammes de bromhydrate de quinine, qui déterminèrent de légers bourdonnements d'oreilles indiquant que la dose suffisante était atteinte. Il se maintint huit jours à cette dose, puis, comme il allait tout à fait bien, on supprima la médication en trois jours. Il sortit complètement guéri le 24 décembre, ne présentant plus ni douleurs, ni gonflement local. La cure avait duré dix-sept jours.

On voit donc, de par les faits que je viens d'exposer, dont l'étude fut longtemps poursuivie, à quels bons résultats la méthode de la dose suffisante peut conduire lorsqu'elle est régulièrement administrée dans le traitement de l'épilepsie, du vertige de Ménière, du tic douloureux de la face, des formes graves ou associées de la migraine, de la névralgie grippale du trijumeau. Je ne doute pas pour ma part qu'elle doive être substituée aux notions empiriques ou insuffisantes que l'on mettait autrefois en œuvre, quelque peu au hasard, dans l'emploi des médicaments appropriés au traitement de ces diverses affections. Je crois que son domaine est appelé désormais à s'élargir encore. Je signale à ce sujet les maladies dans la cure desquelles on emploie le salicylate de soude, qui lui aussi détermine des phénomènes particuliers, des troubles auriculaires susceptibles d'être considérés comme des signes permettant d'assurer l'établissement de la dose suffisante, celle qui guérit. Il y a, à ce sujet, de nouvelles recherches à faire. Je continuerai, pour ma part, à expérimenter, et j'espère, en me basant sur ce que j'ai déjà acquis, obtenir de nouveaux et très bons résultats pour le plus grand bien du malade et la considération du médecin.

GILLES DE LA TOURETTE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 janvier 1901.

Sur l'analgésie obstétricale au moyen des injections intrarachidiennes de cocaïne.

M. Porak, à propos du rapport lu à la dernière séance par M. Guéniot, déclare avoir eu recours dans 10 cas aux injections intrarachidiennes de cocaïne pour obtenir l'analgésie obstétricale.

D'une façon générale, ces injections lui ont paru assez difficiles à pratiquer chez les parturientes; 4 fois il a complètement échoué. Dans les 6 autres cas, les résultats ont été remarquables: au bout de cinq ou six minutes, il a constaté une analgésie complète des membres inférieurs et de toute la partie sous-diaphragmatique du tronc, analgésie qui a toujours eu une durée assez longue pour permettre les opérations nécessitées par l'état de ces parturientes (3 symphyséotomies et 1 périnéorraphie). Une seule fois l'orateur a eu recours à l'analgésie cocaïnique pour un accouchement normal donnant lieu à des douleurs extrêmement violentes; celles-ci ont été supprimées pendant quelque temps sans que les contractions aient paru augmenter d'intensité; le travail n'a pas été accéléré et l'accouchement ne s'est terminé que cinq heures après l'injection.

C'est donc seulement dans les cas de manœuvres ou d'opérations obstétricales que les injections intrarachidiennes de cocaïne sont indiquées, l'action de ces injections étant trop temporaire pour qu'on puisse les employer dans les accouchements normaux.

La solution de cocaïne dont s'est servi M. Porak est au centième et la quantité de substance active qu'il a injectée n'a jamais dépassé 0 gr. 01 centigr. à 0 gr. 015 milligr.

M. Tuffier donne lecture d'un travail sur l'*analgésie cocaïnique par voie rachidienne*. (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 423).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 14 et 21 janvier 1901.

Alcool et travail musculaire.

M. A. Chauveau. — Je me suis attaché à déterminer si un sujet qui travaille, et dont le sang est saturé d'alcool, tire de la combustion de cet alcool l'énergie nécessaire au fonctionnement de ses muscles.

Pour cela, j'ai mesuré le quotient respiratoire — c'est-à dire le rapport existant entre le volume d'acide carbonique excrété et celui d'oxygène fixé — chez un chien soumis à un travail déterminé et absorbant alternativement une nourriture normale (viande et sucre) et le même régime après substitution à 84 grammes de sucre de 48 grammes d'alcool à 96° (quantité isodyname). Or, avec une alimentation normale, le quotient respiratoire a été en moyenne de 0.963; pendant la période d'alcoolisation, au contraire, il n'a été que de 0.922. J'en conclus que l'alcool ingéré ne participe que très faiblement, s'il y participe, aux combustions où le système musculaire puise l'énergie nécessaire à son fonctionnement.

A l'état de repos, on arrive à des résultats analogues, ce qui prouve que l'organisme n'utilise pas plus l'alcool pour les dépenses physiologiques ordinaires que pour celles qui résultent du travail musculaire.

Enfin, je dois ajouter que, pendant la période d'alimentation normale, le chien en expérience a fourni, comme travail journalier, une moyenne de 23 kilom. 924 de marche en deux heures, et son poids a augmenté de 1 kilogr. 245, soit presque le cinquième du poids primitif. Au contraire, durant le laps de temps où cet animal a pris une certaine dose d'alcool à la place d'une quantité équivalente de sucre, il n'a fait en moyenne, chaque jour, que 18 kilom. 666 et son poids a légèrement baissé (de 115 grammes).

J'en déduis que la substitution d'alcool au sucre, dans l'alimentation, est une opération désavantageuse à tous les points de vue, car elle a pour conséquence une diminution de la valeur du travail fourni par le sujet, lequel, d'autre part, s'entretient moins bien.

Radiopelvigraphie et radiopelvimétrie à longue portée.

M. H. Varnier. — En radiographiant une femme couchée sur le ventre à l'aide d'une ampoule placée à 2 m. 50 de la plaque sensible et dont la cathode est perpendiculaire à l'axe prolongé du détroit supérieur d'un bassin normal pris comme point de mire, on obtient une image sur laquelle on peut mesurer les diamètres utiles à l'accoucheur avec une erreur qui n'excède jamais 5 millimètres, ainsi que j'ai pu m'en assurer par des expériences de contrôle sur le cadavre et sur des bassins secs.

Je pense même qu'on pourra reculer l'ampoule jusqu'à 5 mètres, ce qui atténuera encore la légère déformation que permet le dispositif que je viens de décrire.

Transformation de la créatine en créatinine par un ferment soluble déshydratant de l'organisme.

M. E. Gérard. — Dans le but de rechercher si, comme Voit l'a prétendu, c'est bien dans le rein que la créatine se transforme, par déshydratation, en créatinine, j'ai soumis *in vitro* de la créatine à l'action d'extrait aqueux de rein de cheval. Dans tous les cas, j'ai obtenu par ce moyen la production de petites quantités de créatinine. C'est donc réellement dans le rein que se produit la transformation en question, vraisemblablement sous l'influence d'un ferment soluble déshydratant sécrété par cet organe.

M. Lannelongue communique, en son nom et en celui de MM. Achard et Gaillard, le résultat de recherches concernant l'*influence du climat sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire expérimentale* (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 155).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 janvier 1901.

Traitement de l'appendicite.

M. Poirier. — Dans ces deux dernières années, j'ai opéré ou fait opérer par mes internes 64 cas d'appendicite, auxquels j'ai toujours appliqué le principe que j'ai déjà défendu devant vous, à savoir qu'il faut intervenir dès que le diagnostic d'appendicite aiguë est posé. En 1899, le nombre de ces opérations s'est élevé à 26 dans mon service; 7 cas traités à froid ont donné 7 succès; 19 fois il s'agissait d'appendicites aiguës (dont 8 avaient déterminé une péritonite généralisée) et il y a eu 17 guérisons et 2 morts. En 1900, nous avons pratiqué à l'hôpital 1 intervention à froid, suivie de guérison, et 19 opérations à chaud, avec 19 succès. Dans ma clientèle privée, sur 18 interventions, dont 14 pour des cas aigus, j'ai eu 4 morts et 14 guérisons. Cette dernière série est moins satisfaisante que les deux précédentes, mais cela tient aux conditions différentes dans lesquelles on se trouve, en ville et à l'hôpital, au point de vue de la précocité de l'opération. Malgré cela, j'estime que les résultats que m'a donnés le traitement chirurgical de l'appendicite aiguë ne peuvent que m'engager à persister dans ma manière de faire.

Contusion de la rate.

M. Loison. — J'ai eu l'occasion d'opérer un homme qui, le 3 août 1898, avait reçu un coup de pied de cheval dans le côté gauche; je le vis le lendemain de l'accident, et constatai l'existence d'une double fracture de côte, avec une sensibilité assez grande de l'abdomen dans la région de l'hypocondre gauche. Dans l'après-midi, les modifications du pouls et de la température me firent craindre l'existence d'une contusion de l'estomac ou du côlon; la laparotomie donna issue à un flot de sang et je pus constater qu'il s'agissait d'une rupture de la rate. Les lésions ne me parurent pas assez graves pour justifier une splénectomie, et je me bornai à faire un tamponnement, qui a été suivi de guérison. J'ai revu ce malade en juillet 1900, c'est-à-dire deux ans après son accident; son état local et général était tout à fait satisfaisant.

Recherche des projectiles par la radiographie, dans les plaies du crâne.

M. Mignon. — A l'appui de ce qui a été dit dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 27), je puis vous citer un fait qui montre bien l'utilité de la radiographie pour la recherche des projectiles logés dans le crâne. Il concerne un homme qui, trois ans auparavant, avait reçu dans la région temporale droite un coup de revolver, et qui accusait des troubles cérébraux diffus. La radiographie a permis de localiser très exactement le siège du projectile; l'opération que j'ai faite ensuite a confirmé entièrement le diagnostic radiographique, et j'ai pu sans difficulté trouver la balle et l'extraire.

M. Morestin communique deux observations d'intervention pour *atrésie syphilitique du pharynx*.

M. Delbet présente des pièces relatives à un procédé d'*hémostase du foie* qu'il a expérimenté chez le chien.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 janvier 1901.

De la cirrhose hypertrophique diffuse.

M. Castaigne. — Nous avons eu l'occasion d'observer, M. Gilbert et moi, cinq cas de cirrhose hypertrophique diffuse. D'après nos observations, cette affection est toujours le résultat de l'alcoolisme ou de la tuberculose. Cliniquement, elle est caractérisée par une hypertrophie considérable du foie qui est uniformément dur, par une augmentation de volume ordinairement assez peu marquée de la rate, par un ictère léger de la peau et par un épanchement ascitique en général peu abondant.

L'évolution de la cirrhose hypertrophique diffuse s'effectue en deux stades: il existe d'abord une période de précirrhose dont la durée est variable et pendant laquelle on constate

seulement les différents petits signes décrits par Hanot; l'ascite est le phénomène capital de la seconde période, et son apparition ne précède jamais la mort que de quelques mois.

A l'autopsie, on pourrait croire au premier abord, comme du reste pendant la vie, à l'existence d'une cirrhose graisseuse; mais dans la cirrhose hypertrophique diffuse le foie est plus dur au toucher et à la coupe, il est moins onctueux et sa densité est plus considérable.

L'examen histologique révèle des formations scléreuses qui pénètrent dans l'intérieur des lobules hépatiques en suivant le trajet des capillaires et s'engagent même entre les cellules qui sont dissociées une à une, mais non altérées. Le maximum des lésions existant autour des veinules portes et sus-hépatiques ainsi qu'au voisinage des capillaires, il s'agit donc d'une cirrhose à la fois bi-veineuse et péri-capillaire.

Sur un cas de fièvre typhoïde à forme méningée.

M. Bernard communique, au nom de M. Sergent et au sien, l'observation d'un homme qui, six semaines après s'être tiré un coup de revolver dans la tête, fut atteint brusquement d'accidents cérébro-spinaux (céphalée, contractures des membres, etc.), que l'on rattacha tout d'abord au développement d'un foyer infectieux entretenu par la balle incluse dans la cavité crânienne.

La disparition progressive des accidents, les caractères de la courbe thermique firent songer rétrospectivement à la possibilité d'une dothiénentérie anormale à forme méningée. Le sérodiagnostic confirma cette hypothèse. Bien que la ponction lombaire n'ait pas été pratiquée, l'orateur croit avoir eu affaire dans ce cas à une méningite éberthienne vraie, et non à du méningisme.

A propos de la lymphocytose des paralytiques généraux et des tabétiques.

M. Nageotte fait remarquer, à propos de l'existence, signalée à la dernière séance par MM. Monod, Widal et Sicard, de nombreux lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien des tabétiques et des paralytiques généraux, qu'il a observé très souvent, au niveau des méninges de plusieurs de ces malades et de quelques sujets atteints de myélite syphilitique, des infiltrations cellulaires dont les éléments offrent une grande ressemblance avec des lymphocytes.

M. Widal. — Il est intéressant, en effet, de rapprocher les constatations faites dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des tabétiques pendant la vie, des lésions histologiques que M. Nageotte a relevées chez les mêmes malades. Je profite de cette occasion pour rappeler encore une fois que la présence d'éléments mononucléés épars dans le liquide céphalo-rachidien n'a rien de spécifique : c'est là un fait commun aux divers processus méningés dont la réaction ne provoque pas l'intervention d'agents de défense puissants, tels que les polynucléaires.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 janvier 1901.

De l'influence des lésions de l'appareil auditif sur le vertige voltaïque.

M. J. Babinski. — Lorsqu'on applique les électrodes d'un appareil voltaïque de chaque côté de la tête, soit au niveau des apophyses mastoïdes, soit sur les tempes, le sujet en expérience éprouve entre autres phénomènes, à la fermeture du courant, une sensation de vertige, en même temps que se produit une inclinaison latérale de la tête et de la partie supérieure du corps du côté où se trouve le pôle positif. C'est là le vertige voltaïque.

Des recherches que j'ai poursuivies depuis quelque temps à ce propos m'ont conduit à constater que l'inclinaison de la tête dans le vertige voltaïque était particulièrement nette chez les individus jeunes, et qu'elle apparaissait chez beaucoup d'entre eux sous l'action de courants de très faible intensité (de 1 à 2 milliampères).

Ces recherches m'ont ensuite amené à déceler l'influence modificatrice remarquable qu'exercent les lésions de l'appareil auditif sur le vertige voltaïque.

Je n'ai eu jusqu'à présent que deux fois l'occasion d'expérimenter sur des malades atteints de surdité bilatérale complète. Chez l'un, un tabétique, la surdité semble liée à des altérations des nerfs acoustiques; chez l'autre, elle paraît due à une double sclérose labyrinthique. Dans le premier cas, il faut employer un courant assez intense, de 10 à 12 milliampères, pour provoquer un mouvement; de plus, l'inclinaison n'est pas latérale, mais se fait en arrière. Dans le deuxième cas, l'inclinaison ne se produit pas.

Ce sont surtout des observations de lésion unilatérale ou de lésions bilatérales avec prédominance d'un côté qu'il m'a été donné de recueillir. Dans la plupart des faits d'altération unilatérale de l'appareil auditif, que la lésion occupe le tympan, la caisse, le labyrinthe, ou le nerf acoustique à son origine, le vertige voltaïque n'a plus la forme normale : l'inclinaison, au lieu de s'effectuer du côté où se trouve le pôle positif, ou bien a lieu exclusivement du côté de la lésion, ou bien prédomine de ce côté. Cette inclinaison unilatérale peut être plus ou moins prononcée, mais son intensité ne donne aucunement la mesure du degré de la lésion. Elle peut être très marquée dans des cas où celle-ci est superficielle ; par contre, elle peut être très légère quoique l'altération soit profonde. De plus, lorsqu'il s'agit de lésions bilatérales avec prédominance d'un côté, l'inclinaison n'est pas plus marquée du côté où la lésion est le plus accentuée.

Ces faits me semblent intéressants au point de vue de l'étude du mécanisme du vertige voltaïque. On sait, en effet, que, tandis que certains physiologistes supposent que ce vertige est lié à une excitation électrique du labyrinthe, d'autres pensent qu'il dépend d'une excitation directe des centres nerveux par le courant électrique. Mes observations viennent à l'appui de la première de ces deux opinions. Elles établissent, en outre, que l'exploration voltaïque de la tête est un réactif propre à déceler des altérations auriculaires qui, sans elle, pourraient passer inaperçues. J'ai observé des sujets, en apparence simplement hystériques, atteints d'hémianesthésie hystérique occupant le côté où la lésion auriculaire a été décelée, et qui ne s'étaient nullement plaints de troubles auriculaires. L'une de mes malades affirmait même qu'elle entendait aussi bien d'un côté que de l'autre; or, l'examen local a décelé chez elle l'existence d'une otite suppurée.

Le lepidophyton, champignon parasite du tokelau.

M. Tribondeau. — Le tokelau est une affection caractérisée par une desquamation épidermique en écailles disposées suivant des cercles concentriques, qui, dans certaines îles de l'Océanie, vaut aux individus qui en sont atteints le nom d'hommes-poissons.

Cette dermatose est causée par un champignon microscopique qu'on trouve constamment dans les écailles de l'épiderme et que nous avons proposé pour cette raison d'appeler *lepidophyton*. Jusqu'à ce jour, ce champignon avait été considéré comme une variété particulière de trichophyton; de nombreuses recherches que nous avons faites, il résulte que c'est, en réalité, un aspergillus. Il est constitué par un feutrage mycélien d'où s'échappent des filaments aériens terminés en massues sporifères. Si sa nature a été jusqu'ici méconnue, c'est parce qu'il n'arrive que rarement à fructifier dans la peau où il se multiplie ordinairement par boutures, réduit qu'il est à son feutrage mycélien.

Sur l'agglutination du staphylocoque doré par le sérum d'animaux vaccinés et infectés.

MM. J. Nicolas et **Ch. Lesieur** (de Lyon). — Le sérum d'une chèvre vaccinée par plusieurs injections sous-cutanées de cultures de staphylocoque agglutine nettement, de $^1/_{30}$ à $^1/_{50}$, des cultures en bouillon âgées de vingt-quatre heures de ce staphylocoque.

L'agglutination est visible directement et au microscope. Le sérum de chèvre normale est sans action. Tentée avec le même sérum sur 3 autres échantillons de staphylocoque, la réaction a été 1 fois positive et 2 fois négative, fait à rapprocher de celui qui a été signalé par l'un de nous pour le bacille de Löffler.

Le sérum de lapins et de cobayes infectés mortellement avec une culture du staphylocoque en question n'a jamais provoqué d'agglutination.

Nous avons constaté, d'autre part, que le sérum d'une chèvre vaccinée par des injections sous-cutanées de cultures de staphylocoque pyogène est doué, à l'égard de ce microorganisme, de propriétés bactéricides évidentes, mais peu accusées. Son action atténuante nous a semblé plus nette.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 21 janvier 1901.

Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

M. A. Fränkel. — Les indications, en chirurgie gastrique, sont de trois ordres : ou bien il s'agit d'une insuffisance motrice si prononcée que la nutrition devient impossible, ou bien il y a des douleurs très vives contre lesquelles les ressources de la thérapeutique médicale sont impuissantes, ou bien enfin on a affaire à des hémorrhagies.

C'est contre l'insuffisance motrice que les résultats, d'après M. Körte, seraient le plus favorables ; malheureusement, il y a toujours à craindre l'apparition ultérieure d'un ulcère peptique du duodénum ou du jéjunum, sous l'influence de l'action corrosive du suc gastrique; aussi faut-il plutôt chercher le soulagement du malade dans un régime alimentaire strictement établi que dans une intervention chirurgicale.

En ce qui concerne les hémorrhagies, le chirurgien se trouve souvent désarmé, parce qu'il ne peut trouver la source de la perte sanguine, notamment quand l'estomac adhère à la rate ou au pancréas.

Enfin, à l'égard des phénomènes douloureux, c'est surtout lorsqu'il s'agit d'adhérences périgastriques que l'opération donne de bons résultats. J'en ai eu récemment un exemple chez un homme de vingt ans, ayant depuis trois semaines une insuffisance motrice et sécrétoire absolue; le diagnostic penchait vers l'hypothèse de sténose hypertrophique du pylore; mais la laparotomie permit de constater qu'il s'agissait d'adhérences périgastriques, avec dégénérescence maligne, par places, de la paroi gastrique.

M. Boas. — L'ulcère gastrique est une affection qui doit guérir par des moyens purement médicaux; quand la guérison ne survient pas, ou bien il s'agit d'une erreur de diagnostic, ou bien il est survenu quelques complications, et c'est alors que le chirurgien peut utilement intervenir.

La sténose pylorique — une des plus importantes de ces complications — peut être organique ou spasmodique; contre la première variété, le rôle du médecin se borne à mettre le patient en état de supporter l'opération; la seconde est beaucoup plus fréquente et cède en une ou deux semaines aux lavages de l'estomac et à un régime approprié; il ne subsiste généralement, à la suite, qu'un peu d'atonie gastrique.

Les sténoses vraies sont souvent simulées par la *sténose relative*, qui fournit parfois aussi une indication opératoire à cause des hémorrhagies qu'elle peut entraîner. Le diagnostic en est possible, dans un assez grand nombre de cas, grâce à un symptôme jadis signalé par Cruveilhier, la contraction intermittente de l'estomac.

M. Albu. — J'estime que la ptose gastrique, pas plus que les névroses de l'estomac, ne doit être considérée comme une indication opératoire, quelle que soit l'insistance des patients.

Après la cure chirurgicale de l'ulcère, il peut survenir toute sorte de complications, comme ulcère peptique, *circulus vitiosus*, etc.; même pour les hémorrhagies on a quelquefois des mécomptes : un de mes malades a été enlevé par une perte sanguine après une gastro entérostomie. Pour ma part, je ne reconnais qu'une

seule et unique indication à l'intervention, c'est un rétrécissement très prononcé du pylore, et alors seulement qu'un régime soigneusement établi ne suffit plus à assurer la nutrition.

Contre l'ulcère récidivant, j'ai recours à l'alimentation, pendant dix à quatorze jours, au moyen de lavements nutritifs, ce qui permet à l'ulcère de commencer à se cicatriser.

M. Rosenheim, malgré l'opinion de M. Fränkel, ne croit pas que l'opération soit utile lorsqu'il existe des adhérences périgastriques; elle ne donne jamais la certitude que les douleurs ne reviendront pas. Pour lui, l'intervention n'est justifiée qu'en cas de perforation de l'ulcus, mais il n'a pas vu d'exemple de guérison en pareille occurrence.

M. F. Krause relate l'observation d'un sujet qui, quatre semaines après la section d'une adhérence en forme de bride, vit, à la suite d'un écart de régime, ses troubles reparaître. L'opération, pratiquée deux mois plus tard, montra un estomac en sablier; la résection de la partie étranglée et la suture des deux moitiés de l'estomac ont parfaitement réussi.

M. Litten attire l'attention sur les cas où l'on hésite entre un ulcère et un cancer. Dans un fait semblable, il avait porté, contrairement à l'avis du médecin traitant, le diagnostic d'ulcère, la palpation de l'estomac ne faisant pas percevoir d'induration et les ganglions du cou, à gauche, n'étant pas engorgés. L'intervention ne fut pas acceptée; or, l'autopsie montra un ulcère duodénal avec adhérences, pour lequel l'opération, quoique difficile, eût cependant été possible.

Dans les cas d'ulcère tuberculeux de l'estomac, autant qu'il peut en juger par le résultat de ses autopsies, l'orateur estime que l'intervention serait généralement praticable.

M. Heubner ne croit pas le spasme du pylore fréquent chez l'adulte; par contre, on l'observe souvent chez les nourrissons. Ici l'opération est tout à fait contre-indiquée, car il n'existe pas de lésion. Contre cette affection, les lavages de l'estomac ne sont généralement pas utiles; ceux de l'intestin donnent plus fréquemment de bons résultats.

M. Strauss se dit opposé à toute opération, même en cas d'hémorrhagie gastrique, cet accident cédant souvent à des moyens purement médicaux. Pour porter le diagnostic précoce dans les cas où l'on soupçonne un cancer de l'estomac, l'orateur préconise le toucher rectal dans le but de s'assurer s'il existe des métastases. En cas d'ulcère, il prescrit un régime dont sont exclus les hydrates de carbone, afin d'éviter les fermentations.

M. W. Körte déclare que les résultats que lui ont donnés ses interventions pour péritonite par perforation d'un ulcère gastrique ne sont pas bons, parce qu'il n'a jamais pu opérer dans les vingt-quatre premières heures : sur 10 cas, il n'a obtenu qu'une seule guérison.

Narcose par des inhalations d'un mélange de chloroforme et d'oxygène.

M. Wohlgemuth. — Etant donné que l'on emploie les inhalations d'oxygène pour combattre les accidents les plus graves de la narcose chloroformique, l'asphyxie et la paralysie du cœur, j'ai eu l'idée de provoquer l'anesthésie par l'emploi d'un mélange de chloroforme et d'oxygène, au moyen d'un appareil permettant de faire respirer au patient un courant d'oxygène qui vient de traverser un cylindre de verre dans lequel du chloroforme tombe goutte à goutte.

J'ai expérimenté ce procédé 140 fois. Ses principaux avantages sont que le pouls, au lieu d'être petit et rapide, reste plein et ne dépasse pas 60 à la minute, et qu'il n'y a pas trace d'asphyxie; en outre, le réveil est facile et ne s'accompagne pas de vomissements ni de nausées.

Dr Villaret.

BRUXELLES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 26 janvier 1901.

Sur la désintoxication du cyanure de potassium par la morphine et de la morphine par le permanganate de potasse.

M. Heymans (de Gand). — Après avoir déterminé la dose de chlorhydrate de morphine mortelle pour le lapin — elle est d'environ 0 gr. 20 centigr. par kilogramme d'animal — nous avons recherché, avec M. A. Van de Calseyde, si une quantité non mortelle de ce sel, injectée après une dose mortelle de cyanure, était capable de prévenir la mort ou du moins de la retarder, comme l'a prétendu M. L. Heim (d'Erlangen). Or, nos expériences démontrent que le chlorhydrate de morphine, même à une dose voisine de celle qui tue, n'exerce aucune influence sur la marche ordinaire de l'intoxication par le cyanure : la morphine est donc sans action curative en pareil cas. Elle ne peut pas davantage prévenir l'empoisonnement : en effet, des animaux préalablement morphinisés et se trouvant en pleine narcose sont tués par une dose simplement mortelle de cyanure; tout au plus la mort est-elle tant soit peu retardée dans certaines conditions expérimentales.

Le cyanure a-t-il quelque effet sur l'intoxication par la morphine, ainsi que l'admet Heim? Nos recherches répondent encore par la négative, des lapins empoisonnés par une dose mortelle de morphine ayant tous succombé malgré l'injection d'une dose non mortelle de cyanure.

Enfin, même en mélangeant *in vitro*, en proportions adéquates, le chlorhydrate de morphine et le cyanure de potassium, et en injectant ensuite le mélange après un contact plus ou moins prolongé, on ne diminue la toxicité ni de l'un ni de l'autre de ces poisons.

Nos essais infructueux de désintoxication ayant porté sur le lapin, tandis que M. Heim avait opéré sur des souris, nous avons aussi fait des recherches avec ce dernier animal : les résultats ont été également négatifs. Par conséquent, la morphine et le cyanure ne sont ni des antidotes ni des antagonistes, pas plus simples que réciproques.

Parmi les nombreux contre-poisons qui sont encore recommandés de nos jours en cas d'intoxication par la morphine, se trouve le permanganate de potasse, administré à l'intérieur ou en injection hypodermique. Il est exact qu'une dose mortelle de morphine, additionnée *in vitro* d'une solution de permanganate jusqu'à persistance de la coloration violette, peut ensuite être injectée sans provoquer la mort ni aucun symptôme de narcose morphinique. Mais, d'autre part, les expériences instituées sur le chien et sur le lapin démontrent avec la même évidence que, injectés séparément sous la peau, les deux poisons sont absolument sans action l'un sur l'autre : le permanganate produit son action locale caustique et la morphine, injectée à dose mortelle, tue avec les symptômes habituels.

L'injection hypodermique de permanganate de potasse contre l'intoxication morphinique chez l'homme doit donc être considérée comme inefficace, sinon nuisible; l'administration à l'intérieur de ce sel ne devra être préférée aux vomitifs ou à la pompe stomacale que si l'on vient à démontrer que, même dans l'estomac, le permanganate transforme la morphine en un produit inoffensif.

Action dissolvante de l'eau oxygénée sur le catgut.

M. C. Moreau (de Charleroi). — J'ai eu l'occasion de pratiquer, pour des phénomènes infectieux, l'amputation de la jambe chez un homme blessé dans un accident de chemin de fer. Pendant l'opération, on fit usage d'eau oxygénée pour laver la plaie, comme le conseille M. Thiriar. Quelques jours après, sans accidents préalables, le malade mourut subitement d'hémorrhagie secondaire survenue au niveau de l'artère fémorale qui avait été liée pendant l'amputation. Soupçonnant que l'eau oxygénée avait peut-être eu une influence fâcheuse sur la résistance du catgut employé pour la ligature, j'ai fait des essais qui ont consisté à plonger du catgut dans diverses solutions, notamment dans de l'eau oxygénée, du sérum artificiel, etc. Il est visible, comme vous pouvez le constater sur les échantillons que voici, que, sous l'action de l'eau oxygénée, le catgut se gonfle, se dissocie et se désagrège.

Je crois nécessaire, en conséquence, d'appeler l'attention des chirurgiens sur les accidents qui peuvent survenir par l'emploi simultané du catgut et de l'eau oxygénée.

Dr Keiffer.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 26 janvier 1901.

Traitement des douleurs dysménorrhéiques par la cocaïnisation de la muqueuse nasale.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Chiari** a fait remarquer, à propos de la communication de M. Schiff (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 21 et 29), que la muqueuse nasale change d'aspect non seulement suivant la quantité de sang contenu dans les vaisseaux, mais aussi avec l'état psychique du sujet. Il n'est donc pas certain que les altérations de cette muqueuse que l'on constate pendant les règles soient liées directement à la menstruation. Aussi ne faut-il pas accorder une confiance trop grande au traitement des douleurs dysménorrhéiques par la cocaïnisation de la muqueuse nasale.

M. Réthi a observé que, durant les règles, ce ne sont pas seulement les points génitaux de la muqueuse nasale, mais encore différentes parties du nez et du pharynx qui sont hyperémiées. Sur 11 cas de dysménorrhée qu'il a traités par la cocaïnisation du nez, M. Réthi n'a obtenu qu'un seul succès.

M. Halban a pu vérifier chez 12 malades l'exactitude des assertions de Fliess et de M. Schiff. En outre, dans un fait d'aménorrhée ayant duré cinq ans, les règles se montrèrent quelques heures après la cocaïnisation de la muqueuse nasale du côté gauche.

M. Chrobak n'a pas pu contrôler l'opinion de Fliess, qui prétend qu'on peut diminuer les douleurs de l'accouchement en agissant sur la muqueuse nasale; mais la cocaïnisation de cette muqueuse chez les femmes atteintes de dysménorrhée lui a constamment paru exercer une action si manifeste, qu'il croit que le médecin devrait toujours essayer ce mode de traitement.

Abcès appendiculaire dans la cavité de Douglas.

M. von Friedländer a présenté un enfant qui, après avoir eu de la diarrhée pendant quelques jours, fut pris subitement de collapsus. Le météorisme de l'intestin rendant l'exploration de l'abdomen difficile, on pratiqua le toucher rectal et on trouva dans l'espace de Douglas une tumeur fluctuante. L'orateur réséqua alors le coccyx et ouvrit la cavité de Douglas qui était remplie de pus provenant d'une appendicite. La collection fut évacuée, mais l'appendice fut laissé en place.

Homalomyia alaris.

M. Csokor a montré des larves d'*homalomyia alaris*, qui vivent parfois à l'état de parasites dans l'intestin de l'homme. Ces larves ont la forme de vers annelés; leur tête est munie de tentacules et présente un orifice buccal, des yeux et deux plaques de chitine. L'appareil digestif se compose d'un œsophage, d'un proventriculus, d'un estomac, d'un intestin et d'une glande salivaire. L'appareil urinaire communique avec la première portion du rectum. Ces larves possèdent enfin un cœur à trois compartiments et deux ganglions pharyngiens. Leur longueur varie de 1 à 10 millimètres.

La contamination se fait par les œufs du parasite, qui, introduits dans l'estomac avec les aliments, s'y transforment en larves.

Dextrocardie acquise.

M. Weinberger a présenté un malade chez lequel le cœur a subi un déplacement à droite, à la suite d'une sclérose du poumon droit ayant entraîné la rétraction de la moitié droite du thorax. La matité du cœur est limitée par la troisième côte, le bord sternal gauche et la ligne axillaire : en bas elle se confond avec la matité hépatique. La pointe du cœur est dirigée vers la gauche.

Inflammation des sinus de la face dans l'influenza.

Dans la séance du 21 janvier du Collège médical de Vienne, **M. Wilh. Roth** a relaté 25 cas d'influenza, qui furent accompagnés, du troisième au huitième jour, de névralgies fa-

ciales et de violents maux de tête présentant un caractère intermittent ou rémittent. Ces accidents étaient dus à une inflammation des cavités accessoires de la face : 5 fois il s'agissait d'une sinusite frontale, 20 fois d'une inflammation de l'antre d'Highmore. Dans tous les cas, les douleurs disparurent ou s'amendèrent sous l'influence de lavages de la cavité enflammée avec une solution boriquée à 1 %, répétés quotidiennement après cocaïnisation.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Chlorose avec névrite optique, ayant simulé une tumeur du cerveau et entraîné la mort, par M. A. ENGELHARDT.

Le fait relaté par M. Engelhardt concerne une jeune fille de dix-huit ans qui avait présenté à diverses reprises, depuis cinq ans, des symptômes d'anémie : grande fatigue, faiblesse générale, maux de tête, etc. Six mois avant son entrée à l'hôpital, les céphalées étaient devenues insupportables, et la vue avait baissé très rapidement, si bien qu'en quelques semaines la patiente était devenue presque complètement aveugle. L'examen ophtalmoscopique révéla l'existence d'une névrite optique avec papille étranglée, artères très étroites et veines sinueuses, ainsi que la présence de nombreuses taches blanches et brillantes provenant d'un exsudat au pourtour de la papille.

Au moment de l'admission, l'état général paraissait bon, quoique les joues et les muqueuses fussent très pâles. On constatait une absence totale de l'odorat, les autres organes des sens fonctionnant normalement. La sensibilité générale n'était pas altérée. Il existait une légère diminution de la motilité dans le bras droit, et la malade se plaignait souvent de fourmillements dans les doigts. Les réflexes patellaires, faibles du côté gauche, faisaient défaut à droite. Le sang ne contenait que 3 millions de globules rouges par millimètre cube, et le taux de l'hémoglobine ne dépassait pas 30 %. En raison de ces symptômes, on se crut autorisé à poser le diagnostic de tumeur cérébrale.

Au bout de trois mois, cette jeune fille fut prise pour la première fois de crises épileptiformes, qui, par la suite, se renouvelèrent fréquemment. En outre, on nota de la parésie du muscle droit interne de l'œil gauche et des muscles innervés par le facial droit, en même temps que le bras droit devenait presque complètement impotent. La sensibilité générale était abolie à droite; il ne restait plus qu'un vestige de sensibilité à la douleur. La motilité était intacte dans les extrémités inférieures: les réflexes patellaires subsistaient, plus faibles à droite qu'à gauche.

La maladie s'aggrava progressivement, entrecoupée par de courtes périodes d'accalmie. La névrite optique aboutit finalement à une atrophie complète des nerfs optiques. La jambe droite fut prise à son tour et peu à peu se paralysa complètement. La patiente, qui était arrivée à un état de faiblesse extrême par suite de l'anorexie persistante, succomba un an environ après son entrée à l'hôpital. Ses derniers jours furent marqués par une grande agitation, pendant laquelle elle cherchait à quitter son lit; on remarqua à cette occasion que les membres du côté droit, précédemment paralysés, fonctionnaient aussi bien que ceux du côté gauche.

L'évolution des divers troubles n'avait fait que confirmer le diagnostic de tumeur cérébrale. Or, à l'autopsie, on constata non seulement l'absence de toute tumeur, mais aussi d'une lésion quelconque appréciable à l'œil nu; la seule altération était une anémie extrême de la substance cérébrale; tous les organes étaient normaux.

En présence du résultat négatif de l'examen nécroscopique, on estima qu'il s'agissait de chlorose compliquée d'une double névrite optique avec accidents cérébraux. On trouve dans la littérature un certain nombre d'observations, publiées surtout en Angleterre, qui établissent d'une façon certaine la relation existant parfois entre la névrite optique et la chlorose. Cette dernière affection donne, d'ailleurs, une explication satisfaisante de quelques symptômes signalés dans le cas présent, tels que les maux de tête, les vertiges, la faiblesse générale et le manque d'appétit; mais elle est insuffisante pour rendre compte de l'hémiplégie, de l'hémianesthésie, des convulsions, de la perte de l'odorat. M. Engelhardt cherche la cause de ces troubles dans une névrose fonctionnelle, résultant de l'irritabilité exagérée du système nerveux central par suite de l'anémie prononcée du cerveau qui fut constatée à l'autopsie. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 septembre 1900.) — A. J.

Des résections étendues de l'intestin, par M. KUKULA.

Comme on n'est pas encore bien fixé sur la longueur maxima d'intestin que l'on peut enlever sans danger chez l'homme, l'auteur a cru utile de réunir dans le présent travail tous les cas de résection étendue du tube digestif publiés jusqu'ici, en y ajoutant 5 observations nouvelles qu'il a recueillies dans le service de M. le professeur Maydl (de Prague), et dont les deux dernières ont trait à des résections de plus de 2 mètres d'intestin. Dans l'un de ces faits, la longueur du segment intestinal réséqué était de 237 centimètres; la malade supporta très bien cette intervention et son appareil digestif fonctionna normalement pendant plus de deux ans, mais elle succomba au bout de trente mois à un abcès intrapéritonéal de nature tuberculeuse.

Les observations rassemblées par M. Kukula sont au nombre de 31, et se rapportent, sauf une seule, à des résections de plus d'un mètre d'intestin. Le segment extirpé mesurait 9 fois plus de 2 mètres, dans 3 cas il dépassait même 3 mètres. Après l'opération, on nota parfois de la diarrhée à l'occasion d'un écart de régime. L'auteur croit cependant que l'on aurait tort d'attribuer toujours cet accident au raccourcissement du tube digestif, et il pense qu'il s'agit plutôt d'une affection inflammatoire de l'intestin et d'ulcérations de la muqueuse. La plupart de ces interventions ont porté sur l'intestin grêle; il existe cependant des exemples de résection étendue du gros intestin.

De l'ensemble de ces faits, ainsi que des expériences instituées sur des animaux par divers expérimentateurs, M. Kukula conclut que l'on peut enlever sans crainte au moins la moitié de l'intestin grêle (1). La longueur de ce dernier étant variable, il est nécessaire de se rendre compte, dans chaque cas, de la longueur d'intestin qui subsistera après la résection. L'auteur estime que dans toute ablation d'un segment intestinal de plus de 2 mètres, les deux extrémités devraient être réunies par une suture primitive, la nutrition étant trop compromise pour qu'on puisse, après une telle exérèse, établir une fistule intestinale.

En ce qui concerne la résection du gros intestin, M. Kukula est d'avis qu'il n'y a pas de limites, l'ablation d'une partie de cet organe étant encore plus facilement supportée. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 4.) — F. DE Q.

De l'actinomycose du pied, par M. G. TUSINI.

L'actinomycose se localise rarement à la peau; l'observation relatée par l'auteur est donc intéressante; elle l'est d'autant plus que les lésions, siégeant en ce cas au niveau du pied, affectaient une certaine ressemblance avec le « pied de Madura ».

La patiente, actuellement âgée de trente-quatre ans, avait reçu, à l'âge de dix ans, un coup de fourche à la jambe gauche; quatorze ans après cet accident, elle vit apparaître, au niveau de la cicatrice, de petits nodules qui se transformèrent ultérieurement en ulcère. L'affection s'étendit progressivement sur la moitié inférieure de la jambe gauche et sur tout le pied, qui s'œdématia. Les ulcérations étaient pour la plupart superficielles; cependant quelques-unes pénétraient jusque dans l'intérieur du calcanéum et de l'astragale. Le pus renfermait des grains jaunes caractéristiques.

Le traitement ioduré, institué sous différentes formes, s'étant montré insuffisant, M. Tusini extirpa tous les os du tarse d'après la méthode de Wladimiroff-Mikulicz. Cette intervention fut également inefficace et la guérison ne put être obtenue que par l'amputation de la jambe au-dessous du genou.

En ce qui concerne la source d'infection, l'auteur estime qu'il faut la rechercher dans le traumatisme subi quatorze ans auparavant.

Cette étiologie, ainsi que l'évolution de la maladie, donne à ce cas une ressemblance indiscutable avec le « pied de Madura » (mycétome), en particulier avec la variété jaune de cette affection. Cette dernière avait été attribuée par Vincent à un microorganisme différent de l'actinomyces: mais M. Tusini est d'avis que les caractères distinctifs indiqués par cet auteur ne sont pas suffisants pour qu'on puisse séparer le pied de Madura de l'actinomycose, d'autant que la classification des différentes formes d'actinomyces est loin d'être définitive. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 2.) — F. DE Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La balnéation froide comme moyen d'activer la sécrétion lactée.

Ayant eu l'occasion de constater que les pratiques hydrothérapiques amènent chez quelques femmes une congestion intense des seins, M. le docteur E. Schrader (de Hambourg) a pensé que l'irritation cutanée déterminée par certains procédés de balnéation devait retentir sur les glandes mammaires, lesquelles se rattachent étroitement à l'appareil glandulaire de la peau, et influencer d'une manière plus ou moins active le fonctionnement de ces glandes. L'eau froide, employée sous forme de demi-bain de très courte durée — qui est moins fatigant et plus facilement accepté que les bains froids ordinaires — lui a paru convenir particulièrement à cet effet, en raison de l'excitation qu'elle provoque du côté des téguments. Les résultats d'une série d'essais institués dans plusieurs cas d'insuffisance manifeste de la sécrétion lactée ont pleinement justifié cette prévision.

Voici le *modus faciendi* adopté par notre confrère :

On commence par faire prendre un bain à 21° ou 26° et on abaisse tous les jours la température de l'eau de 2° pour arriver à 18°. Avant d'entrer dans la baignoire, la patiente reste pendant quelques minutes complètement dévêtue, de manière à prendre d'abord une sorte de bain d'air préparatoire. Une fois dans la baignoire, qui n'est remplie que jusqu'à la hauteur de 18 à 20 centimètres, elle se couche, la tête appuyée contre la paroi du bain, les membres inférieurs légèrement fléchis et le corps reposant sur les talons, le sacrum et le dos. Puis, la tête restant toujours appuyée, la femme soulève quelque peu les épaules pour les replonger immédiatement dans l'eau. Ce mouvement alternatif, qui produit une vague assez forte agissant principalement sur la partie antérieure du corps et notamment sur les seins, est répété cinq ou six fois, ce qui nécessite en tout à peu près une quinzaine de secondes. Au moment d'essuyer la peau, on pratique de légères frictions sur les seins.

Sous l'influence de ces bains, on voit la quantité journalière de lait prise par le nourrisson augmenter dans des proportions considérables (400 grammes au lieu de 200 grammes, par exemple). De plus, la qualité de la sécrétion se trouve également modifiée d'une façon favorable. C'est ainsi que, dans un cas, M. Schrader a pu faire disparaître, par ce moyen de traitement, une galactorrhée rebelle.

Chez les femmes dont les glandes mammaires sont peu développées, notre confrère recom-

(1) En regard de ces conclusions, nous croyons utile de rappeler que M Schlatter (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juillet 1899) est arrivé à des résultats légèrement différents, à propos d'un malade chez lequel il avait réséqué 192 centimètres d'intestin grêle. Des recherches ayant porté sur les échanges organiques et sur l'utilisation des aliments chez ce patient lui démontrèrent que les corps gras étaient incomplètement assimilés. L'opéré se portait bien au moment de sa sortie de l'hôpital : mais, huit mois plus tard, M. Schlatter apprit qu'il était obligé d'observer un régime spécial et que la plupart des aliments consistants étaient mal supportés par lui. Il en conclut que la résection de 2 mètres d'intestin grêle — et plus — comporte de graves inconvénients lorsque le sujet n'est pas à même de suivre un régime spécial. — F. DE Q.

mande de commencer la balnéation froide pendant la grossesse pour la reprendre après l'accouchement, dès que les lochies cessent d'être sanguinolentes, c'est-à-dire au bout de quinze jours, en moyenne, chez les multipares et de trois semaines chez les primipares.

Quelques modifications de la technique habituelle de l'anesthésie chirurgicale.

Au moment de procéder à la narcose, on recommande d'habitude au malade de respirer naturellement et, afin d'assurer l'inhalation régulière de l'anesthésique, on l'engage à *compter*. Mais, la plupart du temps, cette pratique reste inefficace, attendu que le patient reçoit l'ordre de compter à l'instant même où l'on applique sur son visage le masque chargé d'emblée d'une dose assez considérable de chloroforme ou d'éther. Surpris et secoué de quintes de toux, le malade s'agite, cherche à se défendre contre l'anesthésique et ne songe guère à obéir. Dans le but de rendre la période initiale de la narcose plus calme, tout en obtenant la pénétration uniforme des vapeurs anesthésiques dans le poumon, M. le docteur C. Hofmann (de Bonn) fait d'abord compter le patient, sans verser de chloroforme sur le masque déjà maintenu en place; puis, au bout de trente secondes à une minute, il commence à donner l'anesthésique, goutte à goutte, lentement, mais en augmentant peu à peu la vitesse du débit. De la sorte, le passage de l'aspiration d'air pur à l'inhalation d'air mêlé de vapeurs chloroformiques devient, sinon tout à fait insensible pour le malade, du moins assez graduel pour ne pas l'impressionner d'une manière désagréable.

Afin d'assurer une respiration profonde et régulière, notre confrère fait toujours compter *à rebours* et en commençant par un nombre assez élevé, composé de trois chiffres au moins. Cette manière de compter, étant quelque peu plus difficile, fixe mieux l'attention du patient, en même temps qu'elle l'oblige à faire une inspiration plus ou moins profonde après chaque nombre.

Il importe de noter que M. Hofmann observe indifféremment les mêmes règles, qu'il s'agisse d'une anesthésie au chloroforme ou à l'éther. Depuis trois ans environ, il voit, en effet, pratiquer dans le service de M. le docteur O. Witzel, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Bonn, l'*éthérisation goutte à goutte*, pour laquelle on se sert d'un masque à chloroforme recouvert de plusieurs doubles de gaze. Chez les femmes et les enfants, l'anesthésie faite de la sorte nécessite à peine quelques grammes d'éther. On peut, en procédant de la même manière, obtenir facilement un sommeil très calme chez des hommes vigoureux et même chez les alcooliques, à la condition de pratiquer, une heure avant la narcose, une injection sous-cutanée de 0 gr. 01 centigramme à 0 gr. 02 centigr. de chlorhydrate de morphine.

Les enveloppements humides comme moyen de prévenir les accès éclamptiques.

Chez les femmes enceintes qui présentent des œdèmes, de l'albuminurie ou tout autre symptôme pouvant faire craindre l'éclosion d'un accès d'éclampsie, M. le docteur F. Ahlfeld, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Marbourg, a recours, d'une façon systématique, à l'emploi des enveloppements humides, dans le but d'entraver l'auto-intoxication menaçante en suppléant à l'insuffisance des reins par l'activité exagérée d'autres émonctoires de l'économie. La technique du procédé est très simple et facile à réaliser dans n'importe quel milieu : la patiente étant complètement dévêtue, on l'enveloppe d'abord avec un drap trempé dans de l'eau tiède et modérément exprimé, puis avec une couverture de laine, en ayant soin de ne pas laisser les bras dehors, sans que la respiration se trouve cependant gênée. On la recouvre encore d'un édredon et on la laisse ainsi reposer trois heures environ, tout en lui faisant prendre des boissons gazeuses et du lait en quantité abondante. Ces enveloppements sont répétés deux fois par jour.

Sur 36 femmes (dont 23 primipares) admises dans le service de notre confrère avec œdèmes et albuminurie plus ou moins prononcés, et chez lesquelles on a institué le traitement en question, aucune n'a présenté d'accès éclamptiques. De plus, M. Ahlfeld a observé une patiente qui, après avoir eu deux fausses couches successives avec rétinite albuminurique au cours de la première grossesse, a pu mener à bonne fin sa troisième grossesse, grâce aux enveloppements humides pratiqués quotidiennement pendant sept semaines.

Il va sans dire que ce procédé peut aussi être utilisé, concurremment avec les moyens usuels de traitement, dans les cas où l'on se trouve en présence d'une éclampsie déclarée.

Danger des injections interstitielles de vaseline.

M. le professeur J. Pfannenstiel, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Breslau, a observé une femme atteinte d'incontinence d'urine à la suite de l'extirpation de l'urèthre pour lésions cancéreuses, chez laquelle l'injection de vaseline au pourtour du col vésical, telle que l'a préconisée récemment M. le docteur R. Gersuny, chirurgien du « Rudolfiner-Haus » de Vienne (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 433), a été immédiatement suivie de l'apparition de tous les symptômes caractéristiques d'une embolie pulmonaire (point de côté, dyspnée intense, accélération du pouls avec hyperthermie, cyanose de la face, hémoptysie, etc.). La malade a guéri, mais pendant trois jours l'issue fatale paraissait imminente, d'autant plus que, en raison d'une céphalalgie violente avec vomissements, on pouvait soupçonner l'existence d'une embolie cérébrale.

Sans prétendre formuler, en se basant sur un seul fait, un jugement définitif relativement à la valeur thérapeutique des injections interstitielles de vaseline, M. Pfannenstiel estime cependant que, pratiquées au niveau de régions aussi riches en vaisseaux sanguins que le col de la vessie, ces injections exposent à des complications redoutables. La malade soignée par notre confrère n'a, d'ailleurs, retiré aucun bénéfice du traitement en question, l'incontinence d'urine étant restée à peu près la même, bien que l'orifice vésical, largement béant avant l'injection, ait été fort rétréci par l'anneau de vaseline.

Le bicarbonate de soude à hautes doses contre les vomissements de la grossesse.

Partant de ce fait que les troubles gastriques observés chez les femmes enceintes présentent une certaine analogie avec les phénomènes morbides qui caractérisent l'hypersécrétion continue, M. le docteur F. Monin (de Lyon) a eu l'idée de combattre les vomissements de la grossesse par l'usage du bicarbonate de soude. Notre confrère prescrit ce médicament à la dose quotidienne de 10 à 12 grammes, divisés en 5 ou 6 cachets que la patiente absorbe dans les intervalles des périodes de la digestion, à savoir le matin à jeun, avant de quitter le lit, puis dans la seconde moitié de la matinée et, enfin, le soir au moment du coucher. Ce mode d'emploi offre l'avantage de donner lieu à la production d'acide carbonique à l'état naissant dans l'estomac, en même temps qu'il permet d'utiliser la totalité du gaz dégagé. Mais dans les cas où le pain azyme est mal supporté, on peut administrer, au lieu des cachets, des prises de 2 grammes de bicarbonate de soude dissous dans un demi-verre d'eau.

Sous l'influence de ce traitement, que M. Monin a eu l'occasion d'appliquer chez une trentaine de femmes enceintes, les troubles digestifs ne tarderaient pas à disparaître, et cela qu'il s'agisse d'un simple état nauséeux ou de vomissements pituiteux et matutinaux, voire même alimentaires. De plus, la médication alcaline paraît avoir une influence des plus favorables sur les manifestations hépatiques, particulièrement fréquentes pendant et après la gestation, alors même que ces désordres ne se trouvent pas sous la dépendance de l'état inflammatoire de l'estomac mais sont dus à une cause mécanique, telle que la compression exercée sur les voies biliaires par l'utérus gravide.

Un procédé de traitement des fractures de la rotule.

Ce qui rend particulièrement malaisée la coaptation des fragments dans les cas de fracture de la rotule par cause indirecte, c'est que l'écartement se trouve ici favorisé non seulement par l'action du quadriceps fémoral, mais encore par l'existence d'un épanchement intra-articulaire considérable qui repousse les fragments en avant et les fait basculer sur eux-mêmes. De là la faveur avec laquelle on avait accueilli l'idée d'ouvrir l'articulation afin d'évacuer le liquide épanché et d'assurer la coaptation des fragments par la suture osseuse. Malheureusement, cette intervention n'est pas toujours acceptée par le malade et, de plus, elle nécessite une asepsie rigoureuse, parfois assez difficile à réaliser en dehors de l'hôpital. Aussi est-on souvent obligé, dans la pratique privée, de recourir à des moyens moins radicaux, et c'est là précisément qu'il importe de choisir un procédé qui vise aussi bien le rapprochement des fragments que la disparition de l'épanchement séro-sanguin. M. le docteur A. Wiener, professeur de chirurgie orthopédique à la Clinical School de Chicago, emploie depuis quelque temps un procédé qui paraît répondre à ces *desiderata* et qu'il décrit de la façon que voici :

Après avoir rasé et nettoyé le membre inférieur, comme s'il s'agissait d'une opération, on l'enveloppe dans du coton et on l'immobilise dans une gouttière. Puis on recouvre l'articulation du genou d'une couche épaisse d'ouate et on applique par-dessus, en 8 de chiffre, une bande de caoutchouc de 8 à 10 centimètres de largeur qu'on serre modérément. On applique alors au patient un appareil approprié au traitement ambulatoire des fractures du membre inférieur, ce qui lui permet de rentrer chez lui à pied si la petite intervention a été pratiquée à l'hôpital. Au bout de quatre ou cinq jours, la bande élastique une fois enlevée, on constate qu'au niveau de la jointure le pansement est tout imprégné de sueur. L'épanchement articulaire a disparu en grande partie, la circonférence du genou a diminué de plusieurs centimètres et les fragments, qu'on ne pouvait guère songer à rapprocher lors du premier pansement, sont à présent susceptibles d'être maintenus en contact pendant qu'on procède au renouvellement du bandage en ayant soin de serrer la bande, cette fois, un peu plus fort : pratiquée de cette manière, la compression élastique n'expose pas à des troubles de la circulation, les vaisseaux se trouvant protégés par la gouttière.

Ce procédé présente, entre autres avantages, celui d'épargner au malade les douleurs que provoque le massage employé habituellement dans le but de favoriser la disparition de l'exsudat.

Un moyen simple et sûr de stériliser les sondes en gomme.

Il y a quelques mois, M. le docteur Elsberg (de New-York) a proposé de stériliser le catgut par l'ébullition dans une solution saturée de sulfure d'ammonium. A en juger d'après l'expérience de M. le docteur M. Herman, assistant de M. le docteur Rydygier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lemberg, ce moyen paraît également convenir à la stérilisation des sondes en gomme. On sait que, contrairement à ce qui a lieu pour les sondes en caoutchouc rouge, les cathéters en gomme, constitués par une charpente de soie imprégnée d'huile siccative associée à de la résine copal ou à de la térébenthine, ne supportent guère l'eau bouillante, sous l'influence de laquelle leur surface devient rugueuse et finit par se fendiller. Or, même après une ébullition durant cinq heures dans une solution saturée de sulfure d'ammonium, les sondes en gomme restent aussi lisses et luisantes qu'auparavant. Pour les désinfecter de la façon la plus complète, il suffit de les maintenir dans la solution bouillante pendant trois à cinq minutes. Cela fait, elles peuvent être enduites de vaseline et utilisées immédiatement pour le cathétérisme, sans qu'on ait besoin de les soumettre à un lavage préalable : M. Herman n'a jamais eu à enregistrer la moindre irritation de l'urèthre, susceptible d'être attribuée à l'action du sulfate d'ammonium.

Après avoir essayé nombre d'autres moyens de stérilisation, notre confrère n'hésite pas à déclarer que le procédé en question donne les résultats les plus sûrs, tout en étant d'une grande simplicité.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Necker. — M. Rendu.

Fièvre typhoïde simulant l'appendicite; opération; mort.

« On ne doit pas mourir d'appendicite », a dit M. Dieulafoy. Le fait que je vais développer devant vous démontre que cette affirmation, prise à la lettre, n'est en réalité qu'un brillant paradoxe, car vous allez pouvoir vous rendre compte des difficultés considérables du diagnostic dans certains cas et des erreurs qu'elles peuvent entraîner. C'est à ce titre que je considère l'observation suivante comme éminemment instructive.

Le 12 novembre dernier, nous admettions au n° 3 de la salle Monneret une fille de vingt-neuf ans, d'aspect vigoureux et n'ayant pas l'air bien malade. Elle se plaignait de souffrir de la tête depuis plus de quinze jours; c'était là le symptôme le plus caractérisé. Elle avait en même temps de l'inappétence et de l'anorexie avec de la constipation, de la gêne et de la pesanteur abdominales sans douleur localisée ni vomissements, enfin des accès de fièvre, le soir, depuis quelques jours.

Voici maintenant les antécédents de cette malade. Elle avait eu la rougeole dans son enfance, une fièvre typhoïde vers quinze ans et, trois ans plus tard, une affection étiquetée à nouveau fièvre typhoïde. A vingt et un ans, elle dut séjourner dix-huit mois à l'hôpital Bichat pour une métrite grave.

Je pratiquai l'examen de tous les organes, qui resta à peu près négatif. Je ne trouvai rien à la poitrine ni au cœur; la gorge n'était le siège d'aucune angine; l'abdomen n'était pas ballonné. Cependant, on provoquait de la douleur à la palpation profonde de la fosse iliaque droite, au-dessus de la ligne de Fallope. De plus, au toucher vaginal, on trouvait le col gros et on déterminait une douleur assez vive en arrivant sur le ligament large droit; à ce niveau existait une petite saillie très sensible, de la grosseur d'une amande. L'hypothèse d'une salpingite était d'autant plus admissible qu'il y avait des pertes blanches et que les règles étaient irrégulières.

On ne pouvait guère songer à une fièvre typhoïde; aucun symptôme ne justifiait ce diagnostic, la rate n'étant pas grosse et l'éruption de taches rosées manquant totalement. Il y avait, d'ailleurs, des antécédents typhiques incontestables, au moins une fois, d'après les renseignements recueillis.

D'autre part, la longue durée des prodromes suffisait dans une certaine mesure à faire écarter l'idée d'appendicite; les vomissements avaient fait défaut et la douleur dans la fosse iliaque droite siégeait notablement au-dessous du point classique.

Nous avions donc rapporté tous les troubles à une salpingite, bien que la céphalée fût plus intense qu'on ne l'observe en pareil cas. Cette anomalie pouvait être mise sur le compte de la fièvre.

Le repos, des injections au permanganate de potasse, l'application de compresses chaudes sur l'abdomen, une demi-diète, quelques sangsues placées au niveau de la région inguinale droite, suffirent à amener une amélioration rapide. Au bout de trois jours, la température était tombée à 37° et même à 36°8; la langue était propre et belle; la constipation était moindre; les pertes blanches avaient diminué; le toucher vaginal était moins douloureux. Les maux de tête persistèrent plus longtemps, mais cédèrent à leur tour sous l'influence de l'antipyrine et de la phénacétine.

Du 16 jusqu'au 24 novembre, l'apyrexie est complète. La malade se lève, ne se plaint plus de la tête ni du ventre; elle n'a pas de diarrhée, ses selles sont normales et elle supporte bien l'alimentation des convalescents. Elle trouve elle-même son état si satisfaisant, qu'elle fixe son départ de l'hôpital au 25.

Dans la journée du 24 se produit un incident inattendu. Trois heures après le repas survient un frisson violent avec une céphalée intense et une très forte élévation de la température, qui atteint 39°6. Il n'y a pourtant pas de vomissements et l'abdomen reste indolore. La nuit est mauvaise, la malade est en proie à l'insomnie avec une agitation très marquée, mais sans délire.

En présence de ces phénomènes, nous pratiquons à nouveau, le 25, un examen complet. La langue est blanche, saburrale, humide; pas d'angine ni de pharyngite intercurrente; rien aux poumons ni au cœur. Le ventre est normal en apparence et ne présente pas de ballonnement; il reste souple et sa palpation est aisée. Nous constatons au point de McBurney une douleur très vive à la pression, bien que la défense musculaire soit peu marquée. Cet examen ne laisse percevoir aucune sensation de rénitence ni d'induration profonde. Les urines sont rares, chargées, non albumineuses.

On conclut à une appendicite; mais, en raison de l'absence de signes péritonéaux et de vomissements, il n'y a pas d'indication à une intervention immédiate. Après une nouvelle application de sangsues, on maintient de la glace en permanence sur la région appendiculaire et on ordonne toutes les heures une pilule de 0 gr. 01 centigr. d'extrait thébaïque.

Le lendemain, nous ne trouvons pas la malade en meilleur état. Son apparence générale est médiocre; le teint est terreux, la face grippée, le visage altéré. La nuit a été mauvaise; les pilules d'extrait thébaïque ne sont pas tolérées et ont provoqué des vomissements répétés. Il y a de la constipation; les urines sont presque nulles; la température, qui était à 38°6 le matin, s'est élevée à 39°4 le soir. Cependant l'état local reste relativement bon. L'abdomen ne se ballonne pas davantage; la douleur ne s'étend ni à la région ombilicale, ni au flanc gauche, mais reste bien localisée à l'appendice. La défense musculaire est très peu marquée; il est vrai que la pression manuelle n'est exercée qu'avec la plus grande modération. Le pouls est assez ample et ne dépasse pas 96.

Nous discutons à nouveau l'opportunité d'une intervention chirurgicale et nous nous décidons encore à la temporisation, en maintenant localement de la glace et en faisant prendre à la malade une potion opiacée et un peu de champagne et d'eau glacés.

Dans la soirée du 29, la situation s'aggrave; la température atteint 40°6, et ne redescend le lendemain matin qu'à 40°2. Les vomissements, la douleur et la constipation persistent. La langue est sale et un peu collante. La céphalée est continue, mais ne s'accompagne pas de délire; l'intelligence demeure intacte, sans stupeur ni phénomènes nerveux.

L'état local, sans empirer, n'est pas meilleur; la douleur reste localisée, la défense de la paroi est médiocre. Mais, quoiqu'il n'y ait toujours pas de ballonnement abdominal, le facies prend une apparence péritonéale; le pouls s'est d'ailleurs accéléré et atteint 120. Le foie est un peu douloureux et gros; la rate ne semble pas augmentée de volume. La constipation est absolue; c'est à peine s'il y a émission de quelques gaz, et les vomissements se répètent incessamment.

Voici comment j'interprète à ce moment la succession des accidents. Je pense qu'il y a d'abord eu colique appendiculaire, et qu'il s'est probablement fait une fissure de la paroi de l'appendice. Celle-ci s'est trouvée momentanément obturée par des adhérences; mais, dans la suite, il s'est formé un abcès autour de la perforation et la péritonite est imminente. Je suis ainsi conduit à réclamer une intervention chirurgicale. M. Routier étant absent à ce moment, je reviens voir la malade le soir; elle avait 40°, ses règles étaient arrivées. Après une nuit très agitée, je la fais transférer d'urgence le lendemain matin dans le service de chirurgie, où elle est immédiatement opérée.

L'intervention est très simple. On ne trouve ni péritonite, ni adhérence. L'appendice, très rouge, mais libre, est aisément excisé. La plaie est complètement refermée et suturée. En incisant l'appendice, après son ablation, on trouve un caillot sanguin dans sa cavité; la muqueuse est congestionnée, violacée, turgide.

L'opération n'est suivie d'aucune amélioration, d'aucune détente. On constate 40° le soir même. Le lendemain, la malade rend des gaz, elle n'a pas de vomissements; mais la température, après être descendue à 39°, remonte dans la soirée à 40°4.

Les jours suivants, l'état local reste bon, tandis que l'état général devient de plus en plus mauvais. Il y a de l'abattement, de la stupeur, sans troubles cérébraux; la fièvre persiste et la température est toujours très élevée; la langue se sèche, malgré les injections de sérum à haute dose. La malade est finalement ramenée dans mon service le 3 décembre. Elle a ce jour même un grand frisson d'infection; je lui trouve un aspect typhoïde, les urines sont rares, albumineuses; la langue est très sèche. Et cependant il n'y a toujours aucun signe abdominal, ni diarrhée, ni ballonnement du ventre, ni hypertrophie de la rate, ni taches rosées. Le 4 décembre encore, les selles sont normales et moulées.

Des complications se déclarent du côté du cœur et des poumons; on constate de l'arythmie, de la dyspnée, des râles pulmonaires. La malade succombe dans la nuit du 5 décembre.

En somme, le diagnostic est resté incertain jusqu'au bout. Si, dans les derniers jours, l'hypothèse d'une fièvre typhoïde est devenue admissible, l'absence de tout phénomène abdominal commandait les plus expresses réserves. Pouvait-on s'arrêter à l'idée d'une septicémie? Mais il n'y avait eu aucune complication opératoire.

Ajoutons que la veille de la mort on pratiqua le sérodiagnostic typhique et que celui-ci se montra positif, l'agglutination s'étant faite à la dilution de 1 pour 50.

Ce renseignement, obtenu *in extremis*, fut confirmé le 6 décembre par l'autopsie. Et, d'abord, empressons-nous de dire que l'examen de la région opératoire démontra l'absence complète de péritonite ou d'abcès. La réunion était parfaite, par première intention. On pouvait affirmer que si l'opération avait peut-être aggravé l'état par le choc, elle n'avait certainement pas été le point de départ d'une septicémie.

Les lésions intestinales de la fièvre typhoïde étaient des plus caractéristiques. Au niveau de l'iléon, sur une longueur de 25 à 30 centimètres, se voyaient 4 ou 5 ulcérations taillées à l'emporte-pièce, sans tendance à la perforation, avec quelques plaques gaufrées. Les altérations étaient en apparence modérées. Les ganglions mésentériques étaient tuméfiés, mais non suppurés; pas de colotyphus; peu de folliculite, ne dépassant d'ailleurs pas les 60 derniers centimètres de l'intestin grêle.

L'état des autres organes de la cavité abdominale (rate grosse et diffluente, foie pâle et stéatosé, reins gras et hyperémiés) témoignait de l'intensité de l'infection. L'utérus paraissait normal, mais les trompes étaient tuméfiées, pleines de sang noir; la droite était la plus engorgée et, si elle n'était pas le siège d'une salpingite vraie, elle présentait cependant un certain épaississement de ses parois.

L'observation dont je viens de vous donner les détails soulève un certain nombre de questions.

D'abord, quel était l'âge de cette fièvre typhoïde? On peut affirmer que l'affection était arrivée à la fin du deuxième septénaire et plus probablement même au troisième; car les ulcé-

rations ne se forment guère avant le quinzième jour et, ici, l'eschare était déjà éliminée. Or, la malade est entrée dans notre service le 12 novembre; sa rechute date du 25 novembre et elle a succombé le 5 décembre, dix jours après cette rechute. La fièvre typhoïde évoluait donc déjà pendant les huit jours d'apyrexie constatée peu de temps après son admission.

Nous devons nous demander également s'il était possible d'établir un diagnostic exact. J'avais bien songé à une fièvre typhoïde en raison de la céphalée persistante datant de près de trois semaines. Mais la malade n'avait présenté aucun symptôme abdominal : ni taches rosées, ni diarrhée, ni augmentation de volume appréciable de la rate. D'ailleurs, l'apyrexie était complète quarante-huit heures après l'arrivée à l'hôpital; cette fille avait déjà eu une fièvre typhoïde à l'âge de quinze ans, et vous savez la rareté des récidives de cette maladie. On peut nous objecter, il est vrai, que nous aurions dû recourir au sérodiagnostic, lequel nous aurait éclairé sur la nature de l'affection, s'il avait été positif, comme il l'a fait pour la malade du n° 30, qui semblait n'avoir qu'un simple embarras gastrique; mais je vous ai donné les raisons qui m'avaient fait croire à une salpingite, hypothèse confirmée en apparence par les bons effets du traitement.

Quelles ont été les causes de la rechute à laquelle nous avons assisté? Il faut très probablement incriminer l'alimentation prématurée, qui a déterminé de l'auto-intoxication et une réinfection par les ulcérations béantes. Mais rien ne pouvait prémunir contre cet accident; l'apyrexie était complète depuis huit jours, et c'est là le délai au bout duquel on reprend habituellement l'alimentation chez les convalescents. D'autre part, il n'existait aucun phénomène abdominal, ni diarrhée, ni ballonnement.

Etions-nous en droit, dans ce cas, d'admettre une appendicite? Au début, il était impossible de l'affirmer; la douleur était localisée trop bas; il n'y avait ni défense musculaire, ni vomissements. Le siège des altérations semblait plutôt utérin et péri-utérin, et le succès du traitement institué paraissait justifier cette hypothèse. Lors de la rechute, au contraire, les signes étaient absolument caractéristiques comme localisation et comme intensité. En admettant l'existence d'une appendicite, il nous était possible d'interpréter les incidents antérieurs. Cette affection est fréquemment annoncée par des douleurs vagues dans l'abdomen, de la constipation et de la céphalalgie. La première crise, qui avait pris la forme d'une colique appendiculaire, avait cédé au repos et à une application de sangsues. La seconde, par son intensité, semblait indiquer la formation d'un foyer abcédé. J'ai constaté une évolution analogue chez un malade qui ressentit une douleur subaiguë à la suite d'une marche; après deux jours de repos, il put reprendre sa vie active, mais une semaine plus tard se montrèrent brusquement des accidents d'appendicite avec perforation intestinale et formation d'un abcès stercoral. Le malade finit par guérir, après une intervention chirurgicale pratiquée d'urgence.

Si les phénomènes observés justifiaient le diagnostic d'appendicite, commandaient-ils l'intervention? Vous savez qu'au sujet du moment où il faut opérer une appendicite, les opinions sont partagées : il y a, d'une part, les interventionnistes d'emblée, comme Dieulafoy, Reclus et Routier, et, de l'autre, les éclectiques, comme Jalaguier et Brun, qui préfèrent pratiquer l'opération *à froid*. Ici, la rechute avait débuté par un violent frisson avec 40°. Je me contentai d'instituer un traitement médical (sangsues, glace, opium). Les éléments qui fournissent les indications opératoires sont la température, le pouls et la douleur. Or, pendant trois jours la température s'est élevée graduellement jusqu'à 40°6; le pouls a passé de 78 à 120; il était, de plus, devenu petit.

La douleur, il est vrai, est constamment restée localisée au même point, sans prendre d'extension. On ne constatait pas de signes locaux de péritonite et la défense de la paroi était peu prononcée. Mais, d'un côté, on ne rencontre pas toujours de douleur diffuse dans des cas très graves avec perforation, et, de l'autre, l'aggravation des symptômes généraux et l'altération du facies justifiaient toutes les craintes.

Dès le troisième jour, l'opération paraissait urgente. Le soir, je craignais déjà qu'il ne fût trop tard.

Le seul signe caractéristique qui ait fait défaut, c'est la défense musculaire de la paroi abdominale. Le fait n'est pas sans valeur. Mais doit-on toujours temporiser parce que ce symptôme n'existe pas? Qui oserait le soutenir? En décidant l'intervention, nous n'avons donc pas commis d'erreur grave.

Peut-on attribuer à l'opération la mort de la malade? Il est certain que si nous avions été assurés de l'existence d'une fièvre typhoïde, nous n'aurions pas fait appel au chirurgien, et nous aurions ainsi évité le choc opératoire qui n'est pas négligeable. Mais je doute que l'intervention ait beaucoup modifié l'évolution de la maladie dans ce cas. Il n'y a eu aucune complication opératoire ni pendant, ni après; pas d'inflammation, pas de septicémie; aucune suppuration autour de la plaie. En réalité, la malade a succombé à une infection typhique suraiguë, qu'expliquerait peut-être une prédisposition spéciale, puisqu'elle avait eu déjà deux atteintes de dothiénentérie sans avoir été immunisée. Un de mes collègues d'internat a eu, à ma connaissance, trois atteintes parfaitement caractérisées de fièvre typhoïde, à plusieurs années de distance.

On ne peut pas dire que le cas en présence duquel nous nous sommes trouvés soit tout à fait exceptionnel. Des exemples analogues, sans être fréquents, ont été déjà signalés.

Trousseau indique des faits où la douleur iliaque de la fièvre typhoïde peut faire songer à une pérityphlite.

Un enfant de cinq ans, observé par Jalaguier et Merklen, présentait une douleur si nettement localisée au point de McBurney, qu'on l'attribua d'abord à une appendicite; mais rapidement survinrent les signes caractéristiques d'une fièvre typhoïde.

Talamon relate une observation de Kirkbride d'après laquelle un garçon pris de fièvre, de douleur abdominale et de constipation eut au cinquième jour des vomissements fécaloïdes avec toutes les allures d'une appendicite. L'administration de lavements purgatifs détermina une débâcle, après laquelle la maladie revêtit l'aspect normal d'une fièvre typhoïde.

Voici maintenant 3 faits dus à Moizard (1). Une fillette de douze ans est prise brusquement de frisson, de vomissements et de douleur iliaque, à localisation appendiculaire, avec peu de défense musculaire; au huitième jour apparaissent des taches rosées lenticulaires. — Un garçon de quatorze ans présente brusquement des signes d'appendicite; mais au bout de quelques jours la douleur s'atténue et les symptômes typhiques se caractérisent. — Enfin, dans un troisième cas, l'erreur de diagnostic persista assez longtemps pour qu'on ait pratiqué une laparotomie, qui démontra que l'appendice était intact.

Maurange (2) a également publié un fait analogue : il s'agit d'un homme robuste de vingt-six ans, qui, après trois jours de constipation, eut un grand frisson fébrile. On lui administra un purgatif, mais alors survinrent des symptômes alarmants, de la toux, du hoquet, des vomissements bilieux, de la douleur abdominale, une fièvre violente (40°9 à 41°3). Le troisième jour l'opération fut décidée; on pratiqua l'ablation d'un appendice atrophié, chroniquement enflammé, sans trace de poussée inflammatoire actuelle. Cette intervention détermina la disparition de tous les réflexes abdominaux (vomissements, toux, hoquet), mais la fièvre persista, il survint du délire avec des frissons intercurrents et la maladie prit l'allure d'une fièvre typhoïde anormale, à forme septicémique, sans taches rosées ni diarrhée. Le sérodiagnostic donna un résultat positif.

(1) Moizard. La fièvre typhoïde à début brusque simulant l'appendicite. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juillet 1899, p. 485.)

(2) Maurange. Fièvre typhoïde, à début anormal, prise pour une appendicite à forme hypertoxique, traitée par l'intervention chirurgicale et terminée par guérison. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 28 sept. 1899, p. 925.)

Il est donc impossible, sans le sérodiagnostic, de distinguer certaines fièvres typhoïdes d'avec les péritonites septiques d'origine appendiculaire, comme le prouvent les exemples précédents.

Quel est le mécanisme de ces accidents appendiculaires au cours de la dothiénentérie? Il est peu connu. Il est probable qu'il y a dans un certain nombre de cas issue brusque dans l'appendice d'une certaine quantité d'exsudat et de sang. Chez notre malade, nous avons trouvé un hématome de l'organe, une congestion hémorrhagique. Mais, en réalité, il n'existait pas de lésion marquée des tuniques.

Parfois il ne s'agit que d'une simple réaction de voisinage, de péritonisme, comme dans l'exemple relaté par Maurange, où l'appendice était atrophié, scléreux, sans inflammation récente.

Moizard pense que le *terrain* nerveux pourrait jouer un certain rôle, et que ces phénomènes de péritonisme ne se voient que chez des sujets prédisposés. Chez notre malade, fille fort calme et bien équilibrée, cette interprétation ne semble pas justifiée.

D'autre part, nous savons que l'appendice participe aux lésions de la fièvre typhoïde, comme l'a montré M[lle] Hopfenhausen (1). Il est possible que, dans ces cas, il se fasse un vrai raptus congestif avec hémorrhagie ou exsudation dans la cavité de l'appendice. C'est en quelque sorte une fluxion appendiculaire surajoutée à la fluxion de l'iléon et du cæcum. Mais ce n'est encore qu'une hypothèse. Rappelons, en effet, que l'examen de l'appendice, chez notre malade, en dehors du caillot sanguin, n'a révélé aucune lésion pariétale.

Les éléments du diagnostic différentiel ne sont pas aisés à établir. On ne peut guère indiquer que les signes de présomption suivants :

D'abord, l'opposition entre la gravité des phénomènes généraux et le peu d'intensité de la douleur locale;

L'absence de défense musculaire; c'est là la meilleure indication clinique, bien qu'elle ne soit pas pathognomonique;

L'existence plus fréquente d'albuminurie dans la fièvre typhoïde que dans l'appendicite;

L'examen du sang, qui révèle dans l'appendicite une leucocytose qui n'existe pas dans la fièvre typhoïde (2); de plus, d'après Hayem, il ne se produit pas sous le microscope de reticulum fibrineux dans le sang du dothiénentérique, tandis que la formation de ce reticulum est précoce et rapide dans le cas d'inflammation aiguë de l'appendice; je n'ai malheureusement pas songé à pratiquer cette recherche au moment où la nécessité d'une intervention me paraissait pressante;

Le sérodiagnostic, dont la valeur est très grande quand la fièvre typhoïde date déjà de douze à quinze jours, mais qui le plus souvent ne fournit pas de renseignement au début de la maladie.

Toutefois, aucun de ces signes n'a une valeur pathognomonique absolue.

(1) M[lle] Hopfenhausen. Etude sur l'état de l'appendice vermiforme dans le cours de la fièvre typhoide. (*Thèse de Lausanne*, 1898, et *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 fév. 1899.)

(2) Hare. Appendicitis and typhoid fever. (*Med. News*, 21 juillet 1900.)

Il peut exister beaucoup de péritonisme dans des cas légers, et peu de réaction dans des cas très graves.

La défense musculaire n'est pas constante, même s'il s'est fait une perforation.

Quant à l'examen du sang, il donne des renseignements plus certains, particulièrement le sérodiagnostic positif; mais il s'observe rarement dans les premiers jours de la dothiénentérie, alors que dans certains cas il importerait d'avoir un diagnostic sûr pour prendre une décision.

On voit donc qu'on est obligé de rester quelquefois dans le doute; d'où la nécessité de temporiser dans la mesure du possible. Cependant, l'opération parfois s'impose et n'est pas nécessairement mortelle, comme le prouve le fait de Maurange. L'intervention, en pareil cas, offre certainement moins de danger que n'en a l'expectation trop prolongée lorsqu'il y a suppuration de l'appendice.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 février 1901.

La glycosurie et le diabète d'origine dyspeptique.

M. Robin. — Il est un retentissement hépatique des dyspepsies, et spécialement de l'hypersthénie gastrique, qui n'a pas encore été décrit, c'est la glycosurie: tantôt il s'agit d'une glycosurie simple, tantôt d'un véritable diabète.

La première variété est de beaucoup la plus fréquente; c'est elle que j'ai rencontrée dans les neuf dixièmes des cas. Cette glycosurie simple ou dyspeptique est essentiellement irrégulière, intermittente, variable d'un jour à l'autre; la quantité de sucre contenue dans l'urine est toujours faible: en outre, elle n'est pas uniformément répartie dans l'urine des vingt-quatre heures, le sucre manquant dans l'urine du matin et ne se rencontrant que dans celle de la digestion. Elle s'accompagne fréquemment d'albuminurie transitoire, et toujours d'une exagération des échanges nutritifs généraux.

Les dyspeptiques qui en sont atteints ont l'appétit conservé ou exagéré, l'estomac distendu et clapotant, le foie gros et plus ou moins sensible à la percussion; l'étude du chimisme stomacal dénote, chez eux, un état d'hyperchlorhydrie.

Comme symptômes accessoires, il faut signaler la neurasthénie, les vertiges, les émissions laiteuses phosphatiques, les dermatoses, les troubles cardiaques, les sueurs profuses, etc.

La glycosurie intermittente des hypersthéniques peut, dans certains cas, devenir permanente et se transformer en un diabète qui, à la longue, prend les caractères d'un diabète quelconque. Il importerait donc d'en faire le diagnostic de bonne heure; mais il faut avouer que, jusqu'à présent, ce diagnostic ne repose sur aucun signe positif.

Dans la pratique, on se fondera sur l'antériorité des troubles dyspeptiques, sur la faible quantité de sucre, au moins au début, sur la présence de traces d'albumine dans l'urine de la digestion et sur son absence dans l'urine du jeûne, enfin sur l'action favorable du traitement gastrique : tous les cas de glycosurie dyspeptique que j'ai observés ont cédé, en effet, à ce traitement qui se confond, du reste, avec celui de la dyspepsie hypersthénique.

Lorsque, par exception, on voit la glycosurie persister, il faut avoir recours aux médicaments modérateurs de l'activité fonctionnelle du foie, c'est-à-dire à l'antipyrine associée au bicarbonate de soude, à l'arséniate de soude, à l'arsénite de potasse, etc.

Dans le diabète dyspeptique — ou même dans la simple glycosurie, quand la quantité de sucre devient importante — il faut commencer par diminuer l'activité du foie à l'aide de l'antipyrine, puis, lorsque le sucre a disparu ou a été réduit d'une façon notable, revenir au traitement de la dyspepsie hypersténique, en débutant par le régime lacté absolu.

Pathogénie de l'hydrocèle chronique.

M. Peyrot lit, au nom de M. Milian et au sien, une note tendant à prouver que les hydrocèles chroniques relèvent souvent d'une altération primitive de la tunique vaginale, indépendante de toute lésion épididymo-testiculaire.

D'après cette conception, l'hydrocèle chronique serait une périviscérite au même titre que les lésions chroniques du péricarde, de la plèvre, du péritoine, avec lesquelles elle coexiste habituellement.

Dès lors, l'étiologie de l'hydrocèle chronique se confondrait avec celle de ces périviscérites : toutefois la tuberculose ne paraît pas ici pouvoir être incriminée, tandis que l'artériosclérose, les cardiopathies, le mal de Bright s'observent fréquemment. Il est vrai qu'il n'y a probablement pas subordination de l'une aux autres, mais plutôt coexistence tenant à une cause commune antérieure: infections générales, bénignes ou graves, ayant laissé dans l'ensemble du système séreux des reliquats d'inflammation chronique.

M. Lagrange (de Bordeaux) communique les observations de quatre malades atteints de *gliome de la rétine* qu'il a opérés avec succès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er février 1901.

De l'angine à bacilles fusiformes.

M. Vincent. — Depuis un an, j'ai observé trois nouveaux cas d'angine à bacilles fusiformes, dont un chez un homme de vingt-quatre ans qui, pendant plus de six mois, présenta au niveau de l'une des amygdales, avec des alternatives de rémission et d'exacerbation, une ulcération recouverte d'une fausse membrane. Cette angine était accompagnée de fièvre, de courbature, de dysphagie et d'une adénopathie sous-maxillaire.

J'ai profité de ces trois faits pour tenter à nouveau la culture du bacille fusiforme dans les milieux les plus variés, soit à l'air, soit dans le vide; comme les précédentes, ces tentatives sont restées infructueuses. Je n'ai pas réussi davantage à constater que ce microbe fût doué de mobilité; sa forme, parfois infléchie, rend cependant cette mobilité vraisemblable.

Le bacille fusiforme est un hôte pour ainsi dire constant de la bouche des sujets sains. Il existe également à l'état normal dans l'intestin, et on en trouve quelques exemplaires dans toutes les angines pseudo-membraneuses. En dehors des angines spéciales — diphtéroïdes ou ulcéro-membraneuses — qu'il paraît tenir sous sa dépendance, il peut provoquer des abcès dentaires ou péri-buccaux. Il offre, en outre, les analogies les plus étroites avec le bacille de la diphtérie des plaies, c'est-à-dire de la pourriture d'hôpital.

De cet ensemble de faits, on est en droit de conclure que, comme un grand nombre de bactéries pathogènes (pneumocoque, streptocoque, bacille de Lœffler, etc.), le bacille fusiforme peut susciter des lésions anatomiques très variables. On ne saurait évidemment s'appuyer sur cette multiplicité de ses propriétés pathogènes pour formuler des réserves sur sa spécificité en ce qui concerne l'angine ulcéro-membraneuse, car, outre que sa présence y est constante, on peut déterminer expérimentalement une lésion identique de l'amygdale saine par inoculation de l'exsudat de l'amygdale atteinte.

Méningite cérébro-spinale à début grippal.

M. Rendu communique l'observation d'un jeune enfant qui, après avoir présenté pendant quatre ou cinq jours des symptômes de rhino-pharyngite, fut atteint de parésie des membres inférieurs avec abolition des réflexes rotuliens, signe de Kernig, raideur de la nuque, etc.

Ces accidents s'amendèrent au bout de quelque temps sous l'influence de bains chauds répétés deux fois par jour et surtout à la suite de l'évacuation, au moyen d'une ponction lombaire, de 25 c.c. de liquide céphalo-rachidien. Toutefois, si les douleurs des membres et de la nuque ont complètement disparu, il subsiste encore une légère parésie avec atrophie de certains groupes musculaires des membres inférieurs. Il semble donc rationnel de supposer que dans ce cas, les lésions ne sont pas restées localisées aux méninges cérébro-spinales, mais qu'elles se sont propagées soit à la substance grise de la moelle, soit aux faisceaux radiculaires antérieurs.

Les ensemencements de liquide céphalo-rachidien ont été constamment stériles.

M. Comby ne croit pas, en l'absence des microbes spécifiques de la méningite cérébro-spinale dans le liquide céphalo-rachidien, que l'on soit autorisé à rattacher à cette affection les accidents présentés par le petit malade de M. Rendu.

A propos de la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde.

M. Troisier fait remarquer que tous les cas de fièvre typhoïde qui se déclarent à l'intérieur des hôpitaux ne reconnaissent pas forcément pour cause la contagion.

Beaucoup d'entre eux sont simplement le résultat d'une contamination, par l'eau de boisson par exemple. C'est ainsi que, chez une malade de son service soumise à des lavages d'estomac et qui contracta la fièvre typhoïde trente-six jours après son entrée à l'hôpital, il est très probable que la contamination eut lieu par l'eau filtrée, mais non bouillie, ayant servi à faire ces lavages.

M. Vincent croit, au contraire, qu'on ne peut guère expliquer que par la contagion directe la dothiénentérie qui, dans les hôpitaux militaires, se déclare souvent chez les infirmiers spécialement attachés au service des typhoïdiques. C'est probablement à la contamination de leurs doigts d'abord, de leurs aliments ensuite, par les déjections des malades que ces infirmiers doivent de contracter facilement la dothiénentérie. Si l'eau de boisson était en cause, les autres infirmiers du même hôpital devraient être contaminés aussi fréquemment que leurs camarades.

Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique.

M. Boulloche présente, au nom de M. Rendu et au sien, un enfant de onze ans qui a été atteint, il y a environ sept ans, d'une pleuro-pneumonie terminée par une symphyse pleuro-pulmonaire complète, et chez lequel on constate actuellement une déformation considérable des extrémités des doigts, des mains, des poignets, des orteils, des articulations tibio-tarsiennes et des genoux. La radiographie a montré que ces différentes déformations sont dues presque exclusivement à une hyperplasie des os.

M. Variot estime que l'hypertrophie du tissu osseux des phalangettes est caractéristique de l'ostéo-arthropathie pneumique, car, dans la cyanose congénitale, l'augmentation de volume des doigts ne porte que sur les parties molles.

Fièvre typhoïde à forme de méningite cérébro-spinale.

M. Netter fait observer, à propos du fait de fièvre typhoïde avec accidents méningés communiqué par M. Bernard à la dernière séance, que la dothiénentérie revêt assez souvent le masque de la méningite cérébro-spinale. Quand on fait, en pareil cas, l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction lombaire, tantôt on y constate la présence de bacilles d'Eberth et tantôt, au contraire, on ne parvient à y déceler aucun microbe.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 février 1901.

Perméabilité du rein à la caséine.

MM. Ch. Achard et **L. Gaillard.** — On sait que les albumines qui n'entrent pas dans la composition normale du sérum s'éliminent par le rein, et qu'elles rendent cet organe, même quand il est sain, perméable aux albumines normales. C'est ce que nous avons vérifié pour la caséine : l'albuminurie proprement dite accompagne la caséinurie.

Quand le rein est malade et laisse passer les albumines normales, comment se comporte-t-il à l'égard des albumines étrangères?

Pour élucider ce point, nous avons produit

expérimentalement des néphrites toxiques avec le sublimé et le bichromate de potasse, et des scléroses rénales au moyen de cautérisations des reins. Puis nous avons injecté de la caséine dans le péritoine et comparé l'élimination de cette substance chez les animaux à reins altérés et chez des témoins. Toujours la caséine a été mieux éliminée quand il existait des lésions rénales et de l'albuminurie, alors même que d'autres substances, comme le bleu de méthylène, passaient moins facilement.

En somme, le passage de la caséine à travers le rein nécessite des conditions physiques particulières, différentes de celles qui suffisent à assurer l'élimination des substances cristalloïdes. Si ces conditions physiques de perméabilité aux colloïdes sont déjà réalisées, comme il arrive dans le cas d'albuminurie préalable, le passage de la caséine devient d'autant plus facile.

Le tokelau dans l'Indo-Chine française.

M. Jeanselme. — Le tokelau, ou *tinea imbricata,* est une dermatose squameuse, très prurigineuse, qui décrit sur la peau des cercles concentriques d'une régularité géométrique. Arrivant au contact les uns des autres, se coupant sous des incidences variables, ces placards finissent par couvrir tout le tégument de dessins capricieux et bizarres.

Le tokelau respecte le cuir chevelu et ne produit pas d'alopécie, mais je l'ai vu altérer profondément les ongles des doigts et des orteils.

Cette dermatose est très commune dans l'Indo-Chine française. Je l'ai observée sur la côte d'Annam, dans la haute Cochinchine, le Cambodge, le Laos, le delta du Tonkin, dans la vallée de la haute Rivière-Noire et sur le cours supérieur du fleuve Rouge.

Si l'existence du tokelau n'a pas encore été signalée dans notre colonie d'Extrême-Orient, c'est que ses formes jeunes et circinées sont prises à tort pour de la trichophytie cutanée, et que les formes anciennes et généralisées sont confondues avec l'ichtyose ou la dermatite exfoliatrice.

Il existe dans les squames du tokelau un abondant réseau mycélien. Dès mes premières recherches, remontant à deux ans, j'ai remarqué que le thalle de la mucédinée du tokelau émet des rameaux sporifères du type *Aspergillus.* Le tokelau, comme les caratés d'Amérique, est donc une *aspergillose.*

Les spores qui surmontent les capitules d'aspergillus contiennent un pigment de nuance jaune sale, ce qui donne aux squames du tokelau une couleur cendrée spéciale.

Des greffes échinococciques.

M. Dévé. — Les kystes hydatiques du péritoine siégeant toujours sur la séreuse péritonéale, les auteurs ont conclu de cette disposition anatomique que les germes hydatiques qui leur donnent naissance ont une origine intrapéritonéale (voie d'apport circulatoire, cheminement direct); et comme ces kystes ne sont jamais solitaires, on admet dans ces cas une multiplication primitive par des embryons hexacanthes qui seuls, d'après l'opinion classique, seraient susceptibles de donner naissance aux kystes hydatiques.

Il résulte d'une série d'expériences que je viens de faire que les kystes hydatiques peuvent se développer non seulement aux dépens des vésicules filles, ce qui est un fait aujourd'hui bien établi, mais encore, ce qui est beaucoup plus discuté, aux dépens des vésicules proligères et des scolex.

Mes recherches démontrent, en outre, que les kystes situés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal peuvent provenir de germes échinococciques divers (parois kystiques, vésicules filles, vésicules proligères et scolex) tombés dans l'intérieur de la cavité péritonéale.

Ces faits éclairent la pathogénie des kystes multiples du péritoine et des nombreuses variétés de kystes de l'abdomen étudiées jusqu'ici isolément (kystes du mésentère, du bassin, de la prostate, etc.), qui sont le plus souvent consécutifs à la rupture, apparente ou latente, d'un kyste abdominal primitif. La même pathogénie s'applique aux kystes multiples sous-pleuraux.

Mes expériences établissent enfin la nécessité, au cours des interventions sur les kystes hydatiques, de protéger les tissus contre les germes échinococciques, et spécialement contre les vésicules proligères et les scolex pratiquement invisibles. Le seul moyen qui permette d'éviter l'échinococcose secondaire post-opératoire consisterait à tuer les germes dans le kyste par une injection tænicide faite avant l'ouverture de la poche.

Stomatite provoquée par des chenilles.

M. Artault appelle l'attention sur une variété de stomatite provoquée par l'ingestion de fruits qui se sont trouvés en contact avec des nids de *Liparis chrysorrhœa* et qui, par suite, sont plus ou moins saupoudrés des poils et des sécrétions desséchées et pulvérulentes des glandes cutanées des chenilles en question.

Cette forme de stomatite est caractérisée par la présence, à la face interne des joues, des lèvres, etc., de plaques saillantes entourées d'un pointillé de petites taches rouges offrant une certaine analogie avec les aphtes. Ces plaques sont indolores et ne gênent pas la mastication. L'affection guérit spontanément au bout de quatre ou cinq jours.

Fixité du taux de l'urée chez des adultes normaux dont le régime alimentaire reste le même.

M. G. Leven. — Les variations considérables dans le taux de l'urée que j'ai naguère signalées chez des enfants normaux dont le régime alimentaire est fixe (Voir *Semaine Médicale,* 1900, p. 403) ne se retrouvent pas chez les adultes.

J'ai observé, à ce point de vue, deux adultes normaux, l'un pendant neuf jours, l'autre pendant dix jours; le régime alimentaire restant le même, le travail physique et intellectuel ne variant pas, l'excrétion de l'urée a présenté chez ces deux sujets une remarquable fixité.

Origine microbienne de l'asthme des foins.

M. Axelos (de Rhodes) adresse une note dans laquelle il dit avoir constaté dans le mucus nasal et dans le sang de plusieurs sujets atteints d'asthme des foins un microcoque spécial qui se colore par les couleurs basiques d'aniline et croît sur les milieux usuels, notamment sur la gélose. Inoculé sous la peau de l'oreille d'un lapin, ce microbe se retrouve dans le sang du cœur de l'animal.

Pour expliquer la corrélation qui existerait entre ce microcoque et l'asthme des foins, l'auteur admet qu'il sécrète une toxine excitant le nerf vague et que cette excitation provoque une contraction spasmodique des bronches, laquelle opposerait à la respiration un obstacle considérable.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 23 janvier 1901.

Affection cérébrale curable, de nature indéterminée, chez des enfants.

M. Oppenheim. — Dans ces dernières années, j'ai eu l'occasion d'observer, chez un certain nombre d'enfants de huit à treize ans, une affection cérébrale revêtant la symptomatologie des tumeurs de la zone rolandique — au point que, pour quelques uns de ces petits malades, l'opération avait été considérée comme nécessaire par plusieurs médecins — et qui, cependant, guérit spontanément ou sous l'influence d'un traitement purement médical.

Un des enfants en question fut pris d'abord de céphalalgies affectant la région frontale et le vertex et de fréquents vomissements; puis survinrent des accès consistant soit en secousses dans la moitié droite de la face et dans le bras droit, avec déviation des yeux et de la tête vers la droite et aphasie transitoire, soit en attaques de paresthésie; souvent les secousses s'étendaient à toute la moitié droite du corps et il y avait perte absolue de connaissance. Au bout de dix-huit mois environ, je constatai une névrite optique, avec parésie accentuée du facial et du bras droits et légère aphasie motrice. J'instituai un traitement ioduré et bromuré, qui amena bientôt une amélioration considérable, et actuellement, depuis près de six ans, cet enfant se maintient en bonne santé.

Dans 5 autres cas, le tableau morbide et l'évolution de la maladie furent très analogues.

En procédant par exclusion, j'incline à penser qu'il s'agit là d'une forme spéciale de méningo-encéphalite tuberculeuse localisée, analogue à ce que MM. Chantemesse et Combe ont observé chez des adultes et décrit sous le nom de « plaques de méningite tuberculeuse ».

M. Heubner. — Je crois plutôt à l'existence, dans ces cas, d'une infiltration caséeuse de faible épaisseur, limitée à la région rolandique et siégeant entre la pie-mère et l'écorce cérébrale. J'ai pu vérifier deux fois, à l'autopsie d'enfants ayant présenté des symptômes identiques à ceux des petits malades de M. Oppenheim, la réalité d'une telle lésion. En ce qui concerne la curabilité de cette affection, je demeure très sceptique; néanmoins, il ne faut pas oublier que l'on a signalé le fait, très rare du reste, d'individus ayant guéri, bien que l'on eût trouvé des bacilles de Koch dans leur liquide céphalo-rachidien.

M. von Hansemann. — Je suis persuadé que si l'on pratiquait systématiquement l'examen *post mortem* du cerveau de tous les enfants ayant succombé à la tuberculose, on serait surpris de la fréquence des lésions méningées, même étendues, qui ne se traduisent par aucun signe pendant la vie. En pareil cas, le processus n'est pas d'origine méningée, mais corticale: c'est une encéphalite ayant son point de départ dans la gaine des vaisseaux de l'écorce.

Je ne crois pas à la curabilité de ces lésions; pour ma part, je ne les ai jamais vus manifester même une tendance à la guérison, comme cela a lieu pour d'autres tuberculoses, celle des muqueuses, par exemple.

M. Oppenheim. — Je n'ai pas prétendu trancher d'une façon catégorique la nature de ces troubles: à mon avis, le diagnostic reste hésitant entre la tuberculose localisée, l'encéphalite chronique et une affection encore indéterminée.

Occlusion de l'utérus par un adénomyome développé aux dépens du mésonéphros.

M. Landau présente une femme de quarante ans n'ayant jamais été réglée et souffrant régulièrement toutes les quatre semaines, depuis l'âge de douze ou treize ans, de vives douleurs abdominales. On constatait chez elle une masse dure, remplissant la voûte vaginale et le col utérin; de chaque côté, on percevait un volumineux hématosalpynx.

La laparotomie montra que la matrice était occupée par une tumeur qui, à l'examen microscopique, fut reconnue pour un adénomyome d'origine mésonéphrétique, c'est-à-dire ayant la structure d'un epoophoron des canaux transverses du corps de Wolff.

D[r] VILLARET.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Intoxication infantile par un émail plombifère,
par MM. GARNIER et SIMON.

Les dangers des batteries de cuisine en fonte émaillée sont bien connus, notamment en ce qui concerne la production d'appendicite par de petits fragments d'émail détachés de la paroi. Le cas relaté par MM. Garnier et Simon prouve que ce n'est pas là le seul inconvénient de ces ustensiles.

Un jeune garçon de huit ans, atteint d'une entérite rebelle, était nourri exclusivement, depuis une quinzaine de jours, de purées de légumes secs, d'œufs, et surtout de viande cuite pulpée au moyen d'un appareil en fonte émaillée, quand on s'aperçut, un matin, que son teint avait pris une coloration jaunâtre rappelant celle de la jaunisse; l'analyse de l'urine montra que l'urée était en proportion normale, qu'il n'y avait ni sucre ni albumine, mais qu'il existait une urobilinurie très forte avec indica-

nurie; en un mot, on trouvait tous les signes d'une insuffisance hépatique.

En présence de ces symptômes, on songea à une intoxication, et l'on ne tarda pas à s'apercevoir que la surface intérieure du pulpeur dont il était d'ordinaire fait usage, présentait des côtes saillantes qui avaient été érodées par le frottement de l'arbre hélicoïdal, si bien que l'émail blanc, très adhérent, qui les recouvrait avait été enlevé et mélangé à la pulpe de viande. Or, l'analyse chimique de cet émail permit d'y déceler 0 gr. 26 centigr. de plomb pour 7 grammes de substance, soit une proportion de 3.7 % (1).

Devant cette constatation, MM. Garnier et Simon estiment qu'il s'est agi, dans ce cas, d'une intoxication saturnine anormale, s'étant localisée exclusivement sur la glande hépatique. (*Arch. de méd. des enfants*, janvier 1901.) — F. F.

Hématémèse foudroyante; mort; autopsie, par MM. Bichelonne et Petges.

L'observation qui fait l'objet du présent travail est relative à un cas d'*exulceratio simplex*, affection décrite il y a trois ans par M. le professeur Dieulafoy (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 20) et dont les exemples sont encore peu nombreux.

Un jeune soldat n'ayant aucun passé pathologique fut pris brusquement, après quelques heures d'un malaise assez vague, d'un vomissement de sang très abondant, qui se reproduisit trois fois entre six heures vingt-cinq et sept heures quinze du soir; la température, prise immédiatement, ne dépassait pas 36°5, le pouls, petit et rapide, demeurait bon, et le malade déclarait ne pas souffrir. Sous l'influence d'une potion à l'ergotine et d'une limonade sulfurique, l'hématémèse cessa et la nuit se passa sans incidents.

Le lendemain matin, l'état général est satisfaisant, il n'y a aucune douleur spontanée ni provoquée par l'exploration. L'auscultation du cœur et des poumons n'indique rien de particulier. Le ventre est un peu ballonné, mais le pouls est normal et la température inférieure à 37°. Subitement, à onze heures du matin, le patient, au moment où il se penchait sur le bord de son lit, vomit sans effort une quantité considérable de sang; on en recueillit 350 grammes dans une cuvette, et il s'en était perdu une quantité au moins égale dans les vêtements et les couvertures. Immédiatement après cet accident, le pouls est faible, à peine perceptible; la face est pâle et couverte de sueurs profuses. On fait une injection hypodermique d'ergotine, on prescrit une limonade à l'eau de Rabel, de la glace *intus* et *extra*. Mais cette médication reste à peu près sans résultat. En effet, dans l'après-midi le malade crache à diverses reprises de petites quantités d'un liquide noirâtre, très fétide; des hématémèses plus abondantes se reproduisent à six heures et à sept heures du soir, puis les crachements de sang fétide recommencent, et la mort survient au matin, après quelques heures d'agitation.

L'autopsie donna la raison des accidents en montrant que l'estomac, très distendu par une grande quantité de liquide noirâtre ne renfermant aucun caillot, présentait, au voisinage de la région pylorique, une quinzaine d'ulcérations très superficielles, donnant l'impression d'un simple dépoli de la muqueuse et siégeant sur les deux parois, mais plus spécialement sur la postérieure; en aucun point il n'existait d'ulcère véritable. Tous les autres organes étaient sains.

(1) Dans le numéro du 13 janvier 1901 de l'*Echo médical du Nord*, MM Lescœur et Vermersch relatent un cas assez analogue d'empoisonnement par des composés toxiques contenus dans l'émail; mais il s'agissait ici de sels de zinc : plusieurs personnes furent prises, une demi-heure après l'ingestion de bouillon préparé dans un grand « pot-au-feu » en fer émaillé, bleu extérieurement et blanc à l'intérieur, de douleurs aiguës à l'épigastre, puis de nausées et de vomissements abondants et incessants, enfin de violentes coliques avec déjections non sanguinolentes et soif ardente; l'analyse chimique permit de reconnaître la présence de zinc dans le bouillon et dans l'émail intérieur du récipient dont on s'était servi. Les auteurs estiment que le métal a été dissous à la faveur de l'acidité du liquide, résultant des nombreux légumes ajoutés au pot-au-feu; peut-être aussi s'était-il produit antérieurement au fond du vase, par l'ébullition d'eaux calcaires, un dépôt d'oxyde ou de carbonate de zinc, plus facilement attaquable encore que le métal lui-même par une liqueur acide.

Comme le font observer les auteurs, la multiplicité des lésions aurait, en ce cas, rendu toute intervention chirurgicale absolument inutile. (*Nouveau Montpellier méd.*, 6 janvier 1901.) — F. F.

Recherches sur les variations de l'élimination de l'urée dans les dermatites polymorphes douloureuses, par M. P. Hardouin.

Depuis assez longtemps déjà, nombre d'auteurs se sont efforcés d'établir une relation entre le taux de l'urée excrétée quotidiennement et l'apparition de poussées de dermatite polymorphe douloureuse. En présence de la contradiction des résultats auxquels ils sont arrivés, M. Hardouin vient de reprendre l'étude de cette question, en s'astreignant à doser, chaque jour pendant plusieurs mois et sur l'urine des vingt-quatre heures, l'urée éliminée par les malades dont il s'agit. Les variations qu'il a constatées d'un jour à un autre donnent la raison des divergences que nous venons de signaler, tout en montrant que l'imminence d'une crise de dermatite polymorphe douloureuse est annoncée, d'une façon constante, par certaines modifications dans la composition de la sécrétion urinaire.

Ses recherches ont porté sur deux sujets. Chez le premier, le taux de l'urée variait de 11 à 24 grammes; chez le second, de 13 à 27. Or, dans les deux cas, les crises douloureuses survenaient régulièrement soit au moment où l'hypoazoturie était le plus accentuée, soit alors que la courbe d'excrétion de l'urée commençait à se relever pour se rapprocher de la normale. Si bien que, au moins en ce qui concerne ces deux malades, on peut diviser en quatre périodes le laps de temps qui s'écoule entre deux accès consécutifs : la première, caractérisée par une hypoazoturie très marquée ou par le début de l'ascension de la courbe, correspond encore à la phase de bonne santé, à la fin de laquelle apparaît le prurit qui indique l'approche de la crise; dans la seconde, l'élimination de l'urée s'accroît progressivement, pendant que le sujet est en pleine éruption; la troisième présente une azoturie normale, voire légèrement exagérée, et coïncide avec la période d'acmé de la maladie, marquée par un état général mauvais et par de la fièvre; durant la quatrième, enfin, le taux de l'urée diminue, et le patient recouvre une bonne santé. Puis le cycle recommence.

Malgré l'intérêt de ces résultats, M. Hardouin juge prématuré, étant donné le petit nombre de faits qu'il a recueillis, d'établir sur eux une explication pathogénique de la dermatite polymorphe douloureuse. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, novembre 1900.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De la succussion des reins, par M. S. Goldflam.

Sous le nom de *succussion des reins*, l'auteur décrit un procédé d'exploration de la sensibilité rénale qui semble mériter de prendre place à côté des moyens usuels d'investigation, tels que la palpation bimanuelle et la recherche du ballottement. Voici en quoi consiste ce procédé :

Le patient, dévêtu jusqu'aux lombes, se tient assis ou debout, tournant le dos au médecin et le thorax incliné en avant. Si l'on frappe alors avec le bord cubital du poing fermé de légers coups sur la région lombaire, perpendiculairement à la masse sacro-lombaire ou dans une direction quelque peu oblique, on détermine une série de secousses qui, tout à fait indolores chez les sujets bien portants, sont au contraire nettement douloureuses dans certaines maladies rénales. La différence est particulièrement frappante dans les affections chirurgicales du rein, où le processus morbide n'intéresse d'ordinaire que l'un des organes : en pareille occurrence, la succussion pratiquée du côté malade donne lieu à des douleurs, tandis que du côté opposé la même épreuve reste absolument négative.

La douleur produite par la manœuvre en question rappelle les sensations qui accompagnent la palpation bimanuelle et le ballottement, mais il est des cas où elle se montre alors même que ces deux derniers restent indolores.

Dans les néphrites, les reins sont peu sensibles, les douleurs — spontanées aussi bien que provoquées — sont insignifiantes, et la succussion n'est pas plus douloureuse que la palpation ou le ballottement. Par contre, dans les affections médico chirurgicales (néphrolithiase, pyonéphrose, néoplasmes, tuberculose, etc.), le procédé décrit par M. Goldflam détermine des douleurs, quelquefois plus vives même que celles dont s'accompagne l'exploration du rein telle qu'on la pratique habituellement.

Il convient, cependant, de faire remarquer que la succussion peut être douloureuse en l'absence de toute affection rénale proprement dite : il s'agit alors d'une para ou d'une périnéphrite ou encore d'un simple lumbago, manifestations morbides dont le diagnostic différentiel d'avec une lésion du rein ne présente généralement pas de difficultés. Il est loin d'en être de même dans le cas d'une affection d'un des organes avoisinant le rein (cholélithiase, tumeur de la vésicule biliaire, de la rate, du côlon ou de l'estomac), et c'est ici précisément que la succussion des reins acquiert une valeur diagnostique assez considérable, attendu que, dans les faits de cette catégorie, elle ne s'accompagne jamais de sensations douloureuses. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 janvier 1901.) — L. CH.

Des troubles circulatoires du cerveau consécutifs à la ligature de la veine jugulaire interne, par M. P. Linser.

Le premier cas de troubles cérébraux dus à la ligature de la veine jugulaire interne a été observé à la clinique de M. von Bruns, à Tubingue, et publié en 1897 par M. Rohrlach. Dans ce fait, la ligature de la veine avait amené un ramollissement cérébral, accident rapporté par l'auteur à un développement incomplet du sinus transverse et de la jugulaire du côté opposé. M. Linser fait connaître, dans le présent travail, une observation analogue, provenant également de la clinique de M. von Bruns.

Il s'agit d'une femme de quarante huit ans, qui fut opérée d'un goitre volumineux. Des adhérences inflammatoires avaient nécessité, au cours de l'intervention, la résection de la veine jugulaire interne droite. Le jour même, on constatait une accélération de la respiration et du pouls, une élévation de la température, de la cyanose et de l'œdème de la face du côté droit; la mort survint le lendemain.

A l'autopsie, on trouva, comme cause immédiate de la mort, de l'œdème cérébral. En outre, la veine jugulaire gauche était cinq fois moins large que son homologue droite, laquelle avait été liée. Les sinus cérébraux étaient aussi beaucoup mieux développés à droite qu'à gauche.

A cette occasion, M. Linser a comparé les dimensions des orifices veineux de la base du crâne sur 1,022 sujets; il a constaté ainsi que 662 fois le trou déchiré postérieur était plus grand à droite qu'à gauche; 246 fois il nota la disposition inverse; enfin, dans 114 cas les orifices avaient le même diamètre des deux côtés. Sur la plupart des crânes où le diamètre des deux trous déchirés était différent, cette inégalité n'était pas suffisante pour qu'on pût la considérer comme pathologique. Mais, 29 fois, l'un des trous ne présentait que 3 ou 4 millimètres de diamètre (l'anomalie siégeait 25 fois à gauche et 4 fois seulement à droite), et cette étroitesse du trou déchiré postérieur n'était généralement pas compensée par une augmentation des dimensions du trou mastoïdien.

L'auteur conclut de ces recherches qu'il existe, dans près de 3 % des cas, une insuffisance absolue de l'une des veines jugulaires, le plus souvent de la gauche. Cette particularité rend très dangereuse la ligature de la veine jugulaire du côté opposé. Malheureusement, rien ne permet de diagnostiquer une telle disposition avant l'opération; on devra seulement en soupçonner l'existence chez les sujets rachitiques et chez ceux qui présentent une asymétrie crânienne manifeste.

Comme conclusion pratique, il faut éviter, autant que possible, la ligature de la veine jugulaire interne et la remplacer par la suture latérale toutes les fois que le vaisseau paraît anormalement large. Si l'on est forcé de faire la ligature, on la placera aussi loin que l'on pourra de la base du crâne, afin de faciliter l'établissement d'une circulation collatérale. On disposera enfin le pansement de façon qu'il ne comprime pas la région du trou mastoïdien. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 3.) — F. DE Q.

Résultats des travaux de la mission allemande pour l'étude de la malaria, par M. R. Koch.

Il est connu depuis longtemps que le paludisme n'est pas une entité morbide simple, mais qu'on désigne sous ce nom un groupe de maladies proche parentes. D'après la multiplicité des formes cliniques, on devait s'attendre à rencontrer un nombre égal d'espèces différentes de parasites du paludisme : à en croire Golgi et Mannaberg, on ne trouverait en Europe pas moins de six espèces différentes d'hématozoaires du paludisme, et les travaux de différents auteurs permettaient de soupçonner l'existence de formes spéciales pour le paludisme des tropiques. Aussi M. Koch fut-il très surpris de ne trouver dans les possessions allemandes de l'Afrique orientale que les parasites habituels de la tierce et de la quarte, plus un troisième hématozoaire, généralement sphérique, mais parfois en croissant, donnant lieu à des accès de fièvre tierce particuliers: en effet, la forme tierce ne s'observe qu'au début de l'infection, les accès devenant ensuite irréguliers. L'auteur a pu s'assurer, pendant son séjour en Italie, que les hématozoaires du paludisme y sont identiques à ceux que l'on trouve sur les côtes orientales d'Afrique. Plus tard, il a étudié les parasites du paludisme de l'Afrique occidentale et méridionale, de l'Amérique centrale et des Indes hollandaises, sans découvrir d'autres espèces que les trois précitées. Quant à la dénomination de l'affection produite par la troisième variété d'hématozoaire, il estime que l'expression de fièvre estivo-automnale est impropre, spécialement en ce qui concerne les tropiques; le terme de tierce maligne lui paraissant également défectueux, il propose de conserver la dénomination de « fièvre des tropiques ».

La mission que dirigeait M. Koch a eu l'occasion d'étudier à la Nouvelle Guinée les conditions dans lesquelles le paludisme se développe. Le pays est très peu peuplé et les villages, éloignés les uns des autres, n'ont aucun rapport entre eux : les habitants d'un village ne pourraient même s'aventurer sur le territoire d'un autre qu'au péril de leur vie; aussi, quand on constate en un point des cas de paludisme, on peut être certain qu'il s'agit d'une infection contractée sur place; or, dans plusieurs de ces villages M. Koch a trouvé la proportion suivante de paludéens : enfants au dessous de deux ans, 6 sur 6; enfants de deux à cinq ans, 6 sur 13; enfants de cinq à dix ans, 4 sur 17; individus de plus de dix ans, 0 sur 39.

Cet exemple démontre que le paludisme, laissé à lui-même, ne frappe que des enfants, puisque tous les sujets au-dessus de dix ans en sont exempts. L'auteur n'a constaté que deux exceptions, et dans les deux cas il s'agissait d'adultes arrivés depuis peu dans la localité. Il en tire la conclusion que les habitants de ces villages ont une véritable immunité naturelle acquise peu à peu, et cette opinion est confirmée par le fait que des adultes sains, transportés d'un village contaminé dans un autre foyer de paludisme, ne tombent pas malades, tandis qu'un individu venant d'un pays non paludéen dans une contrée infectée est sûrement frappé.

M. R. Koch a constaté que, dans l'archipel Bismarck, à côté d'îles indemnes, il en est dans lesquelles les trois formes de paludisme s'observent simultanément, et d'autres où la quarte existe seule. Des indigènes, transportés de ces dernières îles dans une île du second groupe, y contractent la tierce ou la fièvre tropicale. On ne peut opposer à l'hypothèse de l'immunité acquise l'argument de Glogner que seuls les réfractaires ont survécu, les malades ayant tous succombé, car, dans les cas cités plus haut, tous les enfants auraient dû périr et le village disparaître. Glogner appuie sa manière de voir sur les observations qu'il a faites à l'orphelinat de Samarang, où non seulement il n'a pas constaté d'immunisation chez les enfants malades, mais, au contraire, une tendance manifeste aux rechutes pendant plusieurs années. M. Koch objecte que le traitement par la quinine, en interrompant artificiellement le cours de l'infection, empêche le développement de l'immunité.

Dans les villages de la Nouvelle-Guinée où l'on observe le paludisme dans toute sa pureté, l'auteur n'a jamais vu de tuméfaction de la rate chez des enfants de moins de six mois; la splénomégalie est très fréquente de trois à six ans; à partir de la quinzième année, il n'a plus constaté un seul cas où la rate fût accessible à la palpation. Les enfants sont fréquemment chétifs, maigres; ils ont la peau flasque et le ventre ballonné. Mais dès que l'âge du paludisme est passé, ils reprennent des forces et se développent normalement.

Un point capital de la pathologie du paludisme concerne l'hôte de l'hématozoaire. M. Koch estime que le parasite qui accomplit la première phase de son développement dans le moustique est spécifique pour l'homme. Tous les essais qu'il a faits pour communiquer le paludisme à des singes sont restés négatifs.

La condition essentielle pour arriver à triompher du paludisme est la destruction de tous les foyers d'infection, de façon que les moustiques ne trouvent plus l'occasion de s'infecter et de transporter plus loin le germe morbide. Cette destruction est possible par le traitement quinique jusqu'à guérison complète, non seulement de tous les malades, mais aussi des paludiques latents; pour cela, l'examen microscopique du sang est indispensable. L'auteur préconise le chlorhydrate de quinine en solution; il l'administre d'ordinaire à la dose quotidienne de 1 à 2 grammes jusqu'à disparition des accès. Pour éviter une rechute, il continue à le donner tous les sept ou huit jours, deux jours de suite, pendant deux mois. Si l'on constate une tendance à la fièvre bilieuse hémoglobinurique, on fera bien de diminuer les doses de quinine, ou de remplacer ce médicament par le bleu de méthylène. A titre prophylactique, M. Koch recommande d'administrer 1 gramme de quinine deux jours de suite tous les dix jours. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 et 13 décembre 1900.) — A. J.

Recherches expérimentales concernant l'influence du chloroforme sur l'énergie des contractions utérines pendant l'accouchement physiologique, par M. F. Westermark.

L'opportunité de la narcose obstétricale est discutée : si ses partisans ne lui reconnaissent que des avantages et vont même jusqu'à prétendre qu'elle accroît la force des contractions, ses adversaires affirment, par contre, qu'elle ne donne que de mauvais résultats. M. Westermark a cherché à résoudre expérimentalement cette question délicate.

Dans ses recherches — qui ont porté sur 14 femmes en travail —, il s'est servi d'un ballon de très petit volume qu'il introduisait dans l'utérus à côté de la poche des eaux, et qui était en relation avec un manomètre et un appareil enregistreur. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

L'anesthésie chloroformique complète diminue la fréquence des contractions et leur durée; elle abaisse la pression intra-utérine pendant les douleurs, mais non dans leur intervalle; le maximum de contraction est atteint plus rapidement sous l'influence du chloroforme.

L'anesthésie dite obstétricale produit à peu près les mêmes effets, mais à un moindre degré : cependant, elle ne diminue pas la pression intra-utérine pendant la contraction, elle ne raccourcit guère la durée des douleurs et elle n'avance pas le moment où le maximum de contraction est atteint; par contre, elle calme à un haut degré la souffrance. Elle a donc pour résultat de ralentir un peu l'accouchement, mais en le rendant beaucoup moins pénible.

Comme conclusion pratique, M. Westermark conseille de n'employer l'anesthésie que pendant la période d'expulsion, et seulement dans les cas où les contractions sont particulièrement violentes et douloureuses. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 1.) — E. C.

Les modifications du tissu élastique dans l'inflammation, la sclérose et la dilatation des veines, par M. B. Fischer.

Le nouveau procédé de coloration indiqué par C. Weigert permet de mettre en évidence seulement les éléments élastiques, fibrilles et granulations, sans colorer le tissu conjonctif. Grâce à ce colorant électif, l'auteur a pu constater que, dans la *phlébite aiguë*, les éléments élastiques, quoique dissociés par l'inflammation, résistent très longtemps, surtout au niveau de la limitante interne; aussi leur disparition indique-t-elle une intensité vraiment remarquable du processus morbide. Quand la phlébite aiguë s'accompagne de thrombose, les fibrilles élastiques ne tardent pas à apparaître dans le caillot dès le début de son organisation, et elles se multiplient au fur et à mesure que l'évolution du thrombus se poursuit.

Dans certaines *scléroses veineuses*, la néoformation des mêmes fibrilles est souvent très active : ce fait infirme la théorie de Thoma, d'après laquelle la lésion initiale de la sclérose veineuse, comme celle de l'artériosclérose, serait essentiellement l'atrophie des fibres élastiques de la tunique moyenne du vaisseau.

Dans les *varices*, enfin, en examinant des veines plus ou moins profondément lésées, on assiste à la disparition graduelle, mais fatale, des éléments élastiques qui sont progressivement remplacés par un tissu fibreux végétant très riche en cellules embryonnaires; ce serait là, d'après M. Fischer, une démonstration nouvelle de l'origine phlébitique des varices, doctrine que M. Cornil soutint le premier en 1872, et un argument de première importance à opposer à la formule purement mécanique, défendue récemment encore par Lesser et par Hodara. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 3.) — CL. P.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Rôle de l'hérédité dans l'étiologie de l'anémie pernicieuse, par M. Ch. Dana.

Parmi les facteurs multiples auxquels on fait habituellement jouer un rôle dans l'étiologie de l'anémie pernicieuse, les classiques ne mentionnent guère l'hérédité. Or, M. Dana a observé un cas pour lequel il croit devoir attribuer à l'anémie pernicieuse une origine en quelque sorte congénitale.

Il s'agissait d'un homme de quarante-sept ans, issu d'une mère qui, au moment de la naissance du sujet en question, était âgée d'environ quarante ans et avait déjà eu douze enfants, tous mort-nés. Le patient déclarait ne pas avoir eu la syphilis. Il avait, d'ailleurs, toujours été bien portant, à cela près que, deux ans et demi avant la maladie actuelle, il fut pris d'une gastro-duodénite avec ictère. Au mois d'avril dernier, il se fit recevoir à l'hôpital pour une affection présentant tous les caractères de l'anémie pernicieuse. Ce diagnostic fut, du reste, confirmé par les résultats de l'examen du sang, ainsi que par l'évolution typique de la maladie. Le patient succomba au bout d'environ deux mois.

Tenant compte de l'histoire familiale de cet homme (douze frères et sœurs mort-nés, âge relativement avancé de la mère au moment du treizième accouchement), l'auteur est porté à croire qu'il y a ici autre chose qu'une simple coïncidence et que l'anémie pernicieuse traduit un défaut primordial de vitalité des tissus et, en particulier, des organes hématopoiétiques et des éléments figurés du sang. A l'appui de cette interprétation — dont le bien fondé ne pourra être établi que le jour où l'on aura recueilli toute une série de faits analogues —, M. Dana rappelle que les enfants ayant eu plusieurs frères ou sœurs mort-nés présentent fréquemment des anomalies tératologiques. C'est ainsi que Ballantyne a rapporté un cas où, sur 8 grossesses, les 2 premières ont donné des enfants normaux, la troisième a abouti à une fausse couche, les 4 suivantes ont fourni des enfants mort-nés ou atteints de vices de conformation (hydrocéphalie, anencéphalie, spina-bifida, malformations des membres, etc.) et, enfin, la huitième s'est terminée par la naissance d'un enfant bien portant. (*Med. Record*, 1er décembre 1900.) — L. CH.

Ulcère perforant de l'estomac, par M. J. T. Finney.

De nombreux auteurs — et ce ne sont pas tous des chirurgiens — estiment que le traitement de l'ulcère perforant de l'estomac doit être exclusivement chirurgical. M. Finney est aussi de cet avis; d'après lui, l'expectation ne donnerait que 5 % de guérisons, dont quelques-unes sont peut-être même attribuables à une erreur de diagnostic.

Bien souvent, l'intervention chirurgicale ayant été longtemps différée et le processus infectieux n'étant pas limité par des adhérences, on se trouve, à l'opération, en présence d'une péritonite septique généralisée. Voici les règles que l'auteur formule pour ces cas :

Autant que possible, il faut éviter de donner

de l'opium, et ne pas attendre, pour intervenir, que le shock se soit dissipé; on ne devrait pas cependant opérer un moribond. Quand la situation est grave, il est dangereux de retarder l'intervention jusqu'à ce que le diagnostic soit fixé, il faut, au contraire, opérer pour préciser le diagnostic.

En ce qui concerne la technique, M. Finney, après anesthésie locale à la cocaïne, fait d'abord une incision exploratrice entre l'appendice xiphoïde et le nombril. S'il y a péritonite ou extravasation du contenu de l'estomac, il agrandit l'incision; puis, il examine l'estomac systématiquement en commençant par son extrémité cardiaque : à ce propos, il rappelle que dans 20 % des cas il y a plusieurs perforations.

Quand la perforation est difficile à atteindre, ou introuvable, ou encore protégée par des adhérences, il se borne à faire la toilette du péritoine et à drainer. Mais si la perforation est accessible, il la ferme par un double rang de sutures faisant un angle droit avec le grand axe de l'estomac, de façon à éviter la production d'une stricture. Parfois il est préférable d'exciser l'ulcère. Enfin la suture peut être impossible : l'auteur, dans ce cas, obture la perforation au moyen de l'épiploon ou de l'intestin, ou même se borne à assurer le drainage.

Lorsqu'il n'y a pas péritonite septique généralisée, on doit pratiquer une ou plusieurs incisions pour examiner la cavité abdominale dans son entier. On évacue l'exsudat et on fait une toilette complète du péritoine, sans négliger le petit bassin. Suivant les cas, on refermera l'abdomen ou on le drainera.

Contre le ballonnement post-opératoire, M. Finney, recommande les faibles doses de calomel et les lavements glycérinés ou térébenthinés. Pendant quelques jours, il n'alimente l'opéré que par le rectum. S'il se produit un étranglement, il n'hésite pas à rouvrir l'abdomen.

Après ces opérations, la mort, d'après l'auteur, est due principalement à la septicémie; la grande majorité des malades opérés dans les douze heures qui suivent la perforation guérissent.

Vingt et une observations — comprenant 8 morts et 13 guérisons —, dues à différents opérateurs et non encore publiées, complètent cet intéressant travail. (*Ann. of Surgery*, juillet 1900.) — E. C.

La technique des opérations pour tumeurs intraligamentaires, par M. W. H. WATHEN.

Le manuel opératoire que décrit l'auteur vise ces tumeurs, solides ou kystiques, situées dans la profondeur du bassin, en arrière du péritoine, et qui parfois s'élèvent dans la cavité abdominale en écartant les feuillets péritonéaux qui recouvrent l'intestin, et entrent ainsi en relation immédiate avec la vessie, l'utérus, l'intestin, l'uretère ou les vaisseaux sanguins.

Voici comment M. Wathen conseille d'agir en pareil cas :

On commence par lier les artères utérine et ovarienne avant de procéder à l'énucléation de la tumeur. Si celle-ci est volumineuse, on peut être obligé de l'attaquer par les voies vaginale et abdominale. On procède à la ligature de l'artère utérine par le vagin, de préférence sur un point situé entre l'uretère et l'artère iliaque interne, et on fait cette ligature des deux côtés lorsqu'il s'agit d'une tumeur bilatérale. A ce moment, si on ne peut compléter l'opération par la voie vaginale, on incisera l'abdomen.

Pendant l'opération, l'auteur recommande de se borner à appliquer des pinces, pour ne faire les ligatures qu'après l'ablation de la tumeur : l'exécution en est alors plus facile.

Si l'on veut être certain de ne pas blesser l'uretère, on devra le cathétériser.

Quant à l'incision de la capsule du néoplasme, M. Wathen prescrit de la faire suivant une ligne qui permette, en cas de besoin, de suturer cette capsule à la plaie abdominale, mesure qui peut être nécessitée par un suintement sanguin abondant, par une infection du champ opératoire, par la crainte de voir l'intestin se rompre. Quand ces dangers ne sont pas à redouter, il suffit de lier la capsule aussi près que possible de sa base. Mais lorsqu'on a des raisons de craindre l'infection, il lui paraît souvent plus sûr de drainer la cavité par l'espace de Douglas. (*Amer. Journ. of Obstetrics,* septembre 1900.) — E. C.

Suspension de l'utérus par les ligaments ronds, par M. C. BECK.

Comme méthode de traitement du prolapsus utérin, l'auteur recommande le procédé suivant : la malade étant placée dans la position de Trendelenburg, on fait une courte incision sur la ligne blanche et, au moyen d'une pince, on attire le fond de l'utérus en dehors de la cavité abdominale. Chaque ligament rond ayant été alors libéré du péritoine qui le recouvre, sur une longueur de 7 ou 8 centimètres en partant de l'extrémité utérine, on suture au-dessous de lui le bord de la plaie péritonéale : les ligaments ronds chevauchent ainsi sur le péritoine. Pour renforcer cette suspension, on suture le fascia et le muscle sur le ligament rond, qui représente ainsi « la bride d'un vêtement suspendu à un large crochet ». Si la tension est considérable, M. Beck conseille d'inciser le bord interne des deux muscles droits et de faire passer les ligaments dans ces incisions que l'on suture ensuite. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, septembre 1900.) — E. C.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Nystagmus et canaux semi-circulaires, par MM. E. TROMBETTA et G. OSTINO.

Les otologistes ont remarqué depuis longtemps la coïncidence du nystagmus avec certaines affections auriculaires, coïncidence qui serait même assez fréquente puisque, rien que pour l'année 1900, les auteurs du présent travail en ont relevé 8 exemples dans la littérature médicale, auxquels ils ajoutent 2 observations nouvelles. D'autre part, les physiologistes ont aussi été frappés des relations existant entre les lésions expérimentales de l'appareil auditif et les troubles fonctionnels de la musculature des yeux, notamment le nystagmus; aussi, ce dernier a-t-il été considéré par Hoygies, à la suite de recherches demeurées classiques, comme un réflexe ayant son centre dans la partie de la région bulbo-protubérantielle comprise entre les tubercules quadrijumeaux et le noyau de l'acoustique, sa voie centrifuge étant constituée par les nerfs moteurs de l'œil et sa voie centripète par les nerfs acoustiques et leurs terminaisons labyrinthiques.

Néanmoins, certains détails restaient encore mal élucidés, concernant le point de départ exact de ce réflexe, sa nature précise (paralytique ou irritative), enfin le rôle spécial de chaque partie du labyrinthe dans sa production. C'est à la solution expérimentale de ces divers points que se sont attachés MM. Trombetta et Ostino.

Chez un chien, ils ont, après extirpation de l'oreille moyenne, excité isolément chacun des canaux semi-circulaires membraneux; la simple piqûre est toujours demeurée sans résultat; par contre, l'instillation de quelques gouttes d'un liquide légèrement irritant (eau oxygénée, alcool, solution phéniquée) a provoqué, au bout de cinq ou six secondes, l'apparition d'un nystagmus intense; il semble donc que la partie excitable ne soit pas le canal membraneux lui-même, mais bien l'ampoule : celle-ci, à l'abri de la pointe du stylet, est, au contraire, facilement atteinte par un liquide diffusible, qui va irriter les terminaisons nerveuses des crêtes auditives.

En outre, les auteurs ont constaté avec la plus grande netteté que l'excitation du canal semi-circulaire horizontal produit du nystagmus horizontal, celle du canal postérieur du nystagmus vertical et celle du canal supérieur du nystagmus mixte; dans tous les cas, les mouvements des globes oculaires furent bilatéraux, quoique plus accentués du côté de la lésion; ils subsistaient encore au bout de quatre jours : à ce moment, l'ablation complète des canaux semi-circulaires et du limaçon les fit complètement cesser, et, dès lors, toute excitation demeura sans résultats.

Chez un second chien, MM. Trombetta et Ostino, ayant mis à nu, par la trépanation, le nerf acoustique à son entrée dans le conduit auditif interne, excitèrent faradiquement ce nerf et déterminèrent ainsi un nystagmus mixte bilatéral.

La conclusion de ces recherches est que le nystagmus est un réflexe d'origine irritative ayant son point de départ dans la région ampullaire des canaux semi-circulaires, et dont chaque variété peut être reproduite par l'excitation d'un de ces canaux. (*Clinica moderna*, 9 janvier 1901.) — F. F.

L'oligoamnios comme cause de procidence du cordon et de souffrance du fœtus, par M. I. PASTORE.

L'influence de l'hydramnios sur la procidence du cordon est admise par tous les auteurs classiques; au contraire, on ne paraît pas avoir attribué jusqu'ici le même rôle au défaut de liquide amniotique. C'est cependant cette dernière étiologie que M. Pastore admet pour les deux faits relatés dans le présent travail, et concernant des femmes atteintes de viciations pelviennes (bassin rachitique totalement et régulièrement rétréci dans un cas, bassin pseudo-ostéomalacique dans l'autre); ces deux patientes, examinées au moment du travail, présentaient une rareté remarquable des eaux et une procidence du cordon; chez toutes deux, on pratiqua avec succès l'opération césarienne.

L'auteur rapporte à l'oligoamnios la pathogénie de la procidence funiculaire dans ces deux observations et ne fait jouer à l'étroitesse du bassin (qui mesurait 7 centimètres chez une patiente et 55 à 60 millimètres chez l'autre) que le rôle d'une cause prédisposante. Il fait observer, en effet, que dans les conditions normales, c'est-à-dire avec des eaux moyennement abondantes, la pression résultant des contractions utérines se répartit, par l'intermédiaire du liquide, également et dans tous les sens sur le contenu de l'utérus, en vertu du principe de Pascal. Au contraire, quand il y a oligoamnios, la pression agit plus spécialement sur le cordon, long et grêle, et le chasse vers la région où la pression est le moins élevée, c'est-à-dire vers le col.

En ce qui concerne l'état de souffrance du fœtus en pareille occurrence, M. Pastore l'explique en partie par ce fait que le cordon est directement comprimé, au moment des contractions, entre le corps du fœtus et la paroi, et, en outre, par la compression immédiate de la tête fœtale, d'où résulte une excitation du pneumogastrique, et par suite un ralentissement du cœur. Enfin, il lui paraît probable que le cordon se trouve soumis en certains points aux conditions qui déterminent normalement sur la présentation la production d'une bosse séro-sanguine, c'est-à-dire à des différences de pression ayant pour effet de troubler la circulation dans les vaisseaux funiculaires. (*Riforma med.*, 10 novembre 1900.) — F. F.

Recherches expérimentales sur le glycogène hépatique dans les infections, par M. S. LUSCHI.

Nombre d'auteurs admettent que, si le foie détruit une grande partie des microbes et des poisons qui le traversent, c'est surtout en raison du glycogène qu'il contient. Néanmoins, ce point prêtant encore à discussion, M. Luschi s'est efforcé de l'élucider en pratiquant le dosage de la substance sucrée contenue dans la glande hépatique d'animaux soumis à des injections de microorganismes (bacille de la diphtérie, de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, colibacille) ou de leurs toxines. Certains de ces animaux avaient, en outre, reçu au préalable une nourriture spéciale, comprenant de la farine et des pommes de terre, de façon à favoriser la glycogenèse.

Les résultats de ces recherches sont que, dans les infections ou intoxications expérimentales, le glycogène hépatique diminue dans une notable proportion, et peut même finir par disparaître complètement. Chez les animaux soumis au régime spécial, cette diminution fut seulement un peu moins rapide que chez les témoins.

La disparition du glycogène s'accompagne d'altérations de la cellule hépatique, consistant en une raréfaction du protoplasma frappant toutes les cellules ou seulement quelques-unes; parfois des pigments biliaires occupent une partie du corps cellulaire. L'endothélium des vaisseaux est le plus souvent gonflé, dans certains cas même en prolifération; les espaces portes présentent une infiltration lymphoïde discrète.

Malgré ces constatations, l'auteur ne se croit pas en droit d'attribuer à la seule diminution du glycogène l'affaiblissement de la résistance

de l'organisme à l'intoxication; il estime que le foie est en pareille circonstance le siège de processus chimiques variés formant un tout complet, dont la destruction de la matière sucrée n'est qu'un des multiples composants. (*Policlinico*, 8 décembre 1900.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les applications d'alcool dans le traitement des affections inflammatoires de la cavité abdominale.

L'année dernière, M. le docteur Sehrwald (médecin militaire allemand), appelé à traiter un cas de granulie avec phénomènes péritonitiques graves et rebelles (météorisme et douleurs abdominales intenses, vomissements incoercibles, diarrhée, pouls misérable, etc.), a eu l'idée d'utiliser, à titre de moyen de dérivation, l'emploi de compresses à l'alcool, préconisé par un autre médecin militaire allemand, M. le docteur R. Salzwedel, contre les phlegmons et les accidents inflammatoires analogues (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 431). A cet effet, M. Sehrwald appliqua sur toute l'étendue de l'abdomen des linges imbibés d'alcool à 96°, qu'il recouvrit d'une toile imperméable *non fenêtrée* (contrairement à la pratique adoptée par M. Salzwedel), afin de mieux assurer l'irritation et l'hyperémie cutanées. Enfin, par-dessus on disposa des compresses froides destinées à amender l'action douloureuse que l'alcool non évaporé pouvait exercer sur la peau. Les résultats de cette petite intervention furent surprenants : les vomissements devinrent bientôt moins fréquents et ne tardèrent pas ensuite à disparaître complètement, en même temps qu'on notait une amélioration considérable dans l'état général et dans l'activité cardiaque. La tuberculose généralisée n'en continua pas moins son évolution et, au bout de quatre mois et demi environ, le malade succomba. L'autopsie montra l'existence d'une tuberculose miliaire des deux plèvres, de la rate et des reins, avec bronchopneumonie tuberculeuse bilatérale et ulcérations de même nature au niveau du larynx, mais *on ne trouva pas trace de péritonite*. En admettant même que les manifestations abdominales observées pendant la vie n'aient pas eu de substratum anatomique et aient été dues à une simple hyperémie du péritoine, il n'en reste pas moins que les applications d'alcool ont exercé sur ces symptômes morbides une action des plus favorables.

De son côté, M. le docteur N. F. Filatov, professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Moscou, a eu recours au même procédé chez un garçon de douze ans atteint d'appendicite, qu'il a soigné en consultation avec M. le docteur V. Golde (de Moscou). L'emploi de la glace et de l'opium étant resté sans effet sur les douleurs et les vomissements, M. Filatov ordonna l'application de compresses à l'alcool. Mais, pour éviter la sensation pénible de brûlure provoquée par le médicament non évaporé, il remplaça l'étoffe imperméable par une simple flanelle, sur laquelle fut placée une vessie de glace. On renouvelait les compresses dès qu'elles étaient sèches, c'est-à-dire à peu près toutes les heures. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration sensible ne tarda pas à se produire, aussi bien du côté des phénomènes locaux que dans l'état général du petit patient, et la guérison se fit sans encombre.

Enfin, un confrère saxon, M. le docteur M. Meyer (de Bernstadt), vient de faire connaître un cas de péritonite tuberculeuse aiguë excessivement grave qu'il a observé chez une fillette de neuf ans, antérieurement à la publication de M. Sehrwald, et dans lequel il a utilisé avec le plus grand succès le pansement permanent à l'alcool, en s'inspirant d'une communication que M. le docteur H. Buchner, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Munich, avait faite au soixante-onzième Congrès des médecins et naturalistes allemands et au cours de laquelle ce savant avait insisté sur l'usage externe de l'alcool comme moyen d'activer l'afflux sanguin et de favoriser ainsi la défense de l'organisme contre le processus infectieux.

L'ensemble de faits que nous venons d'indiquer montre que l'emploi de compresses imbibées d'alcool peut rendre de grands services dans les cas d'appendicite, de péritonite tuberculeuse et probablement aussi dans d'autres affections inflammatoires aiguës de la cavité abdominale, non seulement en raison de l'action antiphlogistique locale du médicament, mais encore à cause de l'influence favorable que l'alcool, absorbé par la peau, exerce sur les forces du malade, et notamment sur l'énergie cardiaque.

Un nouveau procédé pour protéger le périnée pendant la période d'expulsion.

On sait que la pratique habituelle qui consiste d'abord à retenir la tête fœtale et ensuite à la diriger de façon à augmenter la déflexion est loin de réussir toujours à prévenir les déchirures des parties molles. Aussi un accoucheur autrichien, M. le docteur I. Hofbauer (de Vienne), a-t-il imaginé un autre procédé qui paraît protéger le périnée d'une manière beaucoup plus efficace et que notre confrère décrit comme il suit :

La main droite étant posée à plat sur le périnée, sans que la fourchette cesse d'être visible, on exerce, comme d'habitude, une pression d'avant en arrière pour éloigner la tête autant que possible du plancher périnéal. Puis, lorsque la distension de l'anneau vulvaire a atteint un degré considérable et que l'angle postérieur de la grande fontanelle commence à se montrer à la vulve, la main qui embrasse dans sa concavité la tête fœtale fait effectuer à celle-ci une rotation de 40° environ, à gauche ou à droite, suivant la position du dos.

Cette manœuvre, qui se réduit en somme à une rotation externe *anticipée* de la tête, a pour résultat de libérer, pour ainsi dire, les parties les plus distendues et les plus menacées du périnée et de localiser le maximum de tension sur les côtés de l'orifice vulvaire, lesquels n'ont subi jusque-là qu'une pression assez faible. En même temps la circulation, fortement gênée au niveau du plancher périnéal, devient plus libre et l'afflux du sang vers les parties médianes permet aux tissus anémiés et durcis de reprendre en grande partie leur souplesse et leur élasticité.

M. Hofbauer utilise le même moyen dans les cas d'application de forceps. La tête est d'abord dégagée suivant les règles habituelles; puis, au moment où la fontanelle antérieure vient de franchir l'orifice vulvaire, on enlève l'instrument et on procède à la rotation manuelle, telle que nous l'avons exposée ci-dessus, à moins qu'on ne préfère l'exécuter à l'aide du forceps.

Enfin, la pratique en question est également susceptible de rendre service dans les présentations du siège, où la rotation peut — cela va de soi — être effectuée dans n'importe quel sens. Avec l'index et le médius de la main appliquée sur le cou du fœtus pour la manœuvre de Mauriceau, on fait subir à la tête la rotation dès que le front déborde l'anneau vulvaire; l'intervention se trouve facilitée par l'action de l'index de l'autre main, qui prend appui sur le maxillaire inférieur.

Inconvénients de l'allaitement au moyen du lait de vache additionné de lactose.

Le lait de vache contenant beaucoup plus de caséine et moins de lactose que le lait de femme, on a conseillé de ne l'employer, pour l'alimentation des nourrissons, qu'après l'avoir coupé avec de l'eau additionnée de lactose, de manière à obtenir une sorte de *lait maternisé*. A en juger d'après les observations de M. le docteur J. Prechtl (de Munich), cette pratique serait loin d'être exempte d'inconvénients. Notre confrère a eu maintes fois l'occasion de constater que les nourrissons qui reçoivent de la lactose sont sujets à des régurgitations fréquentes et ont presque toujours des flatulences se traduisant par une agitation plus ou moins vive. Parfois, l'usage du sucre de lait peut déterminer des troubles plus graves. C'est ainsi que M. Prechtl a été appelé à donner ses soins à deux enfants, âgés l'un de cinq mois et l'autre de sept, et alimentés avec du lait lactosé, pour des manifestations rachitiques dont la pathogénie paraissait très obscure, étant données les excellentes conditions d'hygiène dans lesquelles on élevait ces nourrissons. Or, il a suffi de supprimer l'emploi de la lactose pour voir survenir, en l'espace de deux mois, une amélioration sensible dans l'état des petits malades.

Notre confrère estime, d'ailleurs, que le coupage du lait de vache avec de l'eau lactosée est impuissant à *corriger* la différence de composition qui existe entre ce liquide et le lait de femme. Le lait de vache, plus riche en sels et en albumine, est, partant, plus fermentescible, et l'addition de lactose a précisément pour effet de favoriser la fermentation lactique. L'acide lactique formé aux dépens du sucre de lait précipite la caséine en caillots volumineux et compacts et la rend indigeste, en même temps qu'il augmente dans des proportions assez considérables l'élimination de la chaux.

Pour toutes ces raisons, M. Prechtl recommande de donner dès le début, aux nourrissons soumis à l'allaitement artificiel, du lait de vache pur.

Traitement de la fièvre typhoïde par des bains à l'ichtyol.

Un confrère italien, M. le docteur R. Polacco, a institué à l'Ospedale Maggiore de Milan une série d'essais relatifs à l'usage externe de l'ichtyol chez les dothiénentériques, en procédant de la manière que voici :

Dans un bain d'eau à 28° on fait dissoudre 60 grammes de sulfo-ichtyolate d'ammonium; puis, le malade une fois dans la baignoire, on abaisse progressivement la température du bain jusqu'à 21° ou 22°. Pendant toute la durée du bain (dix à quinze minutes), on maintient sur la tête du patient une vessie de glace.

Sous l'influence de cette balnéation, la fièvre s'abaisse, parfois de deux degrés d'emblée, le pouls devient moins fréquent, la respiration plus ample, de sorte que même les portions inférieures du poumon fonctionnent assez activement, résultat qui offre une réelle importance, surtout dans les formes adynamiques de la fièvre typhoïde avec tendance à la congestion pulmonaire. Le malade ne tarde pas à éprouver une sensation de bien-être et, le plus souvent, le bain est suivi d'un sommeil calme et réparateur qui se prolonge plusieurs heures.

Tant que le thermomètre reste au-dessous du niveau qu'il accusait avant le bain, celui-ci n'est pas renouvelé. Le nombre total des bains que M. Polacco a fait prendre à chacun de ses patients a varié de deux à six. Chez plusieurs d'entre eux, la température s'est abaissée d'une manière définitive après le premier ou les deux premiers bains, et chez tous la balnéation à l'ichtyol a eu pour résultat d'abréger considérablement la durée de l'affection, fait d'autant plus intéressant à signaler que les cas soumis au traitement dont il s'agit étaient assez graves pour comporter un pronostic défavorable.

Utilité du traitement des affections nasales chez les sujets atteints de cataracte.

Dans 5 cas de cataracte au début, compliqués de suppurations nasales, M. le docteur C. Ziem (de Dantzig) a obtenu une amélioration sensible de l'acuité visuelle par des irrigations du nez et des sinus maxillaires, pratiquées avec une solution physiologique de chlorure de sodium, ou par l'application d'un vésicatoire à l'apophyse mastoïde, ou encore grâce à l'association de ces deux moyens. On sait que certains auteurs font jouer, dans la pathogénie de l'opacité du cristallin, un rôle considérable aux troubles chroniques de la circulation qui se produisent au niveau du corps ciliaire. Or, il est incontestable que la diminution du gonflement de la muqueuse pituitaire, provoquée directement par les lavages à l'eau salée ou, d'une manière indirecte, par l'afflux de sang vers la région mastoïdienne, doit retentir d'une façon favorable sur la circulation intra-oculaire. On peut aussi expliquer les bons effets des irrigations par ce fait qu'elles mettent fin à la résorption du pus, cause d'intoxication agissant sur le système nerveux et, en particulier, sur la rétine.

Quoi qu'il en soit, il importe de retenir que le traitement d'une rhinite coexistant avec une cataracte au début présente une double utilité, puisqu'il exerce son influence sur les troubles visuels en même temps que sur l'affection nasale. M. Ziem va même plus loin et n'hésite pas à déclarer que ce traitement est susceptible d'arrêter le développement de la cataracte, comme notre confrère a pu s'en rendre compte chez un vieillard de soixante-dix ans, atteint d'une rhinorrhée purulente avec perforation syphilitique de la cloison du nez et cataracte au début.

REVUE GÉNÉRALE

De l'assimilation du fer inorganique et de son rôle dans le traitement de la chlorose.

La question de la résorption et de l'assimilation du fer dans l'organisme a donné lieu depuis vingt-cinq ans à des controverses extrêmement vives, qui se sont poursuivies sans interruption jusqu'à nos jours. Malgré l'importance pratique de ce problème, les cliniciens n'ont pris à sa solution qu'une part indirecte; laissant aux physiologistes le soin de rechercher les causes de l'efficacité des préparations martiales dans le traitement de l'anémie, ils ont continué, comme par le passé, à ordonner les pilules de carbonate ferreux à leurs malades, sans se soucier des objections de certains auteurs qui prétendaient que le fer administré sous cette forme n'est pas résorbé et reparaît en entier dans les fèces. Il semble cependant qu'on ne puisse rester indifférent aux progrès de la science expérimentale, surtout quand ils ont pour objet de fournir à la médecine pratique des données positives pouvant servir de base à son intervention. Aussi nous a-t-il paru qu'il n'était pas inutile de résumer brièvement l'histoire des recherches ayant porté sur le rôle physiologique du fer, et de voir quelles conclusions les résultats obtenus nous permettent de tirer, au point de vue thérapeutique, de ces expériences.

I

Les premières études sur la résorption et l'élimination du fer dans l'organisme remontent à la première moitié du siècle dernier. Mais, soit en raison de l'insuffisance des méthodes analytiques, soit par suite de conditions expérimentales défectueuses, la plupart de ces travaux n'ont plus pour nous qu'un intérêt historique, et ce n'est guère qu'en 1878 que la physiologie du fer est entrée dans la phase d'expérimentation minutieuse indispensable à des recherches de ce genre. L'opinion générale, à cette époque, était que le fer inorganique, administré comme médicament, est résorbé par l'intestin et transformé en hémoglobine dans l'organisme, bien que certains auteurs, tels que Ihring et Becquerel, qui n'avaient pas trouvé de fer dans l'urine de malades soumis au traitement martial, eussent émis des doutes à ce sujet.

Grâce à une méthode analytique perfectionnée, Hamburger (1) put démontrer que l'urine de cinquante individus différents contenait toujours du fer, en quantités faibles, il est vrai, mais suffisantes cependant pour donner une réaction non équivoque. Ce point posé, Hamburger étudia la résorption du fer dans l'organisme. Il dosa pendant un certain temps le fer renfermé dans l'urine et les fèces d'un chien nourri exclusivement de viande contenant une proportion connue de ce métal; après quoi il ajouta à la nourriture de l'animal une certaine dose de sulfate de fer en solution. L'excrétion quotidienne du fer par l'urine monta au bout de cinq jours de 0 gr. 0036 décimilligr. à 0 gr. 0056 décimilligr., pour ne redescendre au taux primitif que quatre jours après la suppression du traitement martial. Pour une période de neuf jours, l'excrétion du fer augmenta ainsi de 0 gr. 020 milligr. Pendant ce temps, l'animal avait absorbé 0 gr. 636 milligr. de fer, avec sa nourriture et sous forme de sulfate; on en retrouva, dans les fèces, 0 gr. 549 milligr. qui, ajoutés aux 0 gr. 058 milligr. contenus dans l'urine, constituent un total de 0 gr. 607 milligr., soit, à peu de chose près, la quantité absorbée. Une seconde expérience, exécutée dans les mêmes conditions, donna des résultats analogues : l'urine et les fèces de l'animal en expérience renfermaient la totalité du métal absorbé, moins un déficit de 0 gr. 022 à 0 gr. 026 milligr. Hamburger a tiré de ces recherches la conclusion qu'une petite partie du fer administré est résorbée par l'intestin, et que l'organisme, après en avoir accumulé une certaine quantité dans les tissus, élimine le surplus par l'urine et les sécrétions intestinales, jusqu'à ce que l'équilibre soit de nouveau rétabli.

Cette déduction paraît, au premier abord, toute naturelle; plusieurs physiologistes ont cependant interprété les résultats de Hamburger dans un sens différent. C'est ainsi que Bunge (1) estime que le déficit signalé par Hamburger est si minime, qu'il reste dans la limite des erreurs inévitables dans une expérience de si longue durée, de sorte qu'à son avis les recherches de cet auteur peuvent être envisagées comme une preuve de la non-résorption du fer dans l'intestin. « Tant que nous ignorerons le mode d'élimination du fer, dit Bunge, nous ne pourrons trancher d'une manière définitive la question de son assimilation ».

Kobert (2) s'est, de même, prononcé contre l'hypothèse d'une résorption du fer inorganique, en se basant sur l'analogie qui existe entre le fer et le manganèse. On sait que ce dernier, administré à l'intérieur, n'est résorbé que si la dose est assez forte pour exercer une action corrosive sur la muqueuse intestinale; quand il est donné en faibles quantités, l'intestin lui oppose une barrière infranchissable. C'est ainsi que Kobert a pu faire prendre à un lapin, dans l'espace de trois mois, 14 grammes d'oxyde de manganèse sous forme de citrate, sans observer le moindre symptôme toxique, tandis que 0 gr. 012 milligr. par kilogramme d'animal, injectés directement dans le sang, provoquent régulièrement un empoisonnement mortel. La toxicité des sels de fer en injection intraveineuse a été démontrée par les recherches de Meyer et Williams (3); 0 gr. 030 milligrammes à 0 gr. 070 milligr. d'oxyde de fer par kilogramme suffisent pour tuer un chien, alors que de hautes doses de ce métal, en ingestion, provoquent une irritation violente de la muqueuse intestinale, mais pas de phénomènes généraux. Kobert s'est appuyé sur ces résultats pour conclure, par analogie, contre l'assimilation du fer inorganique, et pendant quelques années cette manière de voir a prévalu auprès de nombreux physiologistes, comme l'attestent plusieurs travaux entrepris, d'une façon évidente, avec l'idée préconçue que le fer inorganique n'est pas absorbé par la muqueuse intestinale.

II

C'est imbu de cette opinion que Bunge (4) a été amené à rechercher sous quelle forme le fer nécessaire à la formation de l'hémoglobine de l'animal en voie de développement pénètre dans l'organisme. Tous nos aliments contiennent du fer en plus ou moins grande quantité, mais sous une forme telle que ce métal échappe à l'action des réactifs ordinaires. On avait déjà précédemment émis l'hypothèse que le fer des aliments devait s'y trouver à l'état de combinaison organique, mais c'est à Bunge que revient le mérite d'avoir, pour la première fois, isolé du jaune d'œuf un corps contenant du fer et se distinguant par ses réactions de toutes les combinaisons martiales connues jusqu'alors. Si l'on soumet ce corps, auquel Bunge a donné le nom d'*hématogène* (1), à l'action de l'acide chlorhydrique dilué à 1 %, on ne parvient pas à en extraire le fer; de même, le sulfhydrate d'ammoniaque n'agit sur lui que lentement, et ce n'est qu'au bout d'une demi-heure que l'on constate une coloration verdâtre, qui peu à peu tourne au noir. Zaleski (2) a également constaté la présence, dans le foie, d'un corps appartenant au groupe des nucléo-albumines et renfermant 0.0176 % de fer, auquel il a donné le nom d'*hépatine*. Ce fer est fixé si solidement à la molécule qu'il est impossible d'en faire l'extraction. Quelques années plus tard, Marfori (3) est parvenu à préparer artificiellement une *ferrialbumine* offrant les mêmes réactions que l'hématogène de Bunge et contenant 0.7 % de fer, en faisant réagir du tartrate de fer sur de l'albumine de blanc d'œuf en solution ammoniacale. Cette substance présente une grande analogie avec la *ferratine* de Schmiedeberg (4), composé que cet auteur a réussi à isoler du foie de porc, et où la proportion de fer atteint 6 à 7 %. Ces corps se distinguent des albuminates de fer en ce que le métal ne s'y trouve pas à l'état d'oxyde, mais bien sous forme de *combinaison organique*. C'est ainsi que, si l'on soumet une solution de ferratine à l'électrolyse, il ne se dépose pas de fer sur l'électrode négative, et la production de sulfure par l'action du sulfhydrate d'ammoniaque est liée à la destruction de la molécule qui ne peut plus être régénérée.

Ces préparations organiques sont différentes des sels de fer non seulement par leurs caractères chimiques, mais aussi par leurs propriétés physiologiques. L'assimilation de l'hématogène devait *a priori* être considérée comme probable; on n'aurait pu, sans cela, comprendre comment l'organisme récupère le fer nécessaire pour couvrir les pertes résultant de la destruction incessante des tissus et de l'élimination quotidienne de petites quantités de ce métal. Socin (5) a cherché à donner à cette hypothèse une confirmation expérimentale en nourrissant des chiens avec de grandes quantités de jaunes d'œufs. Dans deux cas, il a constaté une augmentation notable du fer de l'urine, au point qu'il put isoler 0 gr. 007 milligr. et 0 gr. 012 milligrammes de fer de l'urine de trois jours, tandis qu'avant l'administration de jaunes d'œufs l'urine ne renfermait que des traces impondérables de ce métal. Marfori a de même observé une augmentation de l'excrétion du fer par les urines consécutivement à l'absorption de la ferrialbumine préparée par lui. En outre, il a pu se convaincre qu'une grande partie du fer administré sous cette forme disparaît de l'intestin, et doit, par conséquent, être résorbée. Pendant un certain temps, il n'a donné que du lait comme nourriture à un chien, afin de débarrasser autant que possible l'intestin du fer qui aurait pu s'y trouver, puis il a fait prendre à cet animal 27 gr. 75 centigr. de ferrialbumine, contenant 0 gr. 175 milligr. de fer. Au bout de quarante-huit heures, il a sacrifié ce chien et, après avoir enlevé soigneusement le tube digestif tout entier, de l'œsophage au rectum, il a analysé séparément l'intestin et

---

(1) E. W. Hamburger. Ueber die Aufnahme und Ausscheidung des Eisens. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1878, II, 2-3, p. 191.)

(1) Bunge. Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie. 3e éd., p. 87. Leipzig, 1894.

(2) R. Kobert. Zur Pharmakologie des Mangans und Eisens (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1883, XVI, 5-6, p. 361.)

(3) H. Meyer et F. Williams. Ueber acute Eisenwirkung. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1881, XIII, 1-2, p. 70.)

(4) Bunge. Ueber die Assimilation des Eisens. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1884, IX, 1, p. 49.)

(1) Dans cet article, nous avons employé les termes *hématogène* et *ferratine* dans le sens que leur a attribué la chimie biologique, c'est-à-dire de combinaisons organiques de fer avec une matière protéique, sans égard pour les produits commerciaux pouvant être désignés sous ces noms. A ce propos, nous n'hésitons pas à reconnaître combien il est regrettable que la loi allemande n'interdise pas l'usurpation de termes scientifiques dans un but purement commercial. — A. J.

(2) S. Zaleski. Studien über die Leber. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1886, X, 6, p. 453.)

(3) P. Marfori. Ueber die künstliche Darstellung einer resorbirbaren Eisenalbuminverbindung. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1892, XXIX, 3-4, p. 212.)

(4) O. Schmiedeberg. Ueber das Ferratin und seine diätetische und therapeutische Anwendung. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1894, XXXIII, 2-3, p. 101.)

(5) C. Socin. In welcher Form wird das Eisen resorbirt? (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1891, XV, 2, p. 93.)

son contenu. Il a trouvé dans le premier 0 gr. 006 milligr. de fer, tandis que le second en renfermait 0 gr. 078 milligr., ce qui équivaut à un déficit de 0 gr. 090 milligr., ou 55.2 %. On ne peut expliquer cette différence que par la résorption. Nous avons répété les expériences de Marfori avec la ferratine de Schmiedeberg et constaté que, dans les mêmes conditions, 38.7 % du fer administré disparaît de l'intestin (1).

La résorption des préparations de fer organique ne peut donc être mise en doute, et ce n'est pas s'aventurer beaucoup que d'admettre que leur assimilation par l'organisme est une conséquence naturelle de cette résorption.

Il était intéressant de comparer la manière dont se comportent dans l'intestin d'autres préparations qui, elles aussi, ne donnent pas directement les réactions du fer avec les réactifs ordinaires. Cloëtta (2) a étudié la résorption de l'hémoglobine et de l'hématine en reproduisant exactement les conditions expérimentales de Marfori. Ayant sacrifié l'animal au bout de quarante-huit heures, il en analysa l'intestin et son contenu. La quantité de fer absorbée sous forme de chlorhydrate d'hématine était de 0 gr. 049 milligr.; Cloëtta en retrouva 0 gr. 050 milligrammes, alors que l'urine recueillie pendant toute la durée de l'expérience n'en renfermait que 0 gr. 0006 décimilligr. Cette expérience, répétée trois fois, donna chaque fois le même résultat, de sorte que Cloëtta en conclut que l'hématine et l'hémoglobine ne sont pas résorbées et diffèrent ainsi totalement des préparations organiques de fer contenues dans les aliments. Nous verrons plus tard que cette conclusion était prématurée, Cloëtta n'ayant pas éliminé une importante cause d'erreur.

III

Les travaux de Bunge, de Schmiedeberg et de Marfori constituent évidemment un progrès considérable touchant la physiologie du fer, car ils nous montrent de quelle manière l'organisme se procure le fer qui lui est nécessaire. Mais, au point de vue thérapeutique, ils ne nous expliquent pas l'efficacité pourtant incontestable de ce métal dans la chlorose. On a cherché de différentes façons à rendre compte de l'action du fer inorganique autrement que par une résorption directe. On a prétendu que les sels de fer agissent par contact sur les muqueuses du tube gastro-intestinal, et que l'irritation qu'ils produisent rend plus abondante la sécrétion des sucs digestifs, et relève ainsi la nutrition générale. Cette action locale serait, dans ce cas, spéciale au fer, car aucun des médicaments généralement employés pour améliorer les fonctions digestives n'a, sur la chlorose, d'effet appréciable. Bunge (3) a émis une autre hypothèse dont personne ne contestera l'originalité et qui, fort séduisante, a immédiatement rencontré de nombreux partisans. Nous avons dit plus haut que les combinaisons organiques de fer, comme l'hématogène et la ferratine, sont peu à peu détruites en présence du sulfhydrate d'ammoniaque et forment du sulfure de fer. Dès lors, le fer inorganique aurait pour mission, d'après Bunge, de protéger le fer organique des aliments, en fixant l'hydrogène sulfuré de l'intestin sous forme de sulfure.

Les faits ne paraissent pas jusqu'à présent confirmer cette théorie. Considérant que l'hydrogène sulfuré est un produit de putréfaction intestinale, Mörner (4) a cherché à élucider l'action des sels de fer sur la putréfaction de l'intestin. Il a pris comme critérium l'excrétion de l'acide sulfurique par l'urine à l'état de sulfates et de dérivés sulfoconjugués. On sait que, sous l'influence des putréfactions intestinales, le taux des acides sulfoconjugués augmente sensiblement dans l'urine. Durant trois périodes de huit jours chacune, Mörner a absorbé quotidiennement de 1 à 3 grammes de chlorure ou 3 grammes de lactate de fer, en intercalant entre chaque période d'expérience une période de repos de huit jours. Pendant toute la durée de l'expérience, il fit chaque jour l'analyse de son urine sans constater la moindre variation dans l'excrétion des acides sulfoconjugués, d'où il conclut que les sels de fer n'ont pas d'effet appréciable sur les putréfactions intestinales.

D'ailleurs, si l'action médicamenteuse du fer chez les chlorotiques reposait uniquement sur l'absorption de l'hydrogène sulfuré dans l'intestin, tous les métaux capables de former avec le gaz sulfhydrique des composés insolubles devraient être en état de remplacer le fer. Or, les observations de Woltering (1) ont démontré que, pour le manganèse du moins, il n'en est rien. Ayant déterminé sur des chiens et des lapins une anémie artificielle par une série d'émissions sanguines, Woltering ajouta à la nourriture des uns une certaine quantité de sulfate de fer, à celle des autres du sulfate de manganèse. L'effet de la médication, contrôlé par des dosages d'hémoglobine et des numérations de globules répétés, se manifesta avec évidence chez les animaux traités par le fer; ceux qui avaient absorbé du manganèse présentèrent au contraire, après chaque saignée, une anémie plus forte et une convalescence plus longue. Ayant dosé le fer dans le foie des animaux sacrifiés à la fin de l'expérience, Woltering constata que le foie de ceux qui avaient pris du manganèse contenait notablement moins de fer que le foie des animaux auxquels il avait administré du fer.

Mais l'observation la plus importante pour la question qui nous occupe est celle de Steinfeld (2) qui, au cours de ses recherches sur la toxicologie du bismuth, n'a jamais trouvé d'hydrogène sulfuré dans l'estomac ni dans l'intestin grêle, ce gaz n'existant que dans le gros intestin. Ce résultat a été confirmé plus tard par Abderhalden (3). Bunge (4) paraît, du reste, avoir abandonné sa première hypothèse.

IV

La découverte de combinaisons organiques de fer n'a donc pas résolu la question de l'efficacité de ce médicament dans la chlorose, et les partisans de la résorption du fer inorganique et du traitement de la chlorose par les pilules ferrugineuses n'en durent pas moins continuer à chercher la démonstration de leur théorie. La grande difficulté était l'ignorance dans laquelle on demeura longtemps au sujet des voies d'élimination du fer. L'urine contient bien, il est vrai, un peu de fer, mais en quantité minime, ne dépassant pas chez un individu normal un à deux milligrammes pour vingt-quatre heures. Les travaux de Gottlieb (5), de Socin (6), de Lapicque (7), de Damaskin (8) ont confirmé à cet égard ceux de Hamburger, et Glävecke (1) a fait l'observation que le fer introduit directement en injection intraveineuse ne passe qu'en petite quantité, et pendant peu de temps, dans les urines. Jacobj (2) et Gottlieb (3) ont repris ces recherches avec le même résultat; Gottlieb a même constaté que, après injection de petites doses de fer, ce métal n'apparaît pas dans l'urine.

On a longtemps cru que la bile joue un rôle important comme émonctoire du fer. A l'état normal, cette sécrétion n'en contient qu'une quantité minime. Hammarsten (4) et Anselm (5) indiquent de deux à quatre milligrammes ‰ comme taux normal du fer biliaire. Bunge (6) n'a pu en déceler que des traces dans la bile du bœuf, du porc, du chien, ainsi que dans la bile humaine. Dans une série d'observations minutieuses, Dastre (7) a obtenu des chiffres variant entre 0 gr. 00111 centimilligr. et 0 gr. 00357 centimilligr. chez un chien de 25 kilogrammes, soit en moyenne 0 gr. 00009 centimilligrammes par jour et par kilogramme d'animal. Hamburger (8) a trouvé d'un demi à un milligramme de fer dans la bile d'un chien, recueillie pendant vingt-quatre heures au moyen d'une fistule biliaire. Une administration quotidienne de 0 gr. 016 à 0 gr. 035 milligr. de fer n'eut aucune influence sur ces chiffres. Il est vrai que Glävecke (9) a vu, de quatre à six heures après une injection sous-cutanée de citrate de fer, la bile prendre une coloration noire par addition de sulfhydrate d'ammoniaque. Cet auteur n'ayant pas fait de dosage, nous ne savons pas quelle est la quantité de fer excrétée ainsi, car la réaction en question est excessivement sensible et se produit en présence de très petites quantités de ce métal.

Une observation déjà ancienne désigne la muqueuse intestinale comme le siège de l'élimination du fer désassimilé. A. Mayer (10) a constaté que la muqueuse de l'intestin d'un animal auquel on a injecté un sel de fer dans les veines ou sous la peau, traitée par le sulfhydrate d'ammoniaque, se colore en noir. Par contre, Quincke (11) a remarqué que la sécrétion d'une anse intestinale isolée par la méthode de Thiry ne contenait pas trace de fer après une injection intraveineuse d'un sel de ce métal. Dans un travail plus récent, Zaleski (12) a de même obtenu un résultat négatif en injectant de petites doses de tartrate double de sodium et de fer. Les recherches de Cahn (13) sur l'élimination des sels de manganèse, laquelle se fait entièrement par l'intestin, ont attiré de nou-

(1) Jaquet et Kündig. Ueber die Wirkung des Ferratins bei der Behandlung der Blutarmuth. (*Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte*, suppl. au numéro du 1er juin 1894.)

(2) M. Cloëtta. Ueber die Resorption des Eisens in Form von Hämatin und Hämoglobin im Magen und Darmkanal. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1896, XXXVII, 1, p. 69.)

(3) Bunge. Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie. 1re éd., p. 93. Leipzig, 1887.

(4) Mörner. Zur Frage über die Wirkungsart der Eisenmittel. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1893, XVIII, 1, p. 13.)

(1) Woltering. Ueber die Resorbirbarkeit der Eisensalze. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1895, XXI, 2-3, p. 186.)

(2) W. Steinfeld. Untersuchungen über die toxischen und therapeutischen Wirkungen des Wismuths. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1886, XX, 1-2, p. 40.)

(3) Abderhalden. Die Resorption des Eisens, sein Verhalten im Organismus und seine Ausscheidung. (*Zeitsch. f. Biol.*, 1900, XXXIX, 1, p. 113.)

(4) Bunge. La médication ferrugineuse. (*Semaine Medicale*, 1895, p. 186.)

(5) R. Gottlieb. Beiträge zur Kenntniss der Eisenausscheidung durch den Harn. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1890, XXVI, 3-4, p. 139.)

(6) Socin. (*Loc. cit.*)

(7) Lapicque. Sur l'élimination du fer par l'urine. (*Arch. de physiol.*, avril 1895, p. 289.)

(8) Damaskin. Zur Bestimmung des Eisengehaltes des normalen und pathologischen Menschenharnes, *in* Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat, VII, 1891.

(1) Glävecke. Ueber subcutane Eiseninjectionen. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1883, XVII, 6, p. 466.)

(2) C. Jacobj. Ueber das Schicksal der in das Blut gelangten Eisensalze. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1891, XXVIII, 3-4, p. 256.)

(3) R. Gottlieb. Ueber die Ausscheidungsverhältnisse des Eisens. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1891, XV, 3-4, p. 371.)

(4) Hammarsten. Lehrbuch der physiologischen Chemie. 2e éd., p. 212. Wiesbaden, 1895.

(5) Anselm. Eisenausscheidung durch die Galle, *in* Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat, VIII, p. 51, 1892.

(6) Bunge. Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie. 3e éd., p. 87. Leipzig, 1894.

(7) Dastre. De l'élimination du fer par la bile. (*Arch. de physiol.*, 1891, p. 136.)

(8) E. W. Hamburger. Ueber die Aufnahme und Ausscheidung des Eisens. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1880, IV, 4, p. 248.)

(9) Glävecke. (*Loc. cit.*)

(10) A. Mayer. De ratione qua ferrum mutetur in corpore. (*Thèse de Dorpat*, 1850.)

(11) H. Quincke. Ueber die Ausscheidung von Arzneistoffen durch die Darmschleimhaut. (*Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1868, p. 150.)

(12) S. Zaleski. Zur Frage über die Ausscheidung des Eisens aus dem Thierkörper und zur Frage über die Mengen dieses Metalls bei hungernden Thieren. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1887, XXIII, 5-6, p. 317.)

(13) J. Cahn. Ueber die Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse des Mangans im Organismus. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1884, XVIII, 1-2, p. 129.)

veau l'attention des physiologistes sur cette question, dont l'étude a été reprise dans une série de travaux importants. Ayant isolé sur un chien une anse intestinale par le procédé de Hermann, Fr. Voit (1) a vu que la proportion de fer renfermée dans les sécrétions de l'anse intestinale isolée n'était pas sensiblement inférieure à celle du reste de l'intestin. En outre, l'analyse de cette portion d'intestin, préalablement débarrassée de son contenu, indiqua le même taux de fer que dans le reste du tube digestif, pour une surface égale. Gottlieb (2) nous a donné une expérience décisive, après laquelle aucun doute n'est plus possible concernant l'élimination du fer par l'intestin. Chez un chien nourri avec un mélange de colle d'amidon, de saindoux et de caséine, contenant, dans la ration de vingt-quatre heures, de 0 gr. 0015 décimilligr. à 0 gr. 0020 décimilligr. de fer (au bout de huit jours la proportion de fer dans les fèces était à peu près constante), il fit quotidiennement une injection sous-cutanée d'une solution de tartrate double de sodium et de fer, renfermant environ 0 gr. 011 milligrammes de métal, de sorte qu'au bout de neuf jours la quantité de fer injectée était de 0 gr. 100 milligr. A la suite des injections, le taux du fer augmenta dans les fèces pour ne revenir à la valeur normale que dix-neuf jours après la dernière injection. Pendant vingt-huit jours, l'animal avait absorbé avec sa nourriture 0 gr. 0862 décimilligr. de fer; il en élimina durant le même temps 0 gr. 1831 décimilligrammes; des 0 gr. 100 milligr. de fer injectés, 0 gr. 0969 décimilligr. avaient donc passé dans les sécrétions intestinales. Le point important de cette observation est la lenteur avec laquelle le fer injecté a été rejeté par l'organisme.

Cette expérience devait nécessairement conduire à la recherche des organes dans lesquels le fer est déposé en attendant son élimination. Zaleski (3) a constaté que, au bout d'une heure, le fer injecté se retrouve en grande partie dans le foie. Les doses injectées étaient malheureusement trop faibles pour que l'on pût tirer de cette observation une conclusion définitive sur la richesse absolue du foie en fer. Gottlieb (4) et Jacobj (5) ont repris chacun de leur côté ces recherches dans des conditions ne permettant plus aucun doute. Dans les expériences de Gottlieb, notamment, la richesse du foie en fer, après une injection de sel de fer, atteint le décuple du taux normal. D'après les travaux de Woltering (6), le fer se trouve dans le foie, à l'état normal, sous forme de combinaison organique avec une nucléoprotéine ne réagissant pas au sulfhydrate d'ammoniaque; après une injection, ce métal se dépose aussi dans le foie à l'état de nucléoprotéine, mais en combinaison moins stable, car on obtient une réaction plus ou moins forte lorsque l'on met ce corps pendant quelque temps en contact avec du sulfhydrate d'ammoniaque.

V

La solution de ces diverses questions préliminaires a eu pour conséquence de simplifier considérablement l'étude de la résorption du fer inorganique. Il est devenu évident que des expériences comme celle de Hamburger n'autorisaient aucune conclusion quant à la résorption du fer administré. Une petite quantité de métal pouvait parfaitement avoir été résorbée et remplacée dans les fèces par du fer désassimilé, excrété par l'intestin. Le but à atteindre dorénavant n'était plus de démontrer qu'une partie du fer disparaît pendant son

(1) F. Voit. Beiträge zur Frage der Secretion und Resorption im Dünndarm. (*Zeitsch. f. Biol.*, 1893, XXIX, p. 325.)

(2) Gottlieb. (*Loc. cit.*)

(3) Zaleski. (*Loc. cit.*)

(4) Gottlieb. (*Loc. cit.*)

(5) Jacobj. (*Loc. cit.*)

(6) Woltering. (*Loc. cit.*)

passage à travers l'intestin, mais bien de faire voir que l'administration prolongée de préparations martiales a pour effet d'augmenter la réserve de fer dans l'organisme.

C'est cette recherche que Kunkel (1) a le premier entreprise. Il a nourri deux souris avec du pain, deux autres avec la même quantité de pain humecté d'une solution étendue d'oxychlorure de fer. Au bout d'un certain temps, les animaux furent saignés; on recueillit l'intestin et le fer total contenu dans l'organisme fut dosé. Les souris ayant reçu du fer en avaient résorbé une partie, car leurs organes renfermaient exactement trois fois plus de fer que ceux des souris qui avaient été nourries seulement de pain. Une expérience analogue, faite sur deux jeunes chiens, donna le même résultat, mais c'est dans le foie surtout que Kunkel retrouva l'excès de fer. Cet auteur n'indiquant pas les doses ni la concentration de la préparation martiale employée, on a pu lui objecter que la résorption était liée dans ce cas à une lésion de la muqueuse par une solution trop concentrée. La même critique peut être faite aux expériences de Woltering, qui est arrivé à une conclusion analogue, et a trouvé que le foie des animaux auxquels on avait fait prendre du fer contenait régulièrement ce métal en plus grande quantité que le foie des témoins.

Les données de l'analyse chimique furent confirmées par l'examen histologique des organes. Macallum (2), Gaule (3), Hall (4), Hochhaus et Quincke (5), ainsi que Swirski (6), ont cherché, à l'aide du microscope, à suivre la migration du fer à travers la paroi intestinale jusque dans les organes. Les résultats qu'ont obtenus ces auteurs ne différant que dans le détail, on peut analyser ensemble leurs travaux. Si l'on donne à un animal (souris, rat, cobaye ou lapin) une nourriture à laquelle on a ajouté du fer, et que l'on soumette la muqueuse de l'estomac à l'action d'une solution diluée de sulfhydrate d'ammoniaque, on ne constate pas de changement, tandis que le duodénum se colore en vert foncé pouvant aller jusqu'au noir intense. A l'examen d'une coupe microscopique, on voit les cellules épithéliales du sommet des villosités remplies de fines granulations noires groupées entre le noyau et le bord libre de la cellule. Le tissu conjonctif est, en outre, généralement coloré en vert. On retrouve, d'ordinaire, ces mêmes granulations sur l'endothélium du canal chylifère central de la villosité. La réaction est sensiblement moins nette — elle peut même manquer tout à fait — chez des animaux à jeun ou dont l'alimentation est pauvre en fer.

Les cellules épithéliales de l'intestin grêle ne donnent pas la réaction du fer. Par contre, le cæcum et l'appendice iléo-cæcal se colorent en noir, même chez les animaux à jeun ou privés de fer depuis longtemps. L'aspect microscopique du cæcum est cependant assez différent de celui du duodénum : l'épithélium est libre et ne donne qu'accidentellement la réaction du fer ; au contraire, on observe dans la couche sous-muqueuse une accumulation souvent considérable de leucocytes chargés de granulations noires, et parfois même on remarque la migration de leucocytes à travers l'épithélium.

(1) Kunkel. Zur Frage der Eisenresorption. (*Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1891, L, 1.)

(2) A. B. Macallum. On the absorption of iron in the animal body. (*Journ. of Physiol.*, 1894, XVI, p. 268.)

(3) Gaule. Ueber den Modus der Resorption des Eisens und das Schicksal einiger Eisenverbindungen im Verdauungscanal. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 mai 1896.)

(4) W. S. Hall. Ueber das Verhalten des Eisens im thierischen Organismus. (*Arch. f. Physiol.*, 1896, p. 49.)

(5) Hochhaus et Quincke. Eisen-Resorption und Ausscheidung im Darmkanal. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1896, XXXVII, p. 159.)

(6) G. Swirski. Ueber die Resorption und Ausscheidung des Eisens im Darmcanale der Meerschweinchen. (*Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1899, LXXIV, 9-10, p. 466).

Les glandes lymphatiques du mésentère offrent, suivant la richesse en fer de la nourriture, une réaction plus ou moins intense, caractérisée par la présence de lymphocytes isolés, distribués irrégulièrement à la périphérie de la glande, remplis de fines granulations noires ou présentant seulement une coloration diffuse. Dans la rate, la réaction microchimique est constante, et augmente beaucoup d'intensité chez les animaux auxquels on administre du fer. Elle est localisée aux cellules de la pulpe, où le métal se dépose sous forme de granulations plus ou moins fines dans des éléments cellulaires spéciaux. La réaction du foie, inconstante chez les animaux recevant une alimentation normale, augmente régulièrement d'intensité après administration de fer : les cellules hépatiques entourant la veine centrale sont remplies de granulations.

On a cherché à expliquer les données de l'analyse microchimique en admettant que le fer ingéré est résorbé par le duodénum et passe par la voie des canaux lymphatiques dans la circulation générale. Gaule (1) a constaté l'apparition de fer dans la lymphe du canal thoracique une demi-heure environ après l'injection intrastomacale d'une solution d'un sel de ce métal. La réaction augmente rapidement d'intensité pour diminuer au bout de peu de temps, et cesser, d'ordinaire, après deux heures. Le fer contenu dans la lymphe ne se colore pas immédiatement en noir par le sulfhydrate d'ammoniaque, d'où l'on peut conclure qu'il s'y trouve à l'état de combinaison organique. Le métal ainsi résorbé serait déposé dans la rate et dans le foie, en attendant d'être assimilé ou rejeté de l'organisme. Fr. Müller (2) conteste, il est vrai, les résultats de Gaule, qui, à son avis, sont dus à une lésion de la muqueuse gastro-intestinale. Ses recherches personnelles l'ont conduit à admettre que le fer résorbé passe directement dans le sang. D'après l'opinion générale, l'excrétion se ferait dans le cæcum, ce qui explique la réaction positive constante que l'on obtient en ce point de l'intestin, même chez des animaux à jeun depuis longtemps.

Les résultats de l'examen microchimique n'ont pas été aussi satisfaisants chez le chien que chez d'autres animaux. En ce qui concerne l'homme, Hofmann (3) a constaté, chez un malade qui avait absorbé du fer jusqu'à deux jours avant sa mort, un fort dépôt de ce métal dans l'épithélium du duodénum; chez trois autres sujets, il n'obtint qu'une réaction légère.

En présence de cette localisation au duodénum, on devait se demander si la faculté de résorber le fer était spéciale à cette partie de l'intestin, ou bien si l'absence de résorption dans les portions inférieures devait être attribuée à une différence des réactions chimiques dans les divers points de l'intestin. Cloëtta (4) a cherché à résoudre la question par l'expérience suivante : après avoir nourri pendant quelque temps un chien exclusivement avec du lait, il isola, par deux ligatures, une anse de l'intestin grêle, dans laquelle il injecta une solution de ferratine renfermant 0 gr. 56 milligr. de fer. Cinq heures après, il tua l'animal et dosa le fer contenu dans l'intestin entre les deux ligatures. Il constata un déficit de 23 %. Donc, les combinaisons organiques de fer sont résorbées par l'intestin grêle. Dans une autre série d'expériences, le même auteur (5) admi-

(1) Gaule. Der Nachweis des resorbirten Eisens in der Lymphe des Ductus thoracicus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 juin 1896.)

(2) Franz Müller. Experimentelle Beiträge zur Eisentherapie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 déc. 1900.)

(3) Hofmann. Ueber Eisenresorption und Ausscheidung im menschlichen und thierischen Organismus. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1898, CLI, 3, p. 488.)

(4) Cloëtta. Ueber die Resorption des Eisens im Darm und seine Beziehung zur Blutbildung. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1897, XXXVIII, 3-4, p. 161.)

(5) Cloëtta. Kann das medicamentöse Eisen nur im Duodenum resorbirt werden ? (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1900, XLIV, 5-6, p. 363.)

nistra à des souris une ferrinucléine obtenue par la culture de levure de bière sur un liquide contenant du fer (cette préparation n'est pas altérée par le suc gastrique, et le suc intestinal n'agit que lentement sur elle); à l'autopsie, il obtint dans l'intestin grêle une réaction positive par le sulfhydrate d'ammoniaque sur une longueur de 7 à 11 centimètres au-dessous du pylore : le duodénum de la souris ne mesurant que de 9 à 15 millimètres, on en peut conclure que l'intestin grêle possède, comme le duodénum, la faculté de résorber le fer dès que celui-ci s'offre à lui sous une forme convenable.

VI

Les travaux que nous venons de résumer démontrent d'une façon évidente que le fer inorganique est absorbé par l'intestin. Mais résorption n'est pas synonyme d'assimilation, et il restait à prouver que le fer ainsi absorbé ne joue pas seulement dans l'organisme le rôle de corps étranger, mais qu'il est utilisé pour la formation des tissus organiques, et spécialement de l'hémoglobine. Pour s'en rendre compte, Kunkel (1) a pris deux chiens de la même portée et de la même taille qu'il a nourris exclusivement d'une même quantité de lait. L'un de ces animaux recevait du lait pur, tandis qu'on ajoutait chaque jour au lait de l'autre une dose d'albuminate de fer représentant 0 gr. 0044 décimilligr. de métal. Tous les huit jours, les deux chiens étaient saignés et on dosait le fer du sang recueilli. L'animal nourri de lait pur présenta, au bout d'un certain temps, des signes non équivoques d'anémie, tandis que le chien traité par le fer resta en bonne santé. L'expérience fut interrompue au bout de sept semaines; pendant ce temps, le second chien avait perdu 355 c.c. de sang contenant 0 gr. 134 milligr. de fer, et le premier 350 c.c. contenant 0 gr. 112 milligr. de fer. Le dosage de ce métal dans le sang et les différents organes donna les résultats suivants :

Chien traité par le fer :

Sang, 0 gr. 0404 décimilligr.; foie, 0 gr. 0317 décimilligrammes; rate, 0 gr. 0013 décimilligr.

Chien non traité :

Sang, 0 gr. 0252 décimilligr.; foie, 0 gr. 0043 décimilligr.; rate, 0 gr. 0013 décimilligr.

Non seulement le chien traité par le fer avait notablement plus de fer, et partant d'hémoglobine, dans son sang que le chien témoin, mais encore la réserve de fer dans son foie et sa rate était environ sept fois plus forte. Cloëtta (2) a fait une expérience analogue avec trois lots de trois jeunes chiens exactement du même âge. Il a nourri ses animaux avec du lait, en ajoutant de la ferratine au lait du premier lot, du lactate de fer à celui du second, tandis que le troisième recevait du lait pur. L'expérience dura deux mois, pendant lesquels Cloëtta fit une série de dosages d'hémoglobine par la méthode de Gowers pour contrôler l'état du sang. Les animaux du premier et du second lot eurent jusqu'à la fin un sang de composition normale, tandis qu'au bout de sept semaines l'hémoglobine avait diminué de 50 % dans le sang des chiens du troisième lot. Le dosage du fer dans le foie donna, chez un animal du premier groupe, 0 gr. 023 milligr., chez un chien du second 0 gr. 0101 décimilligr., enfin chez un animal du troisième lot 0 gr. 0014 décimilligr. seulement.

Ajoutons que Franz Müller (3) a constaté que l'administration de fer à des animaux anémiques a pour effet de provoquer une prolifération cellulaire intense dans la moelle osseuse. Le nombre des hématies à noyaux est sensiblement plus fort dans la moelle des animaux traités par le fer que dans celle des témoins.

(1) Kunkel. Blutbildung aus anorganischem Eisen. (*Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1895, LXI, 11-12, p. 595.)

(2) Cloëtta. Ueber die Resorption des Eisens im Darm und seine Beziehung zur Blutbildung. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1897, XXXVIII, 3-4, p. 161.)

(3) F. Müller. (*Loc. cit.*)

La seule conclusion que l'on puisse tirer de ces travaux est que le fer, sous toutes ses formes, est non seulement résorbé par l'intestin, mais encore assimilé par l'organisme.

On aurait donc pu croire le problème résolu, quand des mémoires récents de Häusermann (1) et d'Abderhalden (2), faits au laboratoire de Bunge, ont tout remis en question. Le travail d'Abderhalden mérite, par son ampleur et par le soin apporté à son exécution, de nous arrêter un instant. L'auteur a commencé par reprendre les recherches microchimiques relatives à la résorption du fer dans l'intestin, les travaux antérieurs pouvant, à son avis, prêter à la critique; dans la plupart des cas, en effet, on a administré aux animaux en expérience des doses de fer beaucoup trop fortes relativement au poids de l'animal et au volume de son tube digestif, ce qui permet de supposer une lésion de l'épithélium de l'intestin. Il a donc cherché à éliminer cette cause d'erreur en donnant à ses animaux des doses de fer minimes : de 0 gr. 0004 à 0 gr. 0005 décimilligr. à des rats, 0 gr. 004 milligr. à des lapins, de 0 gr. 002 à 0 gr. 003 milligr. à des cobayes. Le résultat fut le même que dans les expériences de Quincke, de Gaule, etc.; aussi la résorption du fer dans l'intestin peut-elle être considérée comme définitivement démontrée. On se souvient que Cloëtta avait cherché à résoudre par l'analyse chimique la question de la résorption de l'hémoglobine et de l'hématine, et que ses dosages l'avaient conduit à une conclusion négative. Abderhalden a repris cette étude d'après la méthode microchimique, et il a pu se convaincre que l'hémoglobine et l'hématine sont résorbées comme les autres combinaisons de fer : Cloëtta avait dosé, outre le fer administré, le fer excrété par l'intestin pendant la durée de l'expérience; cette quantité peut être minime, il est vrai, mais elle suffit à masquer le fer de l'hématine qui a été résorbé.

Pour déterminer si le fer résorbé est aussi assimilé, Abderhalden a procédé de la manière suivante : il a pris ses animaux au moment où ils cessaient de téter, c'est-à-dire alors que l'organisme a épuisé sa réserve de fer et a besoin d'un apport de ce métal avec la nourriture pour le développement des différents organes, et spécialement du sang. Ses recherches ont porté sur des rats, des lapins, des cobayes et des chiens. Il a divisé chaque portée en deux groupes, dont l'un recevait une nourriture pauvre en fer, composée de riz et de lait, et l'autre la même nourriture, mais avec une petite dose de perchlorure de fer. Il a contrôlé, par une série de pesées, l'augmentation de poids pendant le cours de l'expérience. Les animaux furent sacrifiés et, après qu'on leur eut enlevé la peau et l'intestin, on détermina, par la méthode colorimétrique, la quantité totale d'hémoglobine contenue dans le corps. A l'exception des cobayes, chez lesquels le résultat fut douteux, Abderhalden constata chez tous les animaux traités par le fer une augmentation de poids plus considérable et une proportion d'hémoglobine plus forte que chez les témoins. Les mêmes expériences répétées avec de l'hémoglobine et avec de l'hématine donnèrent le même résultat.

La conclusion logique semblerait être que le fer est assimilé et sert à la production d'hémoglobine. Abderhalden ne peut se résoudre à conclure en ce sens, parce qu'un troisième groupe d'animaux, élevés avec ce qu'il appelle une nourriture normale (de la viande et des amandes pour les rats, des choux et du son pour les lapins, de la viande et du lait pour les chiens) représentant à peu près le même nombre de calories que le riz au lait dont se nourrissaient les autres groupes, mais *sans addition de fer*, a donné, tant pour l'augmentation de poids que pour la proportion d'hémoglobine, des chiffres de beaucoup supérieurs à ceux des animaux traités par le fer. Si l'on ajoute du fer à cette alimentation normale, le développement est encore favorisé. Abderhalden en conclut que l'effet du fer inorganique ajouté à la nourriture est d'autant plus manifeste que les aliments contiennent déjà plus de fer à l'état de combinaison organique. Dans ces conditions, il estime que le fer médicamenteux n'agit que comme stimulant des fonctions hématopoiétiques, le fer organique des aliments étant seul assimilé.

(1) E. Häusermann. Die Assimilation des Eisens. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1897, XXIII, 6, p. 555.)

(2) Abderhalden. Die Resorption des Eisens, sein Verhalten im Organismus und seine Ausscheidung. (*Zeitsch. f. Biol.*, 1900, XXXIX, 1, p. 113.) — Assimilation des Eisens. (*Zeitsch. f. Biol.*, 1900, XXXIX, 2, p. 193.) — Die Beziehungen des Eisens zur Blutbildung. (*Zeitsch. f. Biol.*, 1900, XXXIX, 4, p. 487.)

Malgré le soin apporté par cet auteur à ses recherches et la multiplicité de ses expériences, nous avons l'impression qu'elles sont entachées d'erreur. Le nombre de calories de la « ration normale » est bien à peu près égal à celui de la ration de riz et de lait, mais ces deux sortes d'alimentation présentent une différence fondamentale dans la proportion respective de matières albuminoïdes qu'elles renferment. D'après un calcul approximatif, nous avons trouvé que la « ration normale » était au moins trois fois plus riche en albumine que la ration équivalente de riz et de lait. Cette différence nous paraît expliquer en partie les résultats d'Abderhalden. Plus un animal se développe vite, plus il a besoin de matières albuminoïdes pour l'élaboration de ses tissus, et si on le met à la ration congrue de cet aliment indispensable, il ne peut se développer que proportionnellement aux matériaux qu'il a à sa disposition. L'addition de fer ne modifie pas sensiblement la situation, car, sans matières protéiques, le fer seul ne saurait former de l'hémoglobine. Le bien fondé de cette observation nous paraît ressortir des expériences d'Abderhalden sur les chiens : la proportion d'hémoglobine est beaucoup plus forte chez les animaux nourris de lait avec addition de fer que chez les chiens nourris seulement de lait; elle atteint même le taux auquel elle s'élève chez un animal nourri de lait et de viande. La différence entre cette alimentation et celle qui comprend du riz et du lait nous semble précisément résider dans sa richesse en matières protéiques. Nous avons eu, du reste, l'occasion d'observer le même phénomène dans une série d'expériences encore inédites faites par M. R. Stähelin à la clinique médicale de Bâle, expériences dans lesquelles l'influence, sur le développement de jeunes chiens, d'une alimentation riche en matières protéiques comparée à celle d'une nourriture isodyname, mais pauvre en albumine, s'est manifestée avec évidence.

Dans ces conditions, les objections d'Abderhalden ne nous paraissent pas fondées, et nous croyons qu'on est actuellement autorisé à admettre définitivement l'assimilation du fer inorganique par l'organisme.

VII

L'observation empirique ne s'est donc pas trompée en proclamant l'efficacité du fer dans la chlorose. On pourrait tout au plus se demander à quelle préparation martiale on doit donner la préférence. Dans l'état actuel de nos connaissances, les composés organiques de fer ne nous semblent plus devoir conserver la situation spéciale qu'on avait voulu leur créer il y a un certain nombre d'années, en les considérant comme un « fer assimilable » à opposer aux préparations inorganiques non assimilables. Leur valeur dans le traitement de la chlorose a été démontrée, et nous avons pu nous-mêmes nous en convaincre (1). Mais ces médicaments n'agissent ni plus vite ni mieux que les pi-

(1) Jaquet et Kündig. (*Loc. cit.*)

lules de carbonate ferreux, et nombre de médecins les considèrent comme superflus. Il est cependant assez fréquent que le fer soit mal supporté et produise des troubles gastriques qui compliquent la cure de l'anémie. Nous croyons que le fer organique peut rendre alors de réels services, car, d'après nos observations personnelles, il est généralement bien toléré. Ces préparations ont acquis droit de cité dans notre arsenal thérapeutique et on aurait tort, à notre avis, de ne les considérer que comme de simples articles de luxe. Mais, pour la grande majorité des chlorotiques, c'est aux préparations du Codex que nous continuerons d'avoir recours, et cela avec d'autant plus de raison que, dans ce cas particulier, la foi thérapeutique s'appuie sur une certitude.

Dr A. JAQUET,
Professeur à la Faculte de médecine de Bâle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 février 1901

Des hématémèses appendiculaires.

M. Dieulafoy communique les observations d'un certain nombre de malades qui ont présenté des hématémèses au cours d'une appendicite. Ce serait là, d'après l'orateur, une complication assez fréquente de cette maladie, puisqu'il en a observé six cas depuis moins d'un an et que plusieurs auteurs ont publié des faits semblables.

Ces hématémèses sont habituellement précédées de nausées et de vomissements bilieux; elles frappent les enfants aussi bien que les adultes, se renouvellent deux ou trois fois à d'assez courts intervalles et se terminent le plus souvent par la mort. La quantité de sang rendue à chaque vomissement est toujours considérable, elle atteint 200, 300 et jusqu'à 800 grammes. Le sang est rejeté tantôt à l'état liquide, tantôt sous forme de caillots d'une coloration noir foncé.

C'est presque exclusivement chez les malades qui ont été opérés trop tard que surviennent ces hématémèses. Cette complication n'est, en effet, que la conséquence d'une infection généralisée, et ce qui le prouve c'est qu'elle est habituellement précédée d'autres accidents généraux d'origine manifestement toxi-infectieuse (teinte ictérique ou subictérique de la peau, urobilinurie, albuminurie, etc.). C'est au retentissement de cette toxi-infection sur la muqueuse de l'estomac qu'il faut, en effet, attribuer ces hémorrhagies qui reconnaissent comme cause immédiate une ou plusieurs petites ulcérations situées ordinairement au voisinage du pylore.

La conclusion qui se dégage de ces faits, c'est que l'appendicite est une maladie toxi-infectieuse qui menace l'économie tout entière à plus ou moins brève échéance, et que les chances de guérison sont d'autant plus grandes que la suppression du foyer infectieux a été effectuée plus tôt.

De la macrodactylie.

M. Vallin lit, au nom de M. Boinet (de Marseille), une note tendant à démontrer que la macrodactylie n'appartient pas seulement à la tératologie, mais qu'elle peut être également considérée à juste titre comme relevant de la pathologie.

A l'appui de cette opinion, l'auteur relate plusieurs observations qui prouvent que les doigts hypertrophiés, tout en se développant d'une façon progressive, subissent un accroissement relativement plus rapide que les doigts correspondants. La macrodactylie coïncide, en outre, presque toujours avec l'hypertrophie d'autres organes, et elle s'accompagne à la longue d'altérations osseuses que la radiographie permet de mettre en lumière.

Rarement héréditaire, la macrodactylie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, à la main droite qu'à la main gauche, et elle occupe de préférence le médius et l'index. Dans la moitié des cas seulement elle existe à l'état d'infirmité isolée.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 28 janvier et 4 février 1901.

Recherches sur la fibrinolyse.

M. L. Camus. — J'ai essayé de préparer un sérum fibrinolytique en injectant aseptiquement de la fibrine (en suspension dans de l'eau salée) à des animaux d'espèces différentes. Le sérum ainsi obtenu ne possède aucune propriété dissolvante sur le caillot déjà formé. Ajouté à du sang non encore coagulé, il empêche l'apparition du caillot et détermine la production d'un fin précipité; la réaction est analogue quand on opère non plus sur du sang, mais sur une solution artificielle de fibrine.

En outre, le sérum en question précipite également le sérum de l'animal qui a fourni la fibrine; enfin, le sérum d'animaux immunisés par de simples injections d'un sérum normal produit aussi un précipité identique dans les solutions de fibrine de l'espèce animale d'où provient le sérum normal.

Il importe de signaler qu'un excès de ce dernier sérum peut redissoudre le précipité obtenu par l'action du sérum de l'animal immunisé.

Dispositif très simple pour l'application de la méthode photothérapique de Finsen.

MM. Lortet et **Genoud** signalent un dispositif très simple pour l'application de la méthode de Finsen. Il consiste à placer, sur le trajet des rayons émanant d'un arc électrique à courant continu, un ballon plein d'eau qui a pour but, à la fois, de rendre les radiations lumineuses convergentes et de retenir la plupart des radiations calorifiques; un compresseur placé sur la région que l'on veut soumettre à la photothérapie, et dans lequel circule constamment un courant d'eau froide, arrête les quelques radiations calorifiques ayant traversé le ballon.

Des recherches photométriques nombreuses, et surtout l'étude expérimentale sur les malades, ont montré que ce dispositif permet d'obtenir une intensité photochimique égale à celle que donnent les condensateurs de Finsen.

M. A. Chauveau fait une communication sur la dépense énergétique qu'entraînent respectivement le *travail moteur* et le *travail résistant* de l'homme qui s'élève ou descend sur la roue de Hirn.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 février 1901.

De l'amputation précoce pour gangrène diabétique.

M. Bégouin (de Bordeaux). — Les classiques français actuels ne se prononcent pas pour l'amputation dans le cas de gangrène diabétique humide, profonde et spontanée des membres.

En 1897, M. Demons et moi avons eu à traiter une femme de cinquante quatre ans atteinte depuis six mois de gangrène humide du membre inférieur, qui remontait déjà jusqu'au tiers moyen de la jambe; l'état général de la malade était très mauvais et ses urines contenaient 110 grammes de sucre par vingt-quatre heures. Nous avons pratiqué l'amputation de cuisse et la guérison a été parfaite; le résultat se maintient excellent, bien que la malade rende encore 72 grammes de sucre par jour.

Nous fondant sur ce fait et sur les résultats d'un certain nombre de chirurgiens, M. Demons et moi pensons que, chez le diabétique plus que chez tout autre, la gangrène spontanée et profonde des membres réclame l'amputation d'emblée. Si celle-ci est faite à un niveau élevé et avec une asepsie rigoureuse, elle sauvera de nombreux malades que l'expectation eût laissé mourir.

M. Schwartz. — J'ai eu l'occasion de pratiquer l'amputation de la jambe au lieu d'élection, dans un cas de gangrène diabétique; l'opération n'ayant pas donné une goutte de sang, je m'attendais à un insuccès rapide; la guérison survint, au contraire, sans incident et se maintint pendant neuf ans. Il se produisit alors des accidents gangreneux sur le membre du côté opposé, et je fis une amputation de cuisse, qui fut suivie de mort en vingt quatre heures. Deux autres interventions pour des accidents analogues m'ont donné l'une un succès et l'autre un insuccès.

M. Guinard. — Constatant, au cours d'une amputation de cuisse, l'absence de tout suintement sanguin, j'eus l'idée de cathétériser la fémorale, et je déterminai ainsi une hémorrhagie; je liai alors l'artère; la réunion s'effectua par première intention.

M. Reynier. — Je partage entièrement l'opinion de MM. Demons et Bégouin, et j'ai pratiqué, pour ma part, plusieurs amputations précoces pour gangrène diabétique. Il y a, d'ailleurs, lieu de distinguer à ce point de vue la gangrène par athérome chez un diabétique et la gangrène diabétique vraie.

M. Lejars. — J'estime, en effet, qu'il ne faut pas se conduire de la même façon en cas de gangrène diabétique proprement dite et en cas de gangrène sénile par athérome avec glycosurie. Chez les athéromateux diabétiques, lorsqu'on intervient, il faut, à mon avis, amputer très haut; c'est ce que j'ai fait chez un de mes malades dont la guérison s'est maintenue parfaite pendant cinq ans.

M. Poirier. — Je ne considère pas le cathétérisme des artères comme une manœuvre utile et recommandable; la recherche des battements de l'artère suffit à nous montrer à quel niveau nous devons amputer.

M. Reclus. — Je crois que tous les chirurgiens sont aujourd'hui à peu près d'accord sur la nécessité de l'amputation précoce dans certains cas de gangrène diabétique. J'ai toujours fait l'amputation très haut, et j'ai constamment vu les artères donner du sang; aussi n'ai-je pas eu à songer au cathétérisme des artères.

Nouveau procédé destiné à perfectionner la prothèse après l'énucléation de l'œil.

M. Lagrange (de Bordeaux). — Pour faciliter l'adaptation et la mobilité de l'œil artificiel, après l'énucléation du globe oculaire, on a cherché à introduire différents corps dans la capsule de Ténon. J'ai moi-même tenté d'y greffer un œil de lapin au devant duquel j'ai ramené et suturé les muscles droits, de façon à assurer la mobilité de l'organe greffé; on obtient ainsi un petit moignon qui rend singulièrement plus facile l'application de l'appareil prothétique.

M. Delens. — L'œil greffé acquiert-il une véritable mobilité par la suture des muscles de l'organe enlevé?

M. Lagrange. — Chez les 3 malades que j'ai opérés par le procédé qui vient d'être décrit, le résultat a été excellent et la mobilité parfaitement suffisante pour donner l'illusion.

Plaie pénétrante du thorax et de l'abdomen.

M. Peyrot. — M. H. Girard (médecin de la marine) nous a adressé une observation de plaie pénétrante de poitrine compliquée de plaie du diaphragme, sur laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Il s'agit d'une blessure par coup de couteau, intéressant à la fois le septième espace intercostal gauche et le diaphragme, chez un homme de vingt-cinq ans; un fragment d'épiploon faisait hernie à travers la plaie pariétale. Après résection partielle de la huitième côte, notre confrère put distinguer nettement la plaie du diaphragme, et, attirant celle-ci dans la plaie thoracique, il les sutura l'une à l'autre, plèvre contre plèvre; par l'ouverture diaphragmatique, il put explorer les viscères abdominaux sous jacents; la rate seule présentait une légère éraflure au niveau de son extrémité supérieure. M. Girard ferma alors l'abdomen par une suture unique comprenant la plaie diaphragmatique et la plaie thoracique, et termina ainsi l'opération. La guérison s'est faite très simplement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 février 1901.

Diagnostic et traitement de la péritonite typhoïdique par perforation intestinale.

M. Ferrier (médecin militaire) communique les observations de trois malades qui ont été atteints, au cours d'une fièvre typhoïde, de péritonite consécutive à une perforation de l'intestin. Ces trois sujets ont été traités par la laparotomie et la suture de la perte de substance: un seul a survécu, les deux autres sont

morts, l'un au bout de cinquante heures, l'autre immédiatement après l'opération.

L'orateur insiste, à propos de ces trois faits, sur les difficultés que présente le diagnostic de la péritonite typhoïdique par perforation intestinale. Les symptômes auxquels donne lieu cette affection sont souvent très atténués; quelques-uns peuvent même manquer complètement, par exemple le tympanisme et les vomissements. Les signes les plus caractéristiques sont l'hypothermie (surtout lorsqu'elle coïncide avec l'accélération du pouls), la suppression des selles succédant à la diarrhée, et le caractère des douleurs. Celles ci, même quand elles sont peu vives, ont en général un début brusque; d'abord localisées, elles envahissent progressivement tout l'abdomen. On constate assez souvent, en outre, des troubles vésicaux qui dénotent la participation du petit bassin à l'inflammation péritonéale.

M. Souques déclare avoir fait opérer l'année dernière un typhoïdique chez lequel il avait diagnostiqué une perforation de l'intestin, parce que ce malade avait été pris subitement de vomissements porracés et d'une douleur abdominale localisée. L'intervention, pratiquée douze heures environ après le début des accidents, permit en effet de constater l'existence d'une perforation, mais le sujet succomba quarante-huit heures plus tard.

M. Rendu fait remarquer qu'à côté des péritonites par perforation on observe aussi, au cours de la fièvre typhoïde, des péritonites par propagation; étant donné que la différenciation de ces deux variétés de péritonite est à peu près impossible, au moins au début, l'orateur se demande s'il faut commencer par ouvrir le ventre, ou bien attendre que les accidents soient assez accusés pour permettre un diagnostic précis, au risque d'intervenir alors trop tard? Dans un cas comme dans l'autre, les chances de survie sont si minimes que l'abstention paraît encore préférable.

M. Siredey considère la douleur de ventre et la dépression brusque du pouls comme les signes les plus importants de la perforation typhoïdique de l'intestin. Le tympanisme et les vomissements sont, au contraire, des signes infidèles, car ils peuvent survenir en dehors de toute perforation.

M. Merklen croit que le meilleur traitement à opposer aux péritonites typhoïdiques est encore le traitement médical, car, d'une part, ces péritonites peuvent guérir sans intervention chirurgicale et, d'autre part, les résultats que donne l'opération sont jusqu'à présent des moins encourageants.

M. Le Gendre estime également que le diagnostic des perforations intestinales typhoïdiques est entouré de beaucoup de difficultés : il résulte d'un très grand nombre d'observations que le signe « douleur » est absolument trompeur. L'accélération du pouls est plus importante; mais, comme elle peut exister en l'absence de perforation, on ne saurait lui accorder une valeur absolue. C'est seulement à l'hôpital, où elle peut être pratiquée dès les premières heures après le début des accidents, que l'opération présente quelques chances de succès; en toute autre circonstance, c'est au traitement médical par la diète absolue, l'immobilité, les applications de glace et l'opium qu'il convient de recourir.

M. Antony dit que 25 % des malades guérissent lorsqu'ils sont opérés dans les douze heures qui suivent la perforation; cette lésion, abandonnée à elle-même, étant fatalement mortelle, on comprend toute l'importance qu'il y aurait à pouvoir la reconnaître tout à fait au début.

M. Joffroy est aussi d'avis que l'intervention chirurgicale ne doit pas être écartée systématiquement du traitement des péritonites typhoïdiques par perforation. Comme M. Ferrier, il a eu l'occasion d'observer plusieurs fois, chez des malades atteints de cette complication, de la dysurie et une absence de selles, signes qui lui paraissent avoir une réelle valeur.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 février 1901.

Mort subite chez les enfants hérédo syphilitiques et syphilis conjugale.

M. A. Fournier. — A l'appui de ce que j'ai dit dans la dernière séance à propos de la mort subite chez les enfants hérédo-syphilitiques (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 20), je rapporterai le fait suivant. Un homme se marie ayant la syphilis depuis huit mois seulement; sa femme devient enceinte dès le début du mariage et ne présente aucun symptôme de syphilis durant toute sa grossesse. L'enfant, né à terme, a toutes les apparences de la santé; il est nourri au lait stérilisé et arrive jusqu'au dixième mois sans le moindre accident. Un jour, après s'être éveillé en excellent état, il vomit et a des convulsions oculaires. A midi, il paraît tranquille et se remet à jouer, mais il ne peut mouvoir ses membres que du côté droit, il a une hémiplégie gauche; à deux heures il perd connaissance; à trois heures il commence à râler sans que l'auscultation révèle rien d'anormal dans la poitrine; à sept heures du soir il était mort. Cet exemple montre avec quelle rapidité peuvent succomber des enfants issus de souche syphilitique, malgré toutes les apparences de la santé.

M. Leredde. — N'est-il pas indiqué, en pareil cas, de soumettre l'enfant, dès les premiers mois, au traitement spécifique, bien qu'il ne présente pas de manifestation syphilitique ?

M. A. Fournier. — L'expérience m'a montré que lorsque la syphilis du père est récente, il faut donner le traitement antisyphilitique non seulement à l'enfant, dès sa naissance, mais encore à la mère pendant la grossesse. Cette thérapeutique, appliquée à la femme, n'a pas exclusivement pour but de sauvegarder l'enfant; je la considère aussi comme utile à la mère elle-même. Des exemples multiples m'ont montré que dans la plupart des cas une femme n'épouse pas impunément un syphilitique et que tôt ou tard elle présente quelque manifestation spécifique. Voici un fait que j'ai observé dernièrement. Un homme syphilitique épouse une femme saine; il en a plusieurs enfants dont les uns succombent prématurément, tandis que les autres sont atteints de syphilis héréditaire. La femme, qui avait paru rester indemne, eut des accidents tertiaires plusieurs années après son mariage.

M. E. Besnier. — Il y a longtemps que j'invite mes collègues à rechercher et à grouper les observations pouvant confirmer ou infirmer cette opinion, à savoir que toute femme ayant conçu d'un syphilitique est syphilisée.

M. Gastou. — Faut-il donc nécessairement administrer le traitement spécifique à toute femme qui aura épousé un syphilitique ?

M. A. Fournier. — Je crois que, sous peine de terroriser et d'éloigner du mariage tous les syphilitiques indistinctement, il faut réserver le traitement spécifique aux femmes dont les maris sont atteints d'une syphilis de fraîche date, encore menaçante.

M. Barthélemy. — Je ne pense pas qu'une femme soit fatalement syphilisée du fait qu'elle a conçu d'un mari syphilitique. J'ai observé deux femmes qui avaient épousé des syphilitiques et avaient fait des fausses couches durant ce premier mariage. Leurs maris ayant succombé, elles se sont remariées et ont l'une et l'autre contracté la syphilis, ce qui prouve qu'elles étaient jusque-là restées indemnes.

M. A. Fournier. — Je retrouve dans mes souvenirs un exemple analogue. Une femme se marie à un syphilitique et fait coup sur coup deux fausses couches. Quatre ans après, j'ai pu constater chez elle une roséole syphilitique, témoignant d'une infection toute récente. Son mari avait eu peu de temps auparavant des érosions buccales.

Troubles trophiques consécutifs à l'application des rayons de Röntgen.

M. Barthélemy montre une femme de trente-deux ans, dont le sein gauche est le siège d'une lésion offrant tous les caractères de la sclérodermie : au centre, on voit une ulcération superficielle, mais irrégulière, avec eschare très adhérente; puis vient une zone très rouge, où la vascularisation est inégalement distribuée; il y a ici des points purpuriques, là des taches rouges lie de vin, ailleurs de simples veinosités tortueuses et saillantes; autour enfin est un anneau blanc, cireux, exsangue, anémique, qui s'étend plus ou moins loin en s'entrecroisant avec des languettes de peau hyperpigmentée. Cette plaque est lardacée, de consistance élastique; la peau est épaissie, lisse et donne l'impression d'une cicatrice bien qu'il n'y ait pas eu la moindre ulcération à ce niveau. La ressemblance avec la sclérodermie est si complète qu'on peut hésiter.

La sensibilité est normale; mais il y a des douleurs, des sensations de brûlure avec élancements, non pas dans les points les plus atteints, mais en dehors de la plaque elle-même, là où la peau semble saine.

Cette lésion, due à des troubles trophiques, est survenue à la suite de séances de radiographie faites en ville, durant vingt minutes chaque fois et répétées deux fois par semaine pendant quatre mois. La malade est anémique et nerveuse; elle était sujette à des douleurs névralgiques dans la glande mammaire dont les rayons de Röntgen la délivrèrent. A la fin du traitement, elle ressentit quelques démangeaisons; la peau du sein se pigmenta, puis desquama légèrement. Pendant cinq mois et demi, il n'y eut pas d'autre trouble, quand rapidement, en huit jours, apparut et se constitua la lésion telle qu'on la voit aujourd'hui. Elle ne subira vraisemblablement pas de modification de longtemps, car la guérison exigera plusieurs mois, trois au moins.

Je n'ai pas eu de renseignements sur le mode d'application ni sur l'intensité des rayons; mais ce fait, dont le médecin n'est pas plus responsable que d'un accident de chloroformisation, indique qu'il faut être, dans les applications dermatologiques des rayons X, beaucoup plus réservé que ne le conseillent certains praticiens, surtout à l'étranger.

Le traitement de cette lésion consiste dans des applications de liniment oléo-calcaire additionné d'aristol, de cocaïne et de menthol.

Ulcérations professionnelles des teinturiers en peau.

M. Brocq, au nom de M. Landry et en son nom, présente deux teinturières en peau atteintes d'ulcérations professionnelles des mains. La première a, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, une ulcération cratériforme, un peu ovalaire, de 8 à 10 millimètres de diamètre, à bords taillés à pic. Chez la seconde, c'est à la face dorsale des phalanges qu'on observe les cicatrices d'ulcérations analogues. Ces lésions professionnelles se manifestent toujours sous forme d'ulcérations arrondies, à bords taillés à pic, siégeant aux doigts, généralement à la main gauche. Elles débutent au niveau d'excoriations irritées par le contact avec les substances caustiques que manipulent ces ouvrières et qui contiennent de la potasse et de l'acide chromique. Il se forme d'abord une eschare noirâtre arrondie, ayant grossièrement l'aspect d'un œil d'oiseau : aussi les teinturiers en peau dénomment-ils cette lésion *pigeonneau* ou *tourtereau*, ou encore *rossignol*, à cause des cris que la douleur arrache aux sujets qui en sont porteurs. Lorsque l'eschare se détache, elle laisse après elle une perte de substance cratériforme, arrondie, à bords taillés à pic, comme l'ulcus simplex de l'estomac; ces lésions sont très rebelles et n'aboutissent que lentement à la cicatrisation. Elles ont un aspect tout à fait analogue aux ulcérations arsenicales, bien que les teinturiers en peau ne manient pas d'arsenic. Certains ouvriers tanneurs, dits ouvriers de rivière, sont fréquemment atteints d'une dermatose semblable; il est vrai qu'ils manipulent de la chaux et surtout de l'orpiment (sulfure jaune d'arsenic).

Les deux malades présentées sont syphilitiques. L'une est atteinte d'une perforation du voile du palais, l'autre de syphilides tertiaires qui couvrent de leurs végétations les deux jambes. Il n'y a là très probablement qu'une coïncidence.

Alopécie symétrique congénitale.

M. Brindeau montre, au nom de M. A. Fournier et au sien, un malade qui est entré à l'hôpital Saint-Louis pour un psoriasis et qui porte aux régions temporales, disposées d'une façon parfaitement symétrique, deux plaques d'alopécie circulaires, ayant chacune les dimensions d'une pièce de cinq francs. A leur niveau la peau est complètement glabre, sauf au centre même où se voit une touffe de poils; les téguments sont uniformément blancs et lisses, sans aspect cicatriciel. On sent avec le

doigt que les plaques sont déprimées. Aussi loin que remontent les souvenirs du malade, il a toujours été porteur de cette alopécie symétrique qui est, en effet, très probablement congénitale. Après des accouchements où la tête a subi une compression forte et prolongée à cause d'un rétrécissement du bassin, ou consécutivement à une application de forceps, les téguments de l'enfant peuvent subir des modifications telles que rougeur persistante, eschares, aires de déglabration. Dans le cas particulier, la mère de ce malade affirme que le forceps fut nécessaire pour terminer l'accouchement.

M. Sabouraud. — En pareil cas la dépilation peut être temporaire ou définitive. L'absence de toute apparence cicatricielle au niveau de ces plaques d'alopécie permet de supposer qu'il s'agit ici d'un trouble trophique.

Un cas de lèpre autochthone.

M. Galezowski, à propos d'une malade du service de M. Tennesson, affectée de lèpre tuberculeuse avec des manifestations oculaires, montre des dessins représentant les lésions du fond de l'œil dans cette affection.

M. E. Besnier. — J'attire l'attention sur ce fait qu'il s'agit ici d'un cas de lèpre autochthone. La malade habite Nice; personne dans sa famille ni dans son entourage n'a eu la moindre atteinte de cette maladie. Mais pendant deux années elle a fait de longs séjours dans une localité de la montagne où s'observent des cas de lèpre.

M. Hallopeau. — Depuis que je suis à l'hôpital Saint Louis, c'est la cinquième fois que je vois une lèpre dont l'origine peut être rapportée à cette région du littoral méditerranéen.

M. Brocq. — C'est également dans la partie montagneuse de cette contrée que Leloir a signalé quelques foyers de l'affection dont il s'agit.

Lymphangite dorsale de la verge consécutive à un chancre simple.

M. Danlos présente un homme chez lequel on observe une lymphangite dorsale de la verge consécutive à une chancrelle et identique à celle qui accompagne fréquemment le chancre infectant dans la syphilis.

M. A. Fournier. — Toute lésion de la verge peut, en dehors de la syphilis, déterminer ce cordon de lymphangite, auquel Ricord donnait le nom de « lymphangite plastique ». J'ai remarqué que c'est particulièrement dans la blennorrhagie aiguë qu'apparaît cette complication.

Toxi-tuberculides agminées.

M. Hallopeau. — J'ai décrit deux variétés de toxi-tuberculides agminées, l'une papulo-érythémateuse, l'autre papulo-suppurative. Chez le malade que vous voyez, les altérations peuvent être considérées comme intermédiaires à ces deux types. L'éruption a débuté par de petites papules dont la plupart sont surmontées de pustulettes livides; elles affectent fréquemment une disposition circinée; le derme sous-jacent et ambiant est induré; certains éléments rappellent ceux du pityriasis rubra pilaire.

Chez cet homme, il existe des signes de tuberculose pulmonaire peu avancée.

M. G. Baudoin présente une femme de cinquante-deux ans atteinte de kératose plantaire et palmaire. Les altérations du pied ont débuté il y a douze ans; celles des mains ont apparu deux ans après.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 4 février 1901.

Empoisonnement par le vert de Schweinfurth.

M. Zinn relate un cas d'empoisonnement mortel par le vert de Schweinfurth, relatif à une femme qui absorba quatre cuillers à thé de ce composé arsenical. Transportée à l'hôpital quatre heures plus tard, la patiente, qui avait d'abondants vomissements colorés en vert et une diarrhée profuse sanguinolente, ne tarda pas à entrer en collapsus; elle succomba dix-neuf heures après l'ingestion du toxique. A l'autopsie, on trouva la muqueuse stomacale en partie recouverte de particules vertes très adhérentes, ce qui rend bien compte de l'inefficacité des lavages d'estomac mis en œuvre dans ce cas; en outre, il existait une congestion de tout l'intestin, qui présentait même quelques hémorrhagies.

M. Michaelis déclare avoir observé trois cas d'empoisonnement par l'arsenic, qui ont tous guéri. Dans un d'eux, la patiente ne vint à l'hôpital que douze heures après avoir absorbé le toxique, et, bien que les lavages d'estomac eussent été pratiqués seulement le lendemain, alors que trente-six à quarante-huit heures s'étaient écoulées depuis l'accident, la guérison survint.

M. Zinn fait observer qu'un élément de gravité du pronostic est l'état de vacuité de l'estomac au moment où le poison est ingéré; quand, au contraire, le sujet n'est pas à jeun, le toxique, mélangé aux aliments, est beaucoup plus facile à extraire.

Sur l'oxydation incomplète du sucre dans l'organisme.

M. P. Mayer (de Carlsbad) fait une communication dans laquelle il démontre que, de ce qu'on ne trouve pas de sucre dans l'urine, on ne doit pas conclure nécessairement que cette substance est entièrement brûlée dans l'organisme; en effet, dans bien des cas où l'urine ne contient pas trace de glycose, elle renferme des produits de destruction incomplète de la molécule sucrée, et notamment de l'acide glycuronique. Ce fait s'observe, en particulier, dans de nombreuses maladies aiguës fébriles, ainsi que dans certaines affections accompagnées de troubles graves de la circulation ou de la respiration (on sait que l'asphyxie expérimentale détermine de la glycosurie).

Dans le diabète, l'urine contient fréquemment des quantités assez considérables d'acide glycuronique, ce qui rend compte du désaccord existant parfois entre les dosages polarimétriques et ceux qui sont faits à la liqueur de Fehling : en effet, l'acide glycuronique réduit fortement la liqueur cupro-potassique, tandis qu'il est inactif au point de vue optique.

En terminant, M. Mayer déclare que l'excrétion exagérée d'acide glycuronique peut, dans certains cas, être considérée comme un signe avant-coureur du diabète.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 9 février 1901.

Nouveau traitement du vertige.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Urbantschitsch** a fait une communication sur un nouveau mode de traitement du vertige. Ayant remarqué que les sensations vertigineuses que déterminent, même à l'état normal, les mouvements de rotation de la tête, sont d'autant plus longues à se produire que le sujet est plus habitué à exécuter ces mouvements, il a prescrit à plusieurs malades atteints de vertige de faire fréquemment de tels mouvements de rotation. Pour cela le patient, étant couché, tourne alternativement la tête à droite et à gauche; il cesse dès que le vertige apparaît. Lorsque certains déplacements de la tête ou des yeux provoquent seuls la sensation vertigineuse, il faut les faire répéter à l'exclusion des autres. Au bout d'un certain temps, l'usage de ces manœuvres amènerait la disparition complète des troubles.

M. Urbantschitsch a pu guérir ainsi un malade dont le vertige, consécutif à la cure radicale d'une carie du rocher, reconnaissait vraisemblablement pour cause une lésion du canal semi-circulaire horizontal.

Abcès appendiculaire dans la cavité de Douglas.

Dans l'avant-dernière séance de la même Société, **M. Schnitzler** a fait remarquer, à propos de la communication de M. von Friedländer (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 38), que, bien souvent, un abcès appendiculaire de l'espace de Douglas simule une obstruction intestinale; en pareil cas, on peut être amené à intervenir par la laparotomie — comme il l'a fait 3 fois, avec succès, d'ailleurs , mais cette voie ne doit pas être délibérément choisie, à cause des dangers d'infection du péritoine auxquels elle expose.

La méthode à préférer lui paraît être l'incision rectale; il suffit d'ouvrir au point de la paroi antérieure du rectum qui est saillant; si l'on a soin de s'aider d'un spéculum, on opère sous le contrôle de la vue, par conséquent en toute sécurité. Il a employé ce procédé chez 5 malades, avec les meilleurs résultats.

Quand l'abcès siège très bas, il peut être nécessaire d'inciser par le périnée; mais ici l'intervention est longue et délicate, car il faut aller profondément à la recherche du pus, entre des organes importants; de 3 sujets qu'il a opérés par cette voie, 2 ont guéri et un est mort de péritonite septique ultérieure.

L'incision sacrée, préconisée par M. von Friedländer, a le double inconvénient de demander beaucoup de temps pour la guérison et de ne pas assurer efficacement l'écoulement du pus, l'ouverture de l'abcès ne portant pas sur le point le plus déclive. Quant à la voie vaginale, elle lui paraît constituer une méthode d'exception.

M. R. Frank a opéré 7 malades par la voie périnéale; il estime toutefois que c'est à l'incision rectale qu'on doit avoir recours quand l'abcès est situé très bas. On ne peut pas intervenir par le vagin chez les fillettes, et de plus l'opération vaginale chez les adultes expose à des cicatrices pouvant devenir plus tard un obstacle à l'accouchement. La voie sacrée doit être également rejetée, la guérison, par cette méthode, exigeant beaucoup trop de temps. La voie périnéale est, en somme, la meilleure : outre qu'elle ne laisse qu'une cicatrice insignifiante, elle permet le drainage de l'abcès dans les conditions les plus favorables.

M. Latzko ne croit pas que la méthode vaginale offre autant d'inconvénients que le dit M. Frank. Il a ouvert par le vagin 30 abcès de l'espace de Douglas : 2 étaient d'origine appendiculaire, les autres avaient leur point de départ dans les organes génitaux; jamais cette opération n'a été suivie d'une infection utérine. La crainte des cicatrices vaginales ne lui paraît pas non plus fondée : chez la plupart des malades, la cicatrice est à peine visible et dans aucun cas il ne l'a vue présenter d'inconvénients. M. Latzko incise le vagin longitudinalement pour ne pas blesser les uretères déplacés par l'abcès, et il laisse le drain en place jusqu'à ce que la suppuration soit tarie.

M. Gersuny estime qu'on ne peut pas établir une règle de conduite uniforme pour le traitement des abcès de l'espace de Douglas; le choix de la méthode opératoire doit être subordonné aux circonstances.

M. Gussenbauer est d'avis qu'il faut, autant que possible, inciser les abcès au point où ils ont tendance à s'ouvrir naturellement: dans le cas particulier, c'est donc par la voie antérieure qu'il faut intervenir, d'autant que l'on ne sait jamais si l'abcès perçu dans le cul-de-sac de Douglas est le seul, et s'il n'en existe pas un ou plusieurs autres dans la cavité abdominale.

M. von Friedländer reconnaît que la guérison est plus longue par la voie sacrée; cette méthode lui semble cependant préférable aux autres, parce qu'elle assure l'écoulement du pus d'une façon plus parfaite : quand le malade est dans le décubitus dorsal, l'incision se trouve, en effet, au point le plus déclive.

Dr Schnirer.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les ulcérations puerpérales du vagin et du col de la matrice et les irrigations intra-utérines.

Nombre d'accoucheurs ont pour règle de ne jamais soumettre les nouvelles accouchées à un examen au spéculum, croyant pouvoir attribuer *a priori* toutes les anomalies des suites de couches à l'existence d'une endométrite contre laquelle ils s'empressent d'instituer des injec-

tions intra-utérines. Une pratique de deux ans et demi à l'infirmerie de l'Institut obstétrical de Saint-Pétersbourg a montré à M. le docteur G. L. Davydov que cette manière de faire est loin d'être exempte d'inconvénients. A en juger d'après les observations de notre confrère, les irrigations de l'utérus qu'on ordonne sans avoir au préalable procédé à un examen *de visu* du vagin et du col, et en se basant sur ce seul fait que les lochies présentent une coloration et une odeur anormales, peuvent être plutôt nuisibles qu'utiles. C'est que les modifications des sécrétions génitales ne tiennent pas nécessairement à une lésion de la muqueuse utérine : l'existence, au niveau du vagin ou du museau de tanche, d'ulcérations recouvertes d'un enduit plus ou moins septique suffit à altérer les lochies, sans qu'il y ait la moindre trace d'endométrite Or, en pratiquant dans ces conditions des injections intra-utérines, on risque d'entraîner les germes infectieux qui se trouvent à la surface des ulcérations vaginales jusque dans la cavité de la matrice, où leur présence acquiert une signification infiniment plus grave.

D'autre part, il importe de tenir compte que les lésions puerpérales du vagin et de la portion cervicale de l'utérus peuvent passer complètement inaperçues au toucher, ne donnant lieu à aucun autre symptôme morbide que l'hyperthermie.

Cela étant, M Davydov recommande de recourir au spéculum toutes les fois que les lochies paraissent anormales, ainsi que dans tous les cas où, en présence d'une élévation de la température, les résultats de l'examen des parties génitales externes et de l'exploration bimanuelle sont absolument négatifs.

Lorsque les ulcérations du col coexistent avec de l'endométrite, les irrigations intra-utérines restent évidemment indiquées, à la condition qu'on les fasse précéder d'une désinfection soigneuse et d'une cautérisation de toutes les petites plaies du museau de tanche.

Utilité de l'exploration intra-articulaire du genou à l'aide du stylet dans les hémarthroses.

Au cours de la ponction du genou pour hémarthrose il arrive parfois que l'écoulement s'arrête tout à coup, la canule du trocart étant bouchée par un caillot sanguin ou un lambeau de tissu : on introduit alors dans la canule un stylet pour la désobstruer. En ayant recours à cette manœuvre, M. le docteur C. Lauenstein, médecin en chef de l'hôpital du port de Hambourg, a remarqué qu'elle peut servir à préciser la source de l'hémorragie articulaire, surtout dans les cas où il s'agit de lésions traumatiques portant exclusivement sur les parties molles. Aussi notre confrère a-t-il toujours soin, l'épanchement une fois vidé, d'insinuer dans la canule un long stylet boutonné à l'aide duquel il explore méthodiquement l'intérieur de l'articulation. Quand il existe une déchirure de la capsule articulaire, l'extrémité de l'instrument pénètre, à ce niveau, jusque sous la peau et se laisse facilement palper à travers les téguments. Il va de soi que si la déchirure siège dans un endroit diamétralement opposé au point de pénétration du trocart, on se trouve dans d'excellentes conditions pour apprécier la direction et l'étendue de la lésion; par suite, comme la capsule se déchire le plus souvent du côté interne du genou, il est bon de pratiquer toujours la ponction du côté externe.

L'exploration de l'intérieur de la jointure au moyen du stylet offre cet avantage qu'elle permet d'agir ensuite en toute connaissance de cause et rend ainsi la thérapeutique des hémarthroses plus rationnelle. Si l'on constate, par exemple, l'existence d'une déchirure capsulaire, on s'empressera bien entendu — au lieu d'instituer d'emblée le traitement ambulatoire ou la mécanothérapie que certains chirurgiens appliquent indifféremment à tous les traumatismes du genou — d'immobiliser le membre pendant tout le temps qu'on jugera nécessaire pour la cicatrisation de cette lésion.

Traitement des migraines rebelles par le séton.

M. le docteur W. Whitehead, chirurgien consultant de l'Infirmerie royale de Manchester, traite les cas invétérés de migraine par le *séton à la nuque*, moyen qui, préconisé jadis à peu près contre toutes les maladies, est tombé aujourd'hui dans l'oubli le plus complet. Or, depuis vingt-cinq ans que notre confrère a recours à ce procédé chez les sujets atteints de migraine rebelle, il ne l'a encore jamais vu échouer. M. Whitehead a eu à soigner, entre autres, une femme qui pendant six ans eut des céphalalgies excessivement violentes avec prostration générale et nausées, lesquelles se reproduisaient plusieurs fois par mois et persistaient de douze à vingt-quatre heures. Depuis que cette malade a subi l'opération du séton, remontant déjà à plusieurs mois, on n'a pas eu à enregistrer chez elle un seul accès.

Le manuel opératoire adopté par notre confrère ne diffère guère de la technique classique. Toute l'intervention nécessite à peine trente secondes et l'anesthésie locale obtenue à l'aide du protoxyde d'azote est parfaitement suffisante.

Le séton doit être conservé tout au moins trois mois et il est bon de recommander au patient de déplacer légèrement la mèche chaque jour.

L'eau salée substituée au sublimé dans les injections sous-conjonctivales.

Un médecin de la marine russe, M. le docteur A. J. Matoussovsky, a eu l'occasion de constater que le bichlorure de mercure en injections sous-conjonctivales peut être remplacé avec avantage par une solution de chlorure de sodium à 3 %. Introduite sous la conjonctive à la dose de 5 à 10 gouttes, après une injection préalable d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 %, l'eau salée produit, chez les sujets atteints de kératite ou d'iritis, les mêmes effets thérapeutiques que l'on observe sous l'influence du sublimé. A la suite de deux à quatre injections, on remarque une amélioration sensible aussi bien du côté des manifestations locales que dans l'état général du patient : la céphalée diminue ou disparaît complètement; il en est de même de l'insomnie, qui est pourtant rebelle à tous les hypnotiques. La pupille, réfractaire à l'action des mydriatiques, se dilate rapidement; le pus de la chambre antérieure se résorbe et l'ulcère de la cornée ne tarde pas à se cicatriser. Toutefois, en ce qui concerne les kératites interstitielles, notre confrère n'a eu à enregistrer que des échecs, sauf dans un cas. Par contre, les injections sous-conjonctivales d'eau salée ont donné d'excellents résultats dans 3 cas d'iritis, dont un se rapportait à une inflammation séro-purulente survenue après une extraction de cataracte. M. Matoussovsky a également utilisé, avec succès, ce moyen de traitement chez un individu atteint d'un glaucome subaigu.

Le chlorure de sodium présente, sur le sublimé, l'avantage de provoquer des douleurs moins intenses et moins durables et de ne pas exposer le malade au développement d'adhérences entre la conjonctive et le globe de l'œil.

Traitement chirurgical des gommes syphilitiques superficielles.

A côté des lésions gommeuses de la peau qui se laissent rapidement influencer par le traitement spécifique, il en est d'autres sur lesquelles l'emploi prolongé du mercure *intus* et *extra* semble n'avoir aucune prise, pas plus d'ailleurs que l'usage de l'iodure de potassium même poussé jusqu'à l'apparition d'accidents d'iodisme. Dans les cas de ce genre, M. le docteur R. Maclaren, chirurgien en chef de la Cumberland Infirmary à Carlisle, a recours à l'excision des gommes. Lorsque celles-ci siègent sur une partie du corps qui se prête à l'application d'un lien élastique, l'opération se trouve singulièrement facilitée par cette manœuvre, la coloration jaune des tissus morbides tranchant encore mieux sur un membre exsangue. Après avoir fait deux ou trois incisions dont la longueur et la direction sont naturellement subordonnées à l'étendue et à la forme de la gomme, notre confrère procède à l'excision qu'il pratique au moyen du bistouri ou des ciseaux, sans s'attacher cependant à poursuivre la dissection aussi loin que possible, car, la couche principale une fois enlevée, les parties périphériques et minces du néoplasme ne tardent pas à être résorbées. Les petites plaies résultant de l'intervention sont traitées selon les règles habituelles, avec réunion par première intention ou non suivant leurs dimensions et, en particulier, selon leur profondeur.

M. Maclaren applique ce procédé toutes les fois que l'emploi d'iodure de potassium et de frictions mercurielles pendant quinze jours est resté sans produire la moindre amélioration locale. En pareil cas, notre confrère, au lieu de s'attarder à continuer sans succès le traitement spécifique, préfère pratiquer l'excision qui, d'après son expérience, permettrait le plus souvent d'obtenir une guérison rapide et n'exposerait jamais à des récidives.

Administration du sérum antidiphtérique par la bouche ou par le rectum.

Chez une jeune fille de quatorze ans, atteinte d'angine diphtérique dont le diagnostic fut confirmé par l'examen bactériologique d'une parcelle de fausse membrane, un médecin anglais, M. le docteur W. Campbell M'Donnell (de Londres), au lieu d'administrer le sérum antitoxique par la voie sous-cutanée, le fit ingérer à la dose habituellement employée pour les injections. Sous l'influence de ce traitement, les pseudo-membranes ne tardèrent pas à disparaître et la température tomba de 38°2 à 35°8. Au bout de quatre jours, l'exsudat s'étant reproduit sur l'une des amygdales, on donna à la malade une nouvelle dose d'antitoxine, et la guérison se fit sans encombre et d'une manière très rapide.

Dans un autre cas où le diagnostic clinique de diphtérie n'était pas non plus douteux et où l'agitation du patient ne permettait pas de pratiquer des injections hypodermiques, notre confrère administra, avec le même succès, le sérum antidiphtérique par la voie rectale.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par la ponction suivie de l'injection d'une solution phéniquée.

Dans un cas de rhumatisme articulaire aigu avec prédominance des symptômes morbides au niveau du genou droit, un médecin italien, M. le docteur F. Zagato, après avoir essayé sans succès la médication salicylée et les injections hypodermiques répétées de chlorhydrate de morphine, a eu l'idée, pour soulager le malade, de procéder à l'extraction du liquide accumulé dans le genou, croyant pouvoir attribuer la principale cause des douleurs intolérables qu'éprouvait le patient à la distension de la capsule articulaire par l'exsudat. Avec les plus grandes précautions d'antisepsie, notre confrère enfonça profondément l'aiguille d'une seringue à injections sous-cutanées au niveau du point où la fluctuation paraissait particulièrement nette. L'aspiration amena 60 c.c. environ d'un liquide clair, absolument inodore et rappelant par sa couleur l'huile d'olive. Au fur et à mesure que la jointure se vidait ainsi, les douleurs s'amendèrent pour disparaître complètement à la fin de l'intervention. Toute la sérosité une fois extraite, M. Zagato jugea utile, avant de retirer la canule, d'injecter dans l'articulation une solution antiseptique pour influencer le processus morbide d'une manière directe et, n'ayant sous la main que de l'eau phéniquée à 2.5 %, il en injecta 1 c.c. Après avoir enlevé l'aiguille, notre confrère constata que le genou avait subi une diminution de volume considérable et qu'on pouvait lui imprimer toute sorte de mouvements sans que le malade accusât la moindre douleur. Afin d'éviter la reproduction du liquide, on ordonna du massage et des enveloppements humides à l'acide salicylique. Le lendemain soir, on trouva un léger degré d'empâtement semblant indiquer la présence d'un peu de sérosité dans la jointure, mais il n'y avait pas de douleurs, et dans l'espace de trois à quatre jours tous les symptômes morbides du côté du genou droit disparurent.

Peu de temps après, le genou gauche fut atteint à son tour, et là encore le même traitement permit à l'articulation de reprendre rapidement son aspect normal.

M. Zagato estime que le procédé en question, tout en constituant un moyen purement symptomatique, mérite cependant de prendre place dans la thérapeutique du rhumatisme polyarticulaire aigu, d'autant plus que, faite aseptiquement, l'aspiration du liquide est exempte de tout inconvénient. Notre confrère recommande de se servir d'une canule très fine, la petite piqûre s'obturant dans ce cas spontanément sous l'influence de l'élasticité des tissus, tandis que la plaie produite par une aiguille volumineuse exposerait à l'infection de la jointure.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'agent étiologique de la vaccine et de la variole.

L'histoire scientifique de la vaccine date de 1798, époque où fut publiée la mémorable découverte de Jenner. Depuis lors, on a réussi à répandre assez rapidement la pratique de la vaccination dans la plupart des pays civilisés, mais, malgré les recherches continues d'un grand nombre d'expérimentateurs, on n'est pas encore arrivé à connaître avec certitude l'agent étiologique de cette affection.

Une série d'études poursuivies pendant deux années nous permet de donner ici pour la première fois la démonstration expérimentale de la cause de la vaccine et de la variole : ces deux maladies sont provoquées par un microorganisme semblable, un protozoaire de grande dimension, facile à observer au microscope à un faible grossissement.

Le compte rendu détaillé de nos expériences paraîtra très prochainement avec les figures explicatives; qu'il nous soit permis de résumer ici ce travail dont l'importance n'échappera à personne et qui peut avoir une influence considérable sur l'étude de l'étiologie de tout un groupe de maladies redoutables : les fièvres éruptives.

Nous nous sommes proposé de démontrer expérimentalement les faits suivants :

1° La vaccine n'est pas une maladie microbienne;

2° Elle est causée par un protozoaire qui se retrouve facilement dans toutes les pustules vaccinales et dans tous les vaccins actifs;

3° L'inoculation de ce protozoaire en émulsion stérile reproduit chez les animaux sensibles tous les symptômes classiques de la vaccine;

4° Cette même inoculation rend les animaux réfractaires à l'inoculation ultérieure de la vaccine;

5° La pustule variolique renferme un protozoaire morphologiquement semblable à celui de la vaccine.

Il résulte donc de ces expériences que la variole et la vaccine sont deux affections identiques, que la vaccine n'est qu'une forme atténuée de la variole et que, par conséquent, l'immunité antivariolique conférée par la vaccination ne fait pas exception aux lois générales de l'immunité spécifique.

I

La vaccine n'est pas une maladie microbienne. — Nous avons comparé entre eux des vaccins provenant des principaux Instituts vaccinogènes d'Europe. On sait depuis longtemps que le vaccin fraîchement préparé, c'est-à-dire l'émulsion glycérinée du contenu des pustules vaccinales, renferme un très grand nombre de bactéries. Il ne saurait en être autrement puisque la lymphe vaccinale résulte du raclage des pustules et que cette opération ne peut évidemment se faire d'une façon aseptique.

Il est un fait reconnu par la plupart des bactériologistes, c'est que le vaccin subit une autopurification, et nous savons qu'après trois mois la plupart des microbes contenus primitivement dans la lymphe glycérinée ont disparu.

Nous avons étudié sous ce rapport une vingtaine d'échantillons de vaccins d'origine différente. Tous étaient stériles après trois mois de séjour à l'abri de la lumière et en tubes scellés, mais donnaient encore des pustules absolument caractéristiques.

Nous avons constaté que le contenu des pustules provoquées par l'inoculation de cette lymphe purifiée est stérile lui-même et qu'il présente le même aspect morphologique que le liquide des pustules ordinaires de la vaccine.

Il s'ensuit donc que le vaccin privé de microbes (aérobies et anaérobies) donne des pustules spécifiques.

II

L'agent étiologique de la vaccine est un protozoaire. — Lorsqu'on fait une préparation microscopique de vaccin d'après les méthodes ordinaires, c'est-à-dire lorsqu'on étale le vaccin sur une lamelle, qu'on le fixe après dessiccation et qu'on le colore à froid ou à chaud, on constate que la préparation contient un grand nombre de vacuoles ovoïdes absolument claires et transparentes, ne prenant pas les couleurs d'aniline.

L'examen microscopique du vaccin frais, étalé sur un porte-objets et examiné tel quel à un grossissement de 500 à 600 diamètres, permet de se rendre compte que les espaces clairs de la préparation fixée par la chaleur correspondent à l'existence, dans le liquide vaccinal, d'éléments morphologiques très caractéristiques qui ont déjà été signalés antérieurement par quelques observateurs, et notamment par L. Pfeiffer (de Weimar) dès 1887.

Ces éléments se présentent le plus souvent sous trois formes bien différentes :

a) Il existe d'abord une forme réfringente d'un vert brillant, régulièrement arrondie, mesurant de 2 à 10 μ et présentant sur la platine chauffante à 37° des mouvements lents, mais bien caractérisés;

b) On constate en second lieu la présence de cellules ovoïdes plus ou moins allongées, qui ont un noyau rejeté latéralement et dont le protoplasme renferme des amas assez régulièrement arrondis de petites sphères d'un vert brillant, analogues aux éléments précédents et mesurant chacune de 1 à 3 μ de diamètre. Ce sont des cellules épidermiques infectées par le protozoaire;

c) Enfin une forme qu'on rencontre très fréquemment dans tous les vaccins est représentée par des corps framboisés, véritables *morula*, tantôt arrondis et mesurant 25 μ de diamètre avec ou sans double contour, tantôt ovalaires et ayant de 30 à 35 μ de long sur 20 à 25 μ de large.

Ces éléments sont des kystes (sporoblastes) bourrés de spores, dans lesquels le noyau apparaît comme une tache claire volumineuse, parfois centrale, parfois latérale.

Ils prennent quelquefois un aspect pyriforme : arrondis à une extrémité, ils sont pointus à l'autre. Ils se retrouvent fréquemment dans le contenu des pustules en amas tubulaires plus ou moins allongés constitués par la réunion de 20 à 40 éléments. Comme nous l'avons dit plus haut, ces trois formes, qui représentent des stades différents de l'évolution d'un même protozoaire, existent dans tous les vaccins et dans toutes les pustules vaccinales.

Dans les vaccins anciens, on observe surtout la dernière forme, les spores enkystées, tandis que dans les extraits frais des pustules on retrouve principalement la première forme, nageant au milieu des globules de pus.

Il n'entre pas dans le cadre de ce résumé succinct de nos expériences de passer en revue les caractères distinctifs des protozoaires afin d'arriver au classement de l'organisme qui nous occupe dans un groupe zoologique défini. Nous reprendrons cette question dans notre travail complet.

Puisque ce protozoaire a été vu et étudié pour la première fois par L. Pfeiffer, nous proposons de lui donner provisoirement un nom qui rappellera les recherches du savant allemand. Celui-ci l'ayant rangé parmi les sporozoaires, nous appellerons l'agent étiologique de la vaccine *Sporidium vaccinale*.

Les descriptions de ce protozoaire qu'on retrouvera dans quelques travaux sont généralement inexactes. On s'est basé principalement jusqu'ici, pour ces observations, sur l'examen de coupes anatomo-pathologiques ou sur l'analyse de réactions cornéennes chez le lapin, qui ne donnent que des résultats incertains. Dans les coupes notamment, quelles que soient les précautions prises pour la fixation, le parasite devient méconnaissable et il est absolument nécessaire, pour en faire l'étude, de suivre la technique que nous donnons ci-après.

Le sporidium ne peut s'étudier convenablement que dans des préparations fraîches, en émulsion dans du bouillon ou dans la solution physiologique.

L'examen se pratiquera donc en goutte suspendue dans une chambre humide. A cet effet, on prend une lamelle bien propre au centre de laquelle on dépose une gouttelette de bouillon. Avec une aiguille de platine, on ajoute à cette gouttelette une trace de vaccin glycériné (proportion moyenne de 1 à 5). On mélange les deux liquides en remuant l'aiguille dans la gouttelette de bouillon; on retourne la lamelle sur un porte-objet creusé enduit de vaseline, qu'on porte sous le microscope après une demi-heure. *On constate alors que le protozoaire de la vaccine est venu se fixer à la face inférieure de la lamelle.* L'examen se fait le mieux avec l'objectif DD de Zeiss et l'oculaire compensateur 8. On met au point la face inférieure de la goutte, c'est-à-dire les leucocytes et les débris cellulaires, et on remonte la vis micrométrique de quelques divisions jusqu'à ce que les protozoaires apparaissent. Il est possible dès lors d'observer le microorganisme sans aucune difficulté et sans que les autres éléments du vaccin apparaissent dans le champ du microscope.

L'examen pratiqué après quelques heures de séjour à l'étuve à 37° est encore plus typique. Nous étudierons ailleurs les essais de culture de ce protozoaire.

III

L'inoculation du « Sporidium vaccinale » *en émulsion stérile reproduit chez les animaux sensibles tous les symptômes de la vaccine.* — Puisqu'il s'agit d'un protozoaire, il ne peut être question de culture dans le sens bactériologique du mot. Malgré les probabilités de l'existence d'un protozoaire dans la vaccine, il fallait absolument obtenir une culture ou une émulsion stérile reproduisant la maladie chez les animaux pour avoir la preuve de son rôle spécifique.

L'inoculation de vaccin stérile au point de vue bactériologique et reproduisant la maladie ne pouvait pas être considérée comme une preuve suffisante.

Nous avons cherché alors à réaliser par un dispositif expérimental simple la démonstration décisive du rôle étiologique du sporidium.

Dans ce but, nous avons profité des grandes dimensions des kystes remplis de spores pour les pêcher au moyen d'un fil de platine sur plaque d'agar et les émulsionner dans un liquide stérile. Si, dans ces conditions, nous parvenions à reproduire la maladie, il n'était plus douteux que nous ne fussions bien en présence du protozoaire cherché.

Pour cela, nous répandons à la surface d'une plaque d'agar ordinaire du vaccin stérile ou renfermant peu de microbes. Après vingt-quatre heures de séjour à l'étuve, nous déposons la plaque sous le microscope (obj. AA de Zeiss, oc. 2) et, au moyen d'une spatule de platine mesurant $^1/_{10}$ de millimètre de largeur (1), nous procédons à la pêche des sporoblastes qui, avec un peu d'habitude, se reconnaissent très facilement.

On émulsionne les spores dans une gouttelette de bouillon et on inocule au veau.

Vers le sixième jour, lorsque l'expérience est convenablement pratiquée, on constate la présence de pustules caractéristiques.

(1) Cette spatule se prépare en aplatissant d'un coup de marteau un fil de platine de $^1/_{10}$ de millimètre monté sur une baguette de verre.

IV

L'infection par le « Sporidium vaccinale » *rend les animaux réfractaires a l'inoculation ultérieure de la vaccine.* — Lorsqu'on inocule à des veaux une émulsion fraîche du protozoaire, on constate que ces animaux sont devenus réfractaires à l'inoculation ultérieure de la vaccine.

Il n'est plus possible d'obtenir la moindre réaction inflammatoire locale, ce qui indique avec certitude que l'animal a bien réellement subi l'inoculation vaccinale par la pénétration intra-épidermique des kystes spécifiques.

Nous reviendrons prochainement sur le détail de ces expériences.

V

La pustule variolique renferme un protozoaire semblable au « Sporidium vaccinale ». — Nous avons eu l'occasion d'étudier le contenu des vésico-pustules dans plusieurs cas de variole confluente typique.

Les éléments qu'on rencontre dans les vésicules de la variole sont en tout semblables à ceux de la pustule vaccinale. Ces formes seront décrites dans notre travail original.

Il résulte dès à présent de nos expériences que l'agent étiologique de la vaccine et celui de la variole sont identiques, ce qui était devenu vraisemblable depuis les expériences bien connues de transport de la variole au veau, et de sa transformation en vaccine après trois ou quatre passages sur cet animal (Haccius et Hime).

Pour revenir sur l'historique de la question, qu'il nous soit permis de rappeler en terminant que dès 1868 Keber (de Dantzig) a décrit dans le vaccin des corpuscules auxquels il attribue la cause de la maladie.

Des protozoaires ont été mentionnés en 1881 par Renaut (de Lyon), puis en 1886 par Van der Loeff (d'Amsterdam). Mais c'est en réalité aux travaux remarquables de L. Pfeiffer, datant de 1887 et de 1891, que nous devons les premières notions précises concernant la présence de protozoaires dans les pustules vaccinales.

C'est en utilisant ces éléments que nous avons pu arriver à démontrer dans la vaccine et dans la variole la présence constante d'un élément parasitaire qui est probablement un sporozoaire (Pfeiffer), et que nous avons fourni pour la première fois la preuve expérimentale de sa spécificité.

Dr M. Funck,
Chef du laboratoire de bactériologie de l'Université de Bruxelles, directeur de l'Institut sérothérapique.

MÉDECINE PRATIQUE

Action de l'opium sur l'estomac.

Il y a plus de vingt-cinq ans, je soignais une jeune dame pour des douleurs gastralgiques. Je lui administrai un jour une préparation opiacée jouissant alors d'une certaine faveur, précisément pour les douleurs d'estomac, et qui se trouve encore inscrite dans les formulaires; je veux parler des *gouttes noires*, dites de Magendie. A mon grand étonnement, cette médication fut suivie d'un résultat nettement défavorable : la malade souffrait davantage chaque fois qu'elle avait absorbé ces gouttes. Je notai ce fait dans ma mémoire, et, quelques années plus tard, j'en trouvai l'explication en lisant la relation d'expériences montrant que l'opium augmente l'acidité de suc gastrique (1). Depuis, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de rencontrer des hyperchlorhydriques à qui leur médecin avait administré de l'opium ou de la morphine et qui, comme ma malade, en avaient éprouvé un fâcheux effet.

(1) Je ne retrouve pas actuellement l'indication bibliographique de ce travail.

Je suis loin de prétendre que l'opium exagère les douleurs chez tous les hyperchlorhydriques : l'état d'hyperchlorhydrie est très commun : l'aggravation des douleurs par l'opium n'est pas fréquente; mais, pour rare qu'il soit, cet accident est *réel;* il convient donc de le signaler, d'autant plus qu'il n'est pas, à ma connaissance, mentionné dans les traités les plus récents sur les maladies de l'estomac. Ainsi M. Bouveret (1), après avoir parlé du bromure de potassium, s'exprime de la manière suivante : « L'opium est mieux indiqué dans les cas d'excitabilité anormale de la motilité. La dose ordinaire est d'un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine ou de 0 gr. 02 à 0 gr. 03 centigr. d'extrait thébaïque, ou encore de 5 à 10 gouttes de laudanum. En général, la belladone est préférable... »

Le professeur Lemoine (de Lille) (2) recommande les préparations opiacées, notamment les gouttes noires, dans le traitement de la gastralgie. M. Lyon (3) ne déconseille la morphine, dans cette maladie, que de peur de favoriser le morphinisme. Bref, ni dans les ouvrages consacrés aux maladies de l'estomac (4), ni dans les traités de thérapeutique, y compris l'ouvrage spécial de Lewin (5), je n'ai vu indiquée la nocivité éventuelle de l'opium chez les hyperchlorhydriques. Il faut, pour trouver des renseignements sur ce sujet, s'adresser à des mémoires spéciaux.

Après celui que j'ai cité plus haut, sans pouvoir en donner l'indication bibliographique, le premier qui nous intéresse est celui de Kleine (6), assistant de pharmacologie à Halle.

Kleine, après avoir rapporté l'opinion de plusieurs auteurs qui ont vu la sécrétion ou l'acidité du suc gastrique décroître sous l'influence *prolongée* de la morphine, relate ses expériences : à un chien avec fistule stomacale, il faisait, certains jours, une injection sous-cutanée de morphine, et recueillait le suc gastrique pendant l'heure consécutive. Le suc recueilli les jours normaux renfermait 2.3 ‰ d'acide chlorhydrique, et celui des jours avec morphine, 2.49 ‰. Il faut, de plus, tenir compte du fait que le suc gastrique était plus abondant les jours avec morphine. Aussi, en envisageant la quantité *absolue* d'acide chlorhydrique sécrété par l'estomac *dans le même espace de temps*, trouvons-nous qu'en moyenne, les jours avec morphine, elle dépassait d'un quart environ la quantité des autres jours. Il est donc évident que la morphine a augmenté notablement l'acide chlorhydrique sécrété (7).

Plus important, à notre point de vue, est le mémoire de Riegel, publié l'an passé (8), et dont je me contente de rappeler ici les résultats, car il a été analysé dans ce journal même, il y a peu de temps (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 322) :

(1) Bouveret. Traité des maladies de l'estomac, p. 159. Paris, 1893.

(2) Lemoine. Manuel de thérapeutique clinique. 2e éd. Paris, 1896.

(3) Lyon. Traité élémentaire de clinique thérapeutique. 3e éd. Paris, 1899.

(4) Voir notamment : Ewald. Klinik der Verdauungskrankheiten. Berlin, 1893.
Mathieu Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin. Paris, 1901.

(5) Lewin. Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. 3e éd. Berlin, 1899.

(6) Kleine Der Einfluss des Morphiums auf die Salzsäuresecretion des Magens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 mai 1897, p. 321.)

(7) Si on envisage l'effet du morphinisme *prolongé*, il en est autrement, comme l'a bien vu Hitzig (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 déc. 1892), qui a conseillé l'emploi de l'acide chlorhydrique dans le morphinisme. L'anachlorhydrie morphinique est, d'ailleurs, précédée par un retard considérable de la digestion stomacale. Ces deux troubles, de même origine, sont indépendants l'un de l'autre, ainsi que Cl. Bernard l'a vu chez le pigeon.

(8) Riegel. Ueber den Einfluss des Morphiums auf die Magensaftsecretion. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1900, XL, 5-6, p. 347.)

Chez des chiens porteurs d'une fistule de Pavlov et recevant de la morphine, soit en injections hypodermiques (tantôt à jeun, tantôt après un repas), soit sous forme de suppositoires, Riegel a constaté que cet alcaloïde provoque toujours une hypersécrétion du suc gastrique, qui ne débute souvent qu'après une heure et devient ensuite très abondante.

Des expériences toutes récentes de M. Hirsch viennent encore apporter une contribution importante à nos connaissances sur cette action spéciale de la morphine.

Ces expériences ont été faites sur des chiens chez lesquels on avait établi une fistule duodénale pour étudier l'évacuation de l'estomac. Or, tandis que l'introduction, par une sonde œsophagienne, d'eau pure dans l'estomac est suivie de son évacuation presque continue à travers le pylore, il n'en est pas de même chez un animal ayant reçu en injection sous-cutanée *un* centigramme de morphine par kilogramme. Dans ce cas, l'eau est retenue, par suite d'une crampe du pylore, pendant plusieurs heures (1), et le contenu de l'estomac présente une teneur croissante en acide chlorhydrique. Des considérations qu'il serait trop long de rapporter amènent M. Hirsch à expliquer cette crampe du pylore par une excitation du centre moteur pylorique découvert dans les tubercules quadrijumeaux par Openchowski (2). Cette excitation serait un effet de la morphine. On sait que l'apomorphine, qui *paraît* ne différer de la morphine que par la soustraction de la molécule H^2O, agit également par excitation du centre mésocéphalique (3).

C'est aussi par une excitation *centrale* que M. Hirsch explique l'exagération de la sécrétion du suc gastrique. Cette hypothèse me paraît plus rationnelle que celle qui met cette exagération sécrétoire sur le compte de l'élimination de la morphine par la muqueuse gastrique (4).

Quelles conclusions pratiques peut-on tirer des faits physiologiques que je viens d'exposer ?

En premier lieu, qu'il faut éviter de donner de l'opium ou de la morphine aux hyperchlorhydriques, alors même qu'ils se plaignent de douleurs vives. Pour moi, j'ai toujours vu le régime, le bicarbonate de soude, à *hautes doses*, administré *pendant la période digestive*, et au besoin l'atropine, suffire à faire cesser les douleurs ;

En second lieu, que la proscription de la morphine ne s'étend pas au cancer de l'estomac, car, dans ce cas, il n'y a pas d'hyperchlorhydrie.

R. Lépine,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 février 1901.

De la grande fréquence des accidents appendiculaires graves et de leur cause.

M. Lucas-Championnière. — Je désire vous présenter quelques observations au sujet des hématémèses appendiculaires dont M. Dieulafoy a parlé dans la dernière séance, et qui me paraissent se rapprocher des vomissements noirs que l'on constate après certaines opérations abdominales. Tout en admettant l'extrême gravité

(1) On sait que l'absorption ne se fait presque pas dans l'estomac, et que c'est en se vidant dans le duodénum que l'estomac se débarrasse de son contenu, même liquide.

(2) Openchowski. Ueber die gesammte Innervation des Magens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 août 1889.)

(3) Soulier. Traité de thérapeutique. T. II, p. 360 Paris, 1891.

(4) Quant à cette élimination, voici ce qu'on sait de positif : si l'on fait ingérer à un chien le produit de la sécrétion gastrique d'un autre chien ayant reçu une injection sous-cutanée de morphine, le premier vomit ; mais il n'est pas *prouvé* que la morphine s'élimine telle quelle. On a supposé qu'elle pouvait être transformée, partiellement au moins, en apomorphine.

de ces hématémèses, je pense qu'elles sont parfois curables. J'ai réussi, en effet, dans quelques cas à les arrêter en pratiquant des lavages de la cavité stomacale avec une solution alcaline.

Les observations de M. Dieulafoy me semblent surtout montrer la fréquence de plus en plus grande de l'appendicite sous ses formes les plus graves.

Si cette fréquence avait été telle autrefois, elle aurait difficilement échappé aux observateurs. Cette réflexion s'applique également aux appendicites des femmes enceintes dont M. Pinard nous a communiqué récemment trois cas observés en un mois, alors que je ne me souviens pas d'en avoir vu un seul exemple pendant les dix années que je me suis livré à la pratique des accouchements.

Je crois donc que si l'appendicite n'est pas une maladie absolument nouvelle, elle est cependant autre chose que la typhlite et la pérityphlite de nos devanciers.

A l'appui de cette manière de voir, je citerai ma statistique des abcès de la fosse iliaque. Un des premiers, j'ai préconisé l'ouverture large et rapide de ces abcès, et pourtant de 1882 à 1898 je n'en ai opéré que 34 cas, alors que de 1899 à 1900, c'est-à-dire en deux ans, j'en ai ouvert 19. Pour que la proportion fût égale, il aurait fallu en trouver 152 dans la première période. Il semble cependant qu'aujourd'hui où les appendices sont enlevés préventivement, les abcès de la fosse iliaque devraient être beaucoup plus rares. Si leur nombre augmente, c'est évidemment parce que nous observons beaucoup plus d'appendicites à formes graves.

Je crois, en outre, que la fréquence croissante de l'appendicite est elle-même la conséquence de l'augmentation des causes d'infection intestinale.

Sans nier les rapports de l'appendicite avec la grippe, sur lesquels M. Faisans a le premier appelé l'attention, j'ai été frappé de ce fait que les affections appendiculaires sont surtout répandues dans les pays où l'on consomme le plus de viande, tels que les Etats-Unis et l'Angleterre. De mon côté, j'ai observé fréquemment l'appendicite chez des sujets qui se nourrissaient presque exclusivement de viande.

Ce qui contribue encore, en dehors d'un régime carné trop abondant, à augmenter la fréquence des infections intestinales, c'est le discrédit tout à fait immérité dans lequel sont tombés les purgatifs. Autrefois on purgeait les enfants à tous les changements de saison; c'était une sage précaution qui est tombée à tort dans l'oubli. Les purgatifs, en effet, sont le meilleur moyen dont nous disposions pour combattre les infections de l'intestin. On ne saurait donc trop en recommander l'usage, en même temps qu'il faut réformer le régime alimentaire, pour prévenir bon nombre de cas d'appendicite.

M. Robin. — A l'appui des considérations que vient de présenter M. Lucas-Championnière sur le rôle des infections intestinales dans le développement de l'appendicite, je rappellerai qu'en 1897 j'ai établi, en m'appuyant sur un très grand nombre de faits, que cette affection se rencontrait surtout chez les sujets souffrant depuis plusieurs années d'accidents dyspeptiques.

Les observations que j'ai faites depuis cette époque prouvent que la moitié environ des malades atteints d'appendicite sont depuis plus ou moins longtemps des hypersthéniques gastriques.

Quant au rôle néfaste joué par l'alimentation carnée dans la production de l'appendicite, il est également établi par ce fait que, lorsqu'on analyse les fèces de ces patients, on y trouve jusqu'à 12 % de matériaux azotés, ce qui est une proportion notablement exagérée.

Comme M. Lucas-Championnière, je crois donc que le meilleur moyen de prévenir les affections appendiculaires est de conseiller aux sujets qui en sont menacés de surveiller leur régime alimentaire et de se purger souvent.

M. Lancereaux dit qu'il a pu guérir ces jours-ci une malade qui avait un commencement d'appendicite en la purgeant pendant trois jours consécutifs.

M. Lucas-Championnière fait observer qu'il n'a recommandé l'usage des purgatifs que comme moyen préventif, mais qu'il continue à croire que le seul traitement rationnel de l'appendicite confirmée est l'intervention chirurgicale.

M. Berger lit un rapport sur un nouveau mode de suture par agrafage, imaginé par M. Michel et préconisé par M. Michaux (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 176).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 février 1901.

Le sérum anticancéreux.

M. Reynier. — Vous avez pu voir, dans une de nos dernières séances, un cancéreux qui nous a été montré par M. Wlaiev et chez lequel les injections du sérum préconisé par ce dernier semblaient avoir produit une action favorable. J'ai pu, dans quelques autres cas de cancer, observer les effets de ce traitement, et je dois dire que, s'il n'a jamais déterminé la guérison, il n'en a pas moins eu pour résultat d'amener une amélioration appréciable, en supprimant parfois d'une façon très rapide les douleurs intolérables dont se plaignaient les malades, en même temps que l'état général devenait meilleur. Quant à la lésion cancéreuse elle-même, je ne l'ai jamais vue disparaître. En résumé, les résultats cliniques obtenus sont tout à fait comparables à ceux qu'a donnés antérieurement le sérum de MM. Richet et Héricourt.

D'autre part, dans les expériences faites sur les animaux, le sérum de M. Wlaiev ne semble pas avoir eu d'effets appréciables dans les cas où il existait une généralisation des lésions.

La clinique et l'expérimentation permettent donc des conclusions tout à fait concordantes. Je ne crois pas, d'ailleurs, qu'on puisse jamais empêcher l'évolution du cancer à l'aide d'un sérum quelconque.

M. Th. Anger. — Le traitement antisyphilitique, que l'on emploie dans les cas de diagnostic douteux, a souvent pour conséquence, lorsqu'il s'agit de cancer, une aggravation de l'affection; fréquemment alors, il produit des douleurs très intenses qui cessent dès que l'on supprime l'action médicamenteuse. On peut se demander si, chez quelques uns des malades dont M. Reynier vient de parler, la disparition rapide des douleurs ne fut pas due à la cessation du traitement antisyphilitique plutôt qu'aux injections de sérum.

M. Picqué. — Dans un cas de récidive d'un néoplasme malin du maxillaire, survenue rapidement à la suite d'une résection totale, la méthode de M. Wlaiev a échoué complètement; après quelques injections, la seule modification locale que j'aie pu observer a été une augmentation très rapide de la tumeur. La malade est retournée dans son pays et j'ai appris qu'elle n'avait pas tardé à succomber.

M. Tuffier. — J'ai expérimenté sur des cancéreux le sérum de MM. Richet et Héricourt, et je l'ai vu produire des effets très analogues à ceux que M. Wlaiev attribue à sa méthode. Je suis tout disposé à penser, jusqu'à plus ample informé, que tous les sérums dont on nous a vanté jusqu'ici les bienfaits agissent, en réalité, sur l'état général beaucoup plus que sur l'état local.

M. Rochard. — Je crois que, à l'Institut Pasteur, on considère les sérums simples, provenant d'animaux qui n'ont subi aucune espèce d'immunisation, comme donnant les mêmes résultats que le sérum de M. Wlaiev. Pour ma part, je n'ai constaté d'amélioration nette chez aucun des malades qui ont été traités par ce dernier à l'hôpital Beaujon.

M. Terrier. — Dans les cas douteux, on a tendance à admettre qu'il s'agit d'un cancer lorsque le traitement antisyphilitique se montre inefficace. Or, à mon avis, on ne doit pas considérer comme une règle générale que toutes les lésions syphilitiques sont forcément guéries par la médication spécifique. J'ai pratiqué, il y a sept ou huit ans, l'ablation de la langue chez un malade de M. François Franck, après échec du traitement antisyphilitique, et l'examen histologique a montré qu'il s'agissait, non pas d'un épithélioma, mais très probablement d'une lésion syphilitique; aucune récidive, d'ailleurs, ne s'est produite dans la suite.

M. Reclus. — Il est certain que l'action du traitement sur les gommes varie beaucoup suivant l'âge de la lésion.

En ce qui concerne la sérothérapie du cancer, je m'associe pleinement à ce qui vient d'être dit par M. Tuffier au sujet du sérum de MM. Richet et Héricourt, qui a déterminé chez certains cancéreux des améliorations passagères.

M. Monod. — Le diagnostic différentiel du cancer et de la syphilis donnera toujours lieu à des erreurs inévitables. Je me souviens d'avoir vu, chez une malade de M. Maunoury, une guérison complète se produire en quelques mois, alors que le diagnostic de cancer avait été porté par tous les médecins consultés.

M. Lucas-Championnière. — Je n'ai aucun enthousiasme pour les résultats obtenus au moyen du sérum de M. Wlaiev. D'après M. Roux, tous les sérums produisent des effets de même ordre que ceux qui viennent d'être signalés par M. Reynier, et je dois ajouter que, chez les cancéreux auxquels j'ai vu faire des injections de sérum, rien n'a été modifié dans l'évolution du néoplasme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 février 1901.

Traitement de la syphilis pendant la grossesse.

M. Gaucher. — Le pronostic de la grossesse chez les femmes atteintes de syphilis est généralement considéré comme très grave. Or, les nombreuses observations que j'ai recueillies depuis plusieurs années avec M. Bernard prouvent non seulement que la grossesse des syphilitiques peut être conduite facilement à terme, mais encore que les enfants qui en résultent peuvent naître vivants et bien portants, à la condition qu'on soumette assez tôt les mères à un traitement spécifique méthodique, attentivement surveillé.

Dans ce traitement, les sels mercuriels solubles doivent être employés à l'exclusion de toute autre préparation hydrargyrique. Parmi eux, nous donnons la préférence au sublimé pour l'usage interne, au benzoate de mercure pour la voie sous cutanée. Le sublimé sera prescrit en pilules de 0 gr. 01 centigr. et associé à une quantité égale d'extrait thébaïque; la dose ordinaire est de deux pilules chaque jour. Le benzoate de mercure doit être également employé à la dose quotidienne de 0 gr. 02 centigr. administrés en une seule injection; la dissolution de ce sel est obtenue au moyen du benzoate d'ammoniaque. L'injection doit être pratiquée dans les masses charnues de la fesse et, pour la rendre tout à fait indolore, on peut y ajouter une petite quantité de benzoate de cocaïne.

Quelle que soit la préparation mercurielle employée, on peut lui associer avantageusement l'iodure de potassium, mais ce dernier médicament ne joue dans la cure qu'un rôle accessoire et il est, à la rigueur, possible de s'en passer chez les femmes dont l'estomac est intolérant.

Pour être efficace, le traitement que je viens d'exposer doit être institué dès le commencement de la grossesse, ou immédiatement après l'apparition de l'accident initial lorsque la syphilis est postérieure à la conception. Il faut continuer la médication hydrargyrique pendant toute la durée de la grossesse; mais, pour éviter les inconvénients des injections trop longtemps répétées, nous préconisons des séries alternées d'injections et de pilules (un mois d'injections, vingt jours de pilules et dix jours de repos pour une série de deux mois, et ainsi de suite).

Chez les syphilitiques albuminuriques, que l'albuminurie soit d'origine syphilitique ou gravidique, le traitement comporte deux indications : régime lacté et traitement spécifique, les doses de ce dernier étant subordonnées au degré de la perméabilité rénale, et indépendantes, dans une certaine mesure, de la quantité d'albumine.

Si la recherche de la toxicité urinaire par le procédé de Bouchard, si l'évaluation de l'élimination du mercure par la pile de Smithson dénotent une perméabilité rénale très diminuée, il faut se borner d'abord à prescrire le régime lacté seul; puis, peu à peu, à mesure que les fonctions rénales se rétablissent, donner du mercure à doses progressivement croissantes, d'abord à l'intérieur, sous forme de tannate de mercure, puis en injections sous-cutanées de benzoate, mais sans dépasser 1 c.c. de ce sel chaque jour, c'est-à-dire la moitié de la dose normale.

Quand, au contraire, la perméabilité rénale est normale ou à peine modifiée, il faut instituer de

suite le traitement mercuriel, mais en débutant par la moitié de la dose ordinaire ; ensuite on augmente progressivement la quantité de mercure, jusqu'à atteindre la dose habituelle.

M. Rendu. — Je puis affirmer de mon côté la complète innocuité du mercure chez les albuminuriques syphilitiques. J'ai administré autrefois du mercure à une femme qui était atteinte de néphrite spécifique : non seulement ce médicament a été très bien supporté, mais encore, sous son influence, l'albuminurie a diminué dans des proportions considérables.

M. Comby. — A l'appui de ce que vient de dire M. Gaucher concernant le rôle secondaire de l'iodure de potassium dans le traitement des femmes enceintes syphilitiques, je puis ajouter que, chez les nouveau-nés hérédo-syphilitiques, la mercurialisation suffit parfaitement pour amener la guérison, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à l'iodure de potassium.

M. Hallopeau. — Il y a cependant des accidents, la céphalée syphilitique par exemple, qui sont plus justiciables de l'iodure de potassium que du mercure.

M. Grancher. — Cela est vrai, avec cette restriction cependant que l'iodure employé seul ne fait pas disparaître la céphalée et qu'il faut l'associer au mercure pour atteindre ce but : on ne peut donc pas dire que son rôle est prépondérant.

M. Lermoyez. — L'inutilité de l'iodure de potassium est bien démontrée par les résultats que l'on obtient dans le traitement des syphilides ulcéreuses du pharynx ou du naso-pharynx. L'iodure de potassium est toujours exclu de ce traitement à cause des accès de suffocation auxquels il expose en pareil cas, et cependant ces lésions guérissent parfaitement par l'emploi exclusif du mercure.

Alimentation et perforations de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde.

M. Vaquez. — A l'occasion de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance sur la fréquence des perforations intestinales chez les typhoïdiques, je crois devoir faire observer qu'il n'est plus possible, comme on l'admettait autrefois, d'incriminer les écarts de régime pour expliquer ces perforations. Depuis deux ans que je donne à mes dothiénentériques une alimentation abondante et variée, je n'ai observé, sur une quarantaine de cas, qu'une seule perforation et celle-ci s'est produite chez une femme qui, pendant mes vacances, avait été remise au régime lacté classique.

D'ailleurs, l'aspect général des malades ainsi traités et le bon état habituel de leur tube digestif dont témoignent le peu de sécheresse de la langue, l'appétit souvent conservé, la faible intensité des phénomènes diarrhéiques, etc., me font présumer que le processus ulcératif doit être assez peu envahissant.

Des observations analogues ont été faites par les auteurs russes qui, en grand nombre, ont adopté cette méthode.

M. Comby. — Je ne crois pas que l'absence de fièvre, chez les enfants tout au moins, soit une preuve qu'il n'existe plus d'ulcérations dans l'intestin : on ne doit donc pas, à mon avis, se baser seulement sur l'apyrexie pour autoriser les petits malades à manger. Du reste, une alimentation liquide suffit parfaitement à nourrir les enfants, de sorte qu'il n'y a guère que des dangers, sans aucun avantage, à recourir chez eux aux aliments solides.

M. Merklen. — Je persiste également à croire que la suralimentation peut amener des recrudescences de fièvre chez les typhoïdiques, aggraver les ulcérations existantes ou en provoquer de nouvelles, et, par conséquent, que la suralimentation peut devenir indirectement la cause d'une perforation de l'intestin.

M. Vaquez. — Je ne me suis proposé aujourd'hui que de démontrer l'innocuité de l'alimentation chez les dothiénentériques au point de vue des perforations; quant à la question de la suralimentation, de ses dangers, illusoires selon moi, et de ses avantages, elle est beaucoup trop complexe pour que je veuille l'aborder dès à présent; je me réserve d'y revenir dans une autre séance, et avec de nouveaux faits à l'appui.

Sur une rechute de pneumonie avec récidive de zona.

M. Hallopeau communique l'observation d'un malade chez lequel un zona du membre inférieur précéda de dix jours une pneumonie grave, suivie elle-même d'une rechute au bout de sept jours d'apyrexie. Cette seconde pneumonie a duré dix jours; la fièvre s'est manifestée graduellement et, comme lors de la première atteinte, la défervescence, au lieu d'être brusque, s'est effectuée en lysis.

Les crachats contenaient de nombreux pneumocoques. Il s'est développé en outre, dans les premiers jours de cette rechute, une nouvelle poussée d'herpès zoster sur la partie de la cuisse occupée antérieurement par cette même éruption, mais les douleurs ont été moins vives.

M. Mosny donne lecture, au nom de M. Nivière (de Vichy), d'une note sur un cas d'albuminurie orthostatique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 9 et 16 février 1901.

La tension osmotique du liquide céphalo-rachidien et la nature des épanchements hémorrhagiques de la plèvre et du péritoine appréciées par l'action de ces liquides sur les globules rouges.

M. Bard (de Genève) envoie une note dans laquelle il indique un nouveau procédé pour évaluer la tension osmotique du liquide céphalo-rachidien. Ce procédé consiste à ajouter à une petite quantité de ce liquide une goutte du sang du même sujet, puis à centrifuger le mélange ou à l'abandonner quelques heures au repos.

Si le liquide a une tension osmotique normale, la couche située au-dessus des globules reste incolore et il faut ajouter à 10 gouttes de liquide céphalo-rachidien au moins 9 gouttes d'eau distillée pour lui donner la propriété de dissoudre les globules. S'il est hypotonique, cette même couche a un aspect laqué et se colore très nettement par l'addition, à 10 gouttes de liquide céphalo-rachidien, de 2 gouttes seulement d'eau distillée.

Les recherches effectuées à l'aide de ce procédé sur huit malades ont confirmé les résultats obtenus par M. Widal et ses élèves en ce qui concerne la diminution de la tension osmotique du liquide céphalo-rachidien au cours des méningites.

En outre, on peut tirer, par la même méthode, des données précieuses de l'examen des épanchements hémorrhagiques de la plèvre et du péritoine.

Dans les pleurésies et les péritonites cancéreuses, en effet, les liquides hémorrhagiques renferment de l'hémoglobine dissoute, soit qu'il y ait hypotonicité du liquide, soit qu'il existe une lysine spéciale.

Au contraire, dans les pleurésies et les péritonites non cancéreuses (exsudats hémorrhagiques d'origine tuberculeuse, par exemple) les globules sanguins sont intacts.

Aussi suffit-il de soumettre à la centrifugation ou à un repos prolongé ces épanchements hémorrhagiques et de rechercher, dans la partie du liquide qui reste au-dessus des globules, la réaction de l'hémoglobine au moyen de la teinture de gaïac et de l'essence de térébenthine : positive dans le cas de cancer, cette réaction est négative quand il s'agit de tuberculose.

Emploi thérapeutique de la lécithine.

MM. Gilbert et **Fournier.** — La plupart des auteurs s'accordent à attribuer à la lécithine un rôle considérable dans la nutrition, celui de favoriser l'assimilation de l'azote et du phosphore.

L'administration de lécithine aux animaux de laboratoire, par les voies gastrique, sous-cutanée ou péritonéale, nous a montré que non seulement cette substance est dénuée de toute toxicité, mais encore que les animaux augmentent très notablement de poids.

Aussi avons-nous donné de la lécithine à des tuberculeux et à de simples neurasthéniques, soit par voie buccale (sous forme pilulaire, à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 50 centigr.), soit en injections sous-cutanées (de 0 gr. 05 à 0 gr. 15 centigr. tous les deux jours, en solution dans de l'huile d'olive stérilisée.)

D'une façon générale, nous avons observé chez nos différents malades une augmentation de l'appétit et du poids, et une amélioration notable de l'état général; chez deux tuberculeux, nous avons noté, en outre, une diminution de la toux et de l'expectoration.

Sur un cas d'angine à bacilles fusiformes.

MM. Carnot et **Fournier.** — Nous venons d'observer un cas d'angine à bacilles fusiformes qui s'est développé à la suite d'un abcès gingival consécutif lui même à une carie dentaire, et dans lequel l'examen bactériologique nous a montré l'existence, au niveau de l'ulcération amygdalienne et dans la salive du malade, de bacilles fusiformes et de spirilles.

Nous avons pu cultiver sur de la sérosité ascitique humaine, mais non en cultures pures, ces deux microorganismes. Nous avons même obtenu, toujours en cultures polymicrobiennes, trois passages du spirille fusiforme que nous avons conservé ainsi plus d'un mois. Le spirochète, par contre, avait disparu dès le deuxième passage.

Un cobaye ayant reçu par inoculation intrapéritonéale un peu d'exsudat de l'ulcération amygdalienne est mort au bout de huit jours. Nous avons retrouvé dans son liquide péritonéal, avec d'autres microorganismes, un bacille présentant quelques-uns seulement des caractères du bacille fusiforme. Bien que nous ayons constaté la présence, en très grande quantité, du bacille fusiforme et du spirochète dans d'autres affections bucco-pharyngées, en particulier dans toute une série de cas de stomatite aphteuse, le rôle pathogène de ces organismes peut être admis dans l'angine de Vincent. Chez notre malade, la carie dentaire et l'abcès gingival consécutif avaient sans doute été les facteurs de l'exaltation de leur virulence.

Modifications histochimiques de la muqueuse gastrique sous l'influence de l'alcool.

MM. Theohari et **Babes** (de Bucharest). — L'alcool administré par ingestion détermine d'abord, chez le chien, une excitation sécrétoire de la muqueuse gastrique. Si l'on continue l'expérience pendant plusieurs mois, on observe un type chimique de suc gastrique remarquable par un fort abaissement du chlore organique (0,179 avant l'expérience, 0,011 après) dosé par la méthode Hayem-Winter. Au point de vue histologique, on constate alors que les cellules principales (possédant ou ne possédant plus de filaments basaux) ne fabriquent plus de granulations de pepsinogène.

Ces résultats montrent une fois encore, malgré les opinions contraires, la relation qui existe entre le chlore organique et la fonction pepsinogène. Ils justifient l'importance que M. Hayem accorde au dosage du chlore organique dans le diagnostic des affections gastriques.

Enfin, un type histologique extrême est représenté par une grave altération de la muqueuse de l'estomac, caractérisée par de la gastrite interstitielle avec disparition des cellules de bordure; quant aux cellules principales, elles prennent le type de l'épithélium de surface.

Sérum surrénotoxique.

MM. Bigart et **Bernard.** — Nous avons pu obtenir un sérum toxique vis-à-vis de la capsule surrénale en injectant à des canards, à plusieurs reprises, une solution de capsules surrénales de cobaye. Le sérum ainsi préparé tue de 45 à 125 fois son poids de cobaye, en un laps de temps qui varie de quelques heures à douze jours. A l'autopsie, les capsules surrénales des animaux ainsi tués sont augmentées de volume et de poids. Le centre en est toujours plus ou moins complètement décoloré, parfois diffluent, gélatiniforme. Au microscope, on observe des lésions très profondes, dont la nature sera précisée ultérieurement.

Variations horaires de l'excrétion urinaire chez l'homme normal.

M. Balthazard. — D'un très grand nombre de mensurations que j'ai faites, il résulte que la quantité d'urine émise en une heure atteint son maximum de trois à quatre heures après les repas; il en est de même de l'excrétion de l'urée, dont la quantité peut varier du simple au double suivant l'état de jeûne ou de digestion (2 gr. 57 centigr. de dix à onze heures du soir, 1 gr. 08 centigr. de neuf à dix heures du matin).

La toxicité totale, c'est-à-dire rapportée au volume d'urine excrétée, va en croissant à

partir du réveil; elle atteint son maximum après le repas de midi et décroît ensuite.

Le rapport entre l'azote de l'urée et l'azote total (rapport azoturique) oscille autour de 0 gr. 85 centigr. avec de très faibles variations.

Sur l'existence, dans les organes et dans certaines sécrétions, d'un ferment dédoublant le salol.

MM. Nobécourt et **P. Merklen.** — Nous avons étudié l'action *in vitro*, sur le salol, de différents organes et de quelques sécrétions de l'homme, du lapin et du cobaye.

Il résulte de ces expériences que la plupart des organes (foie, rate, reins, poumons, cerveau) et certaines sécrétions (lait de femme et de chienne, bile, suc pancréatique, etc.) dédoublent le salol.

Ce phénomène se produit à une température variant de 21° à 37°; il est nul ou très faible à la glacière et disparaît par le chauffage à 60° et au delà. L'alcalinité du milieu le favorise, son acidité l'empêche. Cette action semble donc être le fait d'un ferment qui agit par hydratation.

M. Hanriot fait remarquer que le ferment en question ne peut être que la lipase.

Des variations de la globuline et de la sérine dans l'urine des albuminuriques.

MM. Meillère et **Lœper.** — En examinant les variations de la globuline et de la sérine dans l'urine d'un certain nombre de sujets albuminuriques atteints de dégénérescence amyloïde du rein, de néphrite aiguë ou chronique, d'infection puerpérale, etc., nous avons pu nous assurer que le pourcentage relatif des deux albumines précitées ne peut être utilisé, dans la grande majorité des cas, ni pour le diagnostic, ni pour le pronostic.

Sur l'état fonctionnel du foie dans la gastro-entérite des enfants.

M. P. Merklen. — L'état fonctionnel du foie dans les infections intestinales des nourrissons et des jeunes enfants peut être apprécié par la recherche de deux coefficients urinaires traduisant l'un le rapport du carbone à l'azote total de l'urine, et l'autre le rapport de l'azote de l'urée à ce même azote total. En général, le premier de ces coefficients augmente et le second diminue, dans les cas où la toxi-infection est très intense ou tend à la chronicité. Dans les autres formes, ces coefficients ne s'écartent guère de la normale.

La polynucléose de la rage.

MM. J. Courmont et **Ch. Lesieur** (de Lyon). — Nous avons étudié quantitativement et qualitativement la leucocytose chez l'homme, le chien, le cobaye et le lapin atteints de rage clinique ou expérimentale.

La leucocytose totale peut ne pas être modifiée : on trouve cependant, d'ordinaire, une élévation du nombre des globules blancs pendant les dernières heures de la vie.

Par contre, il existe toujours une polynucléose qui est, en général, considérable et peut atteindre 98 %. Elle débute par poussées dès la période d'incubation, s'accentue avec le début des symptômes et devient intense le neuvième jour, chez le lapin, lorsque apparaît la paraplégie.

Cette polynucléose peut servir au diagnostic de la rage. Sa présence n'est pas pathognomonique, mais son absence permet d'affirmer que la rage n'est pas en cause.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 30 janvier et 6 février 1901.

Un nouveau procédé opératoire des varices et de la phlébite variqueuse.

M. Karewski. — La méthode de cure radicale des varices, imaginée par Trendelenburg, donne, d'après de récentes publications, 36 % de récidives; elle expose, en outre, à l'embolie pulmonaire (on en a signalé un cas suivi de mort); enfin le segment veineux lié se thrombose fréquemment (8 fois sur 86, selon Perthes). L'opération de Madelung est susceptible des mêmes critiques.

Aussi depuis dix ans ai-je recours à une intervention que j'ai eu l'occasion de pratiquer 35 fois et qui consiste à extirper les varices et à réséquer les veines efférentes aussi haut qu'elles sont malades, ce qui revient à enlever la saphène interne jusqu'à son embouchure dans la fémorale. En effet, dans bien des cas où il n'existe ni nodosités ni dilatation, on observe au microscope des altérations caractéristiques; une thrombose est à craindre, en pareille occurrence, sous l'influence de n'importe quelle lésion, même aseptique.

Pour éviter la cicatrice trop étendue qui résulterait d'une plaie opératoire ayant parfois un mètre de long, je procède de la façon suivante : après avoir mis à nu l'embouchure de la saphène dans la fémorale par une petite incision, je lie et libère la veine sur un espace assez étendu; puis, au moyen d'une incision pratiquée environ 20 centimètres plus bas, j'extrais le bout central du vaisseau; enfin, je recommence la même manœuvre une troisième fois, en un point situé encore plus bas.

Je n'hésite pas à appliquer ce procédé même pendant les périodes aiguës avec fièvre. Il met sûrement à l'abri des récidives, et je ne l'ai jamais vu déterminer de thrombose de la fémorale.

Tumeurs cérébrales opérées avec succès.

M. von Bergmann présente deux malades chez lesquels il a procédé avec succès à l'extirpation de néoplasmes cérébraux.

Chez le premier, un homme de trente-quatre ans dont la vue avait baissé depuis deux ans, on remarqua en 1897 le développement d'un réseau veineux cutané au niveau du front, en même temps qu'apparaissaient de violentes céphalalgies. Par la suite survinrent des troubles psychiques (irritabilité, lenteur de la parole, etc.). L'examen ophtalmoscopique révéla une double stase papillaire, plus marquée à droite; il existait de même, à droite, une sensibilité exagérée du crâne à la pression. La prédominance des troubles — notamment de la stase papillaire — dans la moitié droite de la tête fixa le diagnostic, hésitant entre une tumeur de la région frontale et une tumeur du cervelet, en faveur de la première de ces hypothèses. De fait, la trépanation permit d'extraire du lobe frontal un néoplasme gros comme la moitié d'un poing d'adulte, offrant au microscope les caractères du sarcome.

Le second cas concerne une jeune fille de douze ans, issue d'une famille tarée au point de vue mental, qui avait eu, huit ans auparavant, une rougeole et, consécutivement, une otorrhée ayant persisté quatre ans. En 1897 apparurent chez elle, avec une hémicrânie droite, des vomissements glaireux, surtout matutinaux; quelques semaines plus tard, débutèrent des accès convulsifs intéressant tout le côté droit du corps et de la face, et accompagnés de mouvements nystagmiformes; les dernières de ces crises furent suivies de pertes de connaissance prolongées.

Un premier chirurgien, croyant à un abcès d'origine otique, trépana la mastoïde sans résultats; un second tenta une nouvelle intervention sur laquelle on n'a pas de détails. Après une accalmie de quelque durée, les troubles recommencèrent, accompagnés de vertige. La jeune malade ayant été alors confiée à M. von Bergmann, celui-ci fit une ponction au niveau d'une cicatrice opératoire non cicatrisée, et retira ainsi un liquide albumineux, spontanément coagulable, ce qui l'amena à admettre l'existence d'une tumeur kystique.

L'opération montra le bien fondé de ce diagnostic : il y avait un kyste du cervelet, qui fut extirpé avec une quantité assez considérable de substance cérébrale; la nature de ce néoplasme est demeurée douteuse.

L'arsenic à l'intérieur contre l'épithélioma de la face.

M. Lassar montre une malade qu'il a commencé à soigner il y a six mois pour un petit cancroïde de la racine du nez, ayant la grosseur d'une lentille, et dont la nature fut vérifiée par une biopsie. Soumise au traitement arsenical, cette femme a actuellement absorbé 1,000 pilules contenant chacune 0 gr. 001 milligr. d'acide arsénieux, soit en tout, un gramme de ce produit : sous l'influence de cette médication, et sans qu'aucun traitement local ait été institué, la tumeur a diminué progressivement de volume.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 16 février 1901.

Traitement de l'incontinence d'urine par des injections de vaseline dans le tissu sous-muqueux péri-uréthral.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Kapsammer** a communiqué 3 cas d'incontinence d'urine due à des causes diverses (déchirure du périnée, cystite chronique, etc.), qu'il a traités par des injections de vaseline dans le tissu sous-muqueux péri-uréthral, selon la méthode de Gersuny (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 433). L'orateur a injecté à la fois de 8 à 12 c.c. de vaseline blanche, fusible à 42°. Ce traitement fut toujours bien toléré et donna des résultats excellents.

M. Gersuny fait remarquer que s'il est survenu une embolie pulmonaire dans un cas publié récemment par Pfannenstiel (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 40), cela tient probablement à ce que la vaseline dont s'est servi cet auteur avait un point de fusion trop élevé (45°) et à ce qu'elle avait été injectée immédiatement après une opération. En outre, si le résultat a été nul, c'est que l'injection n'a pas été pratiquée dans le tissu sous-muqueux, mais dans la muqueuse elle-même. Pour éviter les dangers d'une embolie, il ne faut employer que de la vaseline fusible à 35° ou à 40°. On en injecte d'abord une très petite quantité, et c'est seulement lorsque celle-ci est encapsulée qu'on renouvelle l'opération. M. Gersuny a pu injecter ainsi de la vaseline dans l'orbite et dans le voisinage du rectum, après extirpation de celui-ci, sans le moindre inconvénient.

Du traitement des abcès appendiculaires de la cavité de Douglas.

M. Hochenegg a dit, au cours de la discussion ouverte sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 38 et 55), que les abcès appendiculaires de la cavité de Douglas (représentant 30 % des abcès appendiculaires) sont habituellement en rapport avec une longueur excessive de l'appendice qui lui permet de descendre dans le petit bassin. En ce qui concerne le traitement, l'ouverture de ces collections par le rectum n'est indiquée que lorsqu'elles sont très volumineuses; quand il en est autrement, on risquerait, en intervenant par la voie rectale, de blesser une anse intestinale adhérente. L'opération par la voie sacrée permet, au contraire, de placer l'ouverture aussi bas que possible, ce qui réalise les meilleures conditions pour l'écoulement du pus. L'orateur a appliqué cette méthode 7 fois sur 12 cas d'abcès du cul-de-sac de Douglas qu'il a observés.

Après l'ouverture de la poche, il faut veiller à ce que le drain reste bien en place et éviter l'accumulation des matières dans l'ampoule rectale.

M. Gussenbauer estime que la laparotomie est indiquée par ce fait que souvent l'abcès remonte assez haut derrière le côlon ascendant et ne saurait être atteint par une incision basse comme l'incision sacrée. En outre, cette dernière a l'inconvénient de ne permettre ni la résection de l'appendice, ni l'extirpation des calculs que celui-ci contient parfois; enfin la guérison se fait beaucoup plus lentement.

M. Hochenegg déclare que la résection de l'appendice peut faire l'objet d'une seconde opération si elle n'a pas pu être effectuée dans la première, ce qui n'est pas constant; quant à la guérison, elle ne lui a jamais paru plus rapide quand on opère par la voie abdominale.

Intoxication par des bas contenant un composé d'étain.

Dans la séance du 13 février du CLUB MÉDICAL DE VIENNE, **M. Jolles** a communiqué l'obser-

vation d'une jeune fille de vingt-sept ans qui se plaignait de troubles moteurs et sensitifs des membres inférieurs et qui présentait, en même temps, des taches jaunes au niveau de la plante des pieds, taches provenant manifestement de bas de soie qui avaient déteint sous l'influence de la transpiration. Ces accidents disparurent rapidement, mais pour se reproduire avec beaucoup plus d'intensité quelques mois plus tard. L'examen de l'urine permit d'y constater de l'albumine, diverses albumoses et des traces d'étain. On trouva également du chlorure d'étain en grande quantité dans les bas de la malade.

L'orateur conclut de ce fait qu'il faut éviter de mettre directement en contact avec l'épiderme des tissus de soie, ces tissus contenant une forte proportion de chlorure d'étain qu'on y ajoute pour les « charger ».

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

L'embolie graisseuse de l'encéphale, par M. G. Hämig.

Le syndrome clinique de l'embolie graisseuse de l'encéphale est encore relativement peu connu. Aussi les 5 observations avec autopsie relatées par M. Hämig dans le présent travail, et recueillies à la clinique de M. Krönlein (de Zurich), nous paraissent dignes de retenir l'attention. Nous insisterons surtout sur la première, en raison de son importance au point de vue du diagnostic.

Le patient, âgé de trente-neuf ans, s'était fracturé le tibia gauche en tombant; immédiatement après l'accident, il n'eut aucun symptôme cérébral. Le lendemain, on note l'apparition de crachats sanguinolents; le jour suivant, le malade est somnolent, sa respiration prend le type de Cheyne-Stockes, et un examen plus minutieux révèle chez lui tous les symptômes d'une hémiplégie droite avec abolition de la sensibilité. Le sujet est alors amené dans le service de M. Krönlein qui porte le diagnostic d'hématome consécutif à la rupture de l'artère méningée moyenne gauche et pratique la trépanation au niveau des branches antérieure et postérieure de cette artère, mais sans rien trouver d'anormal. La température augmente progressivement, le pouls monte à 180 et le patient succombe le surlendemain de l'opération. L'autopsie révéla l'existence d'une embolie graisseuse cérébrale et de quelques foyers pneumoniques.

Dans les 4 autres faits, il n'existait aucune manifestation d'une lésion cérébrale en foyer, et l'embolie graisseuse, constatée seulement *post mortem*, ne s'était traduite que par une perte de connaissance, une ascension rapide du pouls et de la température, et, dans 2 cas, par la respiration de Cheyne-Stockes.

De 12 observations semblables, recueillies dans la littérature médicale, 2 seulement signalent l'existence de paralysies isolées. On a noté plusieurs fois, par contre, des spasmes généralisés et, dans tous les cas, un coma progressif accompagné souvent d'une hyperthermie considérable. Ces symptômes cérébraux ne s'établissent que de six heures à neuf jours après l'accident, ce qui rappelle l' « intervalle libre » de l'épanchement de sang intracrânien et donne facilement lieu à des erreurs de diagnostic, comme dans le premier des faits observés par l'auteur.

M. Hämig estime que ce n'est pas la présence même des globules graisseux dans les vaisseaux de l'encéphale qui produit les symptômes mentionnés plus haut; en effet, l'examen anatomopathologique a démontré qu'il existe dans la plupart des cas des foyers hémorrhagiques plus ou moins nombreux, de très petit volume, disséminés dans toute la substance cérébrale. Quant à la cause qui prédispose à ces hémorrhagies, l'auteur pense que les interprétations données jusqu'à présent sont insuffisantes; en particulier il n'a pu constater, dans aucune de ses observations, la persistance du thymus, à laquelle M. Payr fait jouer un rôle important.

En ce qui concerne l'hyperthermie qu'ont présentée ses 4 malades, M. Hämig fait remarquer que l'explication en est difficile, étant donné la coexistence fréquente, avec l'embolie graisseuse, de lésions pulmonaires. Il croit cependant qu'on pourrait la rapporter à un trouble du centre thermique. D'autres auteurs ont constaté, dans les mêmes conditions, une hypothermie que M. Czerny explique par un mécanisme analogue; ce fait ne serait pas en contradiction avec l'hypothèse formulée par M. Hämig, car le centre en question peut être tantôt excité et tantôt paralysé. L'auteur croit même que l'élévation de température observée fréquemment en cas de fracture sous-cutanée doit être attribuée bien souvent à une légère embolie graisseuse.

Au point de vue du traitement, il estime enfin que la trépanation devrait être pratiquée toutes les fois que les symptômes ne permettent pas d'exclure avec certitude la possibilité d'une hémorrhagie intracrânienne. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 2.) — F. de Q.

Prophylaxie et traitement des contractures du genou consécutives aux affections articulaires, par M. C. Bruns.

Les contractures qui accompagnent les affections chroniques du genou se montrent souvent tellement tenaces que le chirurgien, après avoir essayé sans succès les moyens orthopédiques les plus divers, se voit finalement obligé de recourir à la résection. Mais, en dehors même du pronostic assez sérieux que comporte cette opération, surtout chez les individus âgés, il importe encore de tenir compte qu'elle n'a pas toujours pour résultat — et le fait est admis par les partisans les plus convaincus de la résection — de supprimer la contracture d'une manière complète. Aussi M. Bruns a-t-il cherché à remédier à cet état de choses en s'attaquant directement aux muscles qui constituent le point de départ de la contracture.

Chez un petit garçon en voie de convalescence d'une arthrite fongueuse du genou et à qui l'on avait appliqué, depuis deux ans, toutes les méthodes conservatrices usuelles afin de combattre la contracture rebelle du membre, l'auteur greffa le tendon du biceps sur celui du quadriceps. Un appareil inamovible, posé immédiatement après l'intervention, fut maintenu pendant trois semaines, puis on autorisa l'enfant à se lever. A l'heure actuelle l'opération remonte à cinq mois et demi : l'extrémité inférieure reste en extension complète et le petit patient marche très bien, sans éprouver la moindre douleur.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une jeune fille de vingt-quatre ans, qui, après avoir été atteinte d'une arthrite blennorrhagique phlegmoneuse du genou, conserva une tendance persistante à la contracture, en même temps qu'elle ressentait des douleurs violentes à l'occasion de toute tentative de marche. M. Bruns essaya d'abord la plupart des moyens habituellement employés en pareil cas, y compris le redressement sous la narcose; puis, de guerre lasse, il se décida à effectuer la greffe tendineuse. Il sectionna le biceps et le demi-tendineux à leurs insertions inférieures et, après avoir suturé ces deux muscles au tendon du quadriceps, il immobilisa le membre dans un appareil plâtré, qu'on enleva au bout d'une vingtaine de jours pour commencer à pratiquer le massage du quadriceps. Aujourd'hui, on ne constate plus la moindre trace de flexion de la jambe et la patiente, qui marche depuis plusieurs semaines, n'accuse jamais de douleurs.

Enfin, tout récemment l'auteur a fait la même opération chez une femme atteinte de rhumatisme chronique et qui présentait depuis quelques années une contracture des deux genoux, tellement accentuée que la malade était obligée de rester toujours alitée. A la suite de l'intervention, les extrémités inférieures se sont peu à peu redressées d'une manière complète.

La transplantation tendineuse, préconisée par M. Bruns, constitue une opération beaucoup moins grave et plus facile à réaliser que la résection du genou, et à ce titre elle semble mériter de prendre place dans la thérapeutique des contractures consécutives aux affections chroniques de cette jointure. Toutefois, au point de vue de l'avenir des malades, il y a lieu de se rappeler que certaines arthrites chroniques peuvent aboutir à la guérison avec conservation d'une mobilité plus ou moins étendue de l'articulation. Tenant compte de cette éventualité, l'auteur se demande si l'on ne pourrait pas, en pareille occurrence, rétablir ultérieurement les insertions primitives des muscles suturés au quadriceps, de façon à faire récupérer à la jointure ses fonctions normales. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 9 février 1901.) — L. Ch.

Maladies du cœur et grossesse, par M. H. A. von Guérard.

Les souffles cardiaques, d'après l'auteur, seraient plus facilement perçus quand la grossesse est avancée; et il n'est pas question ici des bruits accidentels qui, au contraire, s'affaiblissent vers la fin de la grossesse. Cette opinion est basée sur ce fait, qu'il est arrivé à M. von Guérard d'entendre pendant la gestation des bruits anormaux qui n'étaient pas perceptibles auparavant et qui disparurent après l'accouchement. Ce phénomène serait dû à l'augmentation de la masse sanguine pendant la grossesse, augmentation qui s'accompagne d'une hypertrophie relative du cœur.

Après avoir discuté les causes de l'influence fâcheuse que la gestation exerce sur les affections cardiaques, l'auteur arrive à cette conclusion pratique que le mariage doit être absolument interdit à toute jeune fille atteinte d'une maladie grave du cœur. Si une grossesse survient néanmoins, il n'hésite pas à conseiller l'avortement artificiel. En effet, son expérience lui a appris que presque jamais la grossesse ne se termine heureusement, pour peu que des troubles importants de la compensation se soient déjà manifestés au début de la gestation. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, novembre 1900.) — E. C.

Des rapports de l'appendicite avec les traumatismes, par M. Neumann.

La question de l'origine traumatique de l'appendicite a acquis une importance pratique considérable à cause de l'extension qu'ont prise les assurances contre les accidents. Or, la littérature médicale renferme très peu d'observations susceptibles d'élucider ce problème : rappelons seulement les faits relatés par Delorme, Stern et Hume, ainsi que 3 cas publiés par M. Körte. Aussi l'auteur a-t-il étudié à ce point de vue particulier 152 cas d'appendicite qui se sont présentés à la clinique chirurgicale de Halle. Sur ce nombre, 10 malades déclaraient que la crise d'appendicite avait été occasionnée par un traumatisme, et chez 9 d'entre eux on trouva des calculs stercoraux, soit à l'opération, soit à l'autopsie. Quant aux traumatismes, ils avaient consisté tantôt en un effort musculaire unique ou répété, tantôt en une contusion de l'abdomen, une fois enfin en un saut d'une hauteur de plusieurs mètres.

M. Neumann insiste tout particulièrement sur la fréquence des calculs stercoraux dans les cas d'appendicite traumatique. Il pense que le traumatisme produit, par l'intermédiaire du calcul, une lésion de la muqueuse, qui devient la porte d'entrée de l'infection. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 2.) — F. de Q.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Les modifications de structure des cellules nerveuses de la moelle à la suite de la cocaïnisation par la méthode de Bier, par M. F. Carini.

Au moment où la cocaïnisation de la moelle par la méthode de Bier se répand de plus en plus dans la pratique chirurgicale, il n'est pas sans intérêt de se demander si l'injection intra-arachnoïdienne d'un alcaloïde de toxicité assez élevée n'est pas susceptible de provoquer, dans les éléments si délicats sur lesquels il agit, des modifications au moins transitoires. C'est ce que vient de rechercher M. Carini, en expérimentant sur de jeunes chiens; mais il importe de relever dès à présent les quantités considérables de cocaïne qu'il a employées, et qui ont varié de 0 gr. 20 centigr. à 1 gramme; l'injection de doses aussi massives — qui n'ont, d'ailleurs, jamais été mortelles — avait pour but de provoquer non seulement l'anesthésie, mais encore une paralysie motrice; cette abolition totale de la sensibilité et de la motilité, portant sur le train postérieur, apparaissait environ dix minutes après l'injection, et persistait de quelques minutes à une heure et demie, selon les quantités d'alcaloïde employées. Les

animaux furent sacrifiés au bout d'un temps variable, les uns pendant la période de paralysie sensitivo-motrice, d'autres immédiatement après la fin de cette période ou de trois à quarante-huit heures plus tard, les derniers enfin seulement vers le vingtième jour.

Deux ou trois heures après la disparition des troubles médullaires, M. Carini put déjà constater dans certains cas, par la méthode de Nissl, une très légère désagrégation granulaire de la substance chromatique. Ce n'est en réalité que chez les animaux tués à la huitième ou à la dixième heure que les lésions sont nettes : on observe alors une fragmentation de la chromatine, étendue à de nombreuses cellules et allant dans quelques-unes jusqu'à la dissolution complète; du moins les blocs chromatiques sont-ils fragmentés, voire réduits en poussière, et difficilement colorables. Parfois, mais rarement, on note la dégénérescence vacuolaire du noyau, qui néanmoins reste central; le nucléole se colore fortement.

Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, ces lésions sont beaucoup moins accentuées et n'atteignent plus qu'un nombre restreint de cellules. Chez les animaux sacrifiés vingt jours après l'expérience, il n'est plus possible d'en trouver trace.

Par la méthode de Golgi, M. Carini a pu mettre en évidence un léger degré d'*atrophie variqueuse* des prolongements protoplasmiques, mais ne frappant que quelques éléments très disséminés, et ne paraissant en relation ni avec la dose de cocaïne injectée, ni avec le temps qui s'est écoulé depuis l'injection.

Ces deux sortes de modifications structurales, analogues à celles que produit l'anémie expérimentale de la moelle par compression temporaire de l'aorte abdominale, sont considérées par l'auteur non comme un état dégénératif de l'élément médullaire, mais simplement comme un phénomène de réaction. Cette constatation est d'autant plus rassurante que les doses employées par M. Carini sont infiniment supérieures à celles que l'on utilise dans un but chirurgical. (*Policlinico*, 22 décembre 1900.) — F. F.

Recherches bactériologiques sur le sang des cancéreux, par M. D. Maragliano.

Dans un travail antérieur, l'auteur a relaté le résultat négatif d'expériences de contrôle concernant la présence de parasites spécifiques dans le sang des cancéreux. Les recherches qu'il expose dans le présent article ont eu pour but de démontrer l'existence, dans le torrent circulatoire des mêmes malades, de microorganismes vulgaires.

Ses investigations ont porté sur 33 sujets atteints de cancer de divers organes; tous étaient arrivés à un degré de cachexie assez avancé, mais aucun n'avait eu de manifestations fébriles témoignant d'une pyohémie ou d'une septicémie secondaire. Or, chez 9 de ces patients le sang contenait des microorganismes : 6 fois il s'agissait d'un staphylocoque (le plus souvent du *S. pyogenes albus*), une fois d'un streptocoque, une fois d'un bacille assez long et gros, parfaitement droit et ayant des mouvements en spirale, une fois enfin d'un microcoque en grappes, développant dans les cultures une belle couleur rose. Il importe de signaler que ces 9 observations sont relatives à des malades porteurs de néoplasmes ulcérés.

Les microorganismes en question avaient une virulence nulle ou du moins très faible, car leur injection aux animaux de laboratoire fut toujours bien supportée. Néanmoins, M. Maragliano estime qu'il convient de leur accorder une certaine valeur au point de vue de la production de la cachexie cancéreuse. Il fait observer, en effet, que, mis à part les cas où des hémorrhagies répétées, ou encore le siège du néoplasme sur un organe important, expliquent l'état de dénutrition des cancéreux, on ne saurait attribuer cette déchéance qu'à une intoxication par des produits solubles sécrétés par la tumeur; or, l'injection aux animaux de suc cancéreux stérile, tentée par M. Ménétrier, est restée sans effets. Aussi semble-t-il à l'auteur que, pour ces cas, on pourrait admettre l'intervention d'une véritable pyohémie, qui, parfois aiguë, serait ailleurs très atténuée, mais n'en constituerait pas moins, à la longue, une cause de dépérissement pour le malade. (*Gazz. degli Osped.*, 13 janvier 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Des complications rénales du rhumatisme articulaire aigu et de leur importance au point de vue du traitement, par M. Israel-Rosenthal.

Ayant eu l'occasion de recueillir 420 observations de polyarthrite rhumatismale fébrile, l'auteur s'est attaché spécialement à l'étude des complications rénales de cette affection.

Il a pu constater ainsi que, chez 11 ou 15 % des rhumatisants, il existe, pendant les crises aiguës, une albuminurie dont le degré est variable dans de très larges limites, car, à côté de cas où l'on trouve seulement des traces indosables d'albumine, il en est d'autres où le taux de cette substance s'élève à plusieurs grammes par litre. Cette albuminurie se montre surtout chez les adultes, et particulièrement chez les hommes; M. Israel-Rosenthal ne l'a jamais observée chez des sujets âgés de moins de dix ans.

En ce qui concerne la date de son apparition, la néphrite rhumatismale débute le plus souvent après quelques jours de maladie; cependant, elle peut se manifester, mais rarement, avant tout symptôme articulaire, ou bien, au contraire, n'apparaître que pendant la convalescence. Sa durée est généralement courte : dans la majorité des cas, elle ne dépasse pas une semaine. Chez 37 % des malades en question, l'auteur a trouvé des cylindres urinaires, habituellement hyalins, en proportion très variable; exceptionnellement, l'urine était hématurique, et il s'agissait d'une véritable néphrite hémorrhagique.

La néphrite rhumatismale serait habituellement latente et ne se révélerait par aucun signe subjectif. Elle ne paraît pas être en relation avec l'angine du début ni avec les complications cardiaques éventuelles, pas plus qu'avec l'intensité des manifestations articulaires. Par contre, elle semble en rapport avec le degré de la fièvre, en ce sens, du moins, qu'elle est surtout fréquente quand il y a hyperthermie; mais, comme le fait observer M. Israel-Rosenthal, cette coïncidence tient sans doute à ce que le degré élevé de la température et l'albuminurie témoignent également de la gravité de l'infection.

D'ordinaire, cette néphrite disparaît sans laisser de traces; il est exceptionnel qu'elle prenne une marche chronique pour aboutir, finalement, à l'atrophie rénale.

Quant à l'action fâcheuse sur le rein qu'on suppose au salicylate de soude, M. Israel-Rosenthal n'y croit pas : il estime que les prétendus méfaits de ce médicament sont tout simplement imputables à la néphrite rhumatismale, à laquelle on ne songe pas. Aussi n'hésite-t-il pas à prescrire le traitement salicylé à ses malades, même quand ils présentent de l'albuminurie; tout au plus associe-t-il, en pareille occurrence, le régime lacté au salicylate de soude. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 4-5.) — F. F.

Études cliniques et expérimentales sur la tuberculose pulmonaire, par M. O. V. Petersson.

Dans ce mémoire, l'auteur s'est attaché successivement à déterminer pendant combien de temps des crachats tuberculeux desséchés conservent leur virulence, et ensuite à étudier la résistance qu'opposent les bacilles de Koch à certains agents physiques ou chimiques.

En ce qui concerne la première question, M. Petersson a pu s'assurer qu'au bout de deux à trois mois des crachats tuberculeux, desséchés à l'air libre, perdent la propriété de transférer la tuberculose au cobaye; après dessiccation dans des boîtes de Petri, les produits d'expectoration gardent plus longtemps leur pouvoir infectant, car ce n'est qu'au bout de quatre mois que leur inoculation donne constamment des résultats négatifs.

Dans une autre série d'expériences, l'auteur essaya de tuberculiser des cobayes en leur faisant inhaler des poussières chargées de crachats desséchés; il échoua presque complètement en employant ce moyen; par contre, il réussit dans la majorité des cas en pulvérisant sur ces animaux des expectorations diluées dans de l'eau. Cette constatation l'amena à vérifier l'opinion de Flügge, relative à la projection de particules liquides virulentes par les tuberculeux pendant les quintes de toux : 23 fois sur 25, soit dans 92 % des cas, un miroir tenu à 10 ou 15 centimètres de la bouche d'un malade qui toussait reçut des gouttelettes contenant un nombre assez considérable de bacilles de Koch.

M. Petersson a aussi étudié le rôle des mouches au point de vue de la propagation de la tuberculose; ce rôle lui paraît réel, car il a pu infecter des cobayes en pulvérisant sur eux, après dilution, les déjections de mouches nourries d'expectorations virulentes; il ne fallait pas plus de 15 de ces insectes pour fournir la quantité de bacilles nécessaire pour tuer un cobaye. Des expériences de contrôle faites avec des mouches nourries d'eau sucrée restèrent absolument négatives.

Enfin, au point de vue de la résistance du bacille tuberculeux, l'auteur a observé que ce microorganisme, dont la virulence est atténuée par un séjour de huit heures au soleil et disparaît complètement après quinze heures, n'est pas tué par une exposition durant une semaine à la lumière du jour; un froid de — 79° à — 80° C. ne le détruit pas davantage, tandis qu'en une demi-heure une température de 101°, à sec, stérilise les cultures; le même résultat est obtenu, au bout de vingt-quatre heures, par l'addition de 2 ou 4 % de formaline; les inhalations de cette substance dans un but thérapeutique, chez des animaux infectés, ne donnèrent aucun succès à M. Petersson. Les rayons de Röntgen, après quinze heures, n'atténuent même pas la virulence du bacille en question. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 4-5 et 6.) — F. F.

Hématoporphyrinurie consécutive à une chloroformisation, par M. J. Nicolaysen.

Chez une jeune femme de vingt-neuf ans, qui, au cours d'une opération d'appendicite, avait absorbé 40 grammes de chloroforme, on vit apparaître une hématoporphyrinurie considérable; les urines ne contenaient ni sucre ni albumine; par contre, on y observait des cylindres. L'hématoporphyrinurie disparut au bout d'une semaine, mais, pendant les trois mois qui suivirent l'intervention, il persista une assez forte urobilinurie. La nature des deux pigments fut établie par l'examen spectroscopique.

Quant à la pathogénie de ce syndrome urinaire, M. Nicolaysen suppose qu'une destruction plus active des hématies dans le foie, consécutivement à la chloroformisation, a dû donner lieu à de l'hypercholie, et, par suite, à de l'urobilinurie; l'hématoporphyrine, de son côté, aurait pris naissance à la faveur d'une destruction exagérée de l'hémoglobine coïncidant avec un ralentissement des phénomènes d'oxydation, causé, lui-même, par une diminution de l'activité cardiaque. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, janvier 1901.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'érysipèle par la production artificielle d'une brûlure au premier degré.

Un médecin russe, M. le docteur S. Z. Rabinovitch (de Kharkov) traite l'érysipèle, depuis treize ans, par l'emploi de la chaleur en procédant de la manière que voici :

Après avoir recouvert la partie malade d'une compresse de gaze humide et avoir disposé un tampon d'ouate imbibé d'alcool sur un petit plateau métallique, on allume le coton et on promène la flamme sur la plaque érysipélateuse, en maintenant le plateau et le tampon au moyen d'une pince quelconque. Cette manœuvre, qu'on fait durer tant que le patient peut la supporter, est répétée de neuf à douze fois par jour, en trois ou quatre séances.

Sous l'influence de ce traitement, il se produit d'emblée un abaissement considérable de la température avec amélioration de l'état général, et la guérison s'établit dans l'espace de douze à vingt-quatre heures si l'on intervient dès le début, au bout de deux à trois jours dans le cas contraire. Notre confrère a utilisé le procédé en question chez près de 200 malades, sans avoir eu à enregistrer un seul décès ni une récidive. Il a eu l'occasion de traiter, entre autres, un cas d'érysipèle migrateur où l'inflammation, après avoir débuté par la face, s'était rapidement étendue à la tête et au dos, et dans lequel les injections sous-cutanées d'une

solution d'acide phénique à 2 %, ainsi que les applications d'ichtyol, de collodion, d'une solution de nitrate d'argent, étaient restées inefficaces. Or, en faisant agir la flamme d'alcool sur les parties périphériques des régions atteintes, M. Rabinovitch a pu arrêter en quarante-huit heures la marche envahissante du processus morbide.

Appliqué de la façon que nous venons d'indiquer, ce moyen de traitement ne détermine pas de trop vives douleurs et ne donne lieu qu'à une brûlure superficielle qui ne tarde pas à se cicatriser. Quant à son mode d'action, notre confrère est porté à l'expliquer non seulement par l'influence directe que la chaleur exerce sur les streptocoques, mais encore par la leucocytose intense que provoque le bain de vapeur local résultant du contact de la flamme avec la compresse humide.

La glycérine formalinée et quelques-unes de ses indications thérapeutiques.

Si, malgré le pouvoir antiseptique considérable que possède l'aldéhyde formique, cette substance est encore relativement peu usitée en thérapeutique, c'est que les applications en sont irritantes et douloureuses. M. le docteur A. C. Jordan, médecin du St. Bartholomew's Hospital de Londres, a pu se rendre compte que pour remédier à cet inconvénient il suffit d'utiliser à titre de dissolvant du formol la glycérine au lieu de l'eau. Notre confrère emploie un mélange de 0 gr. 10 centigr. à 0 gr. 30 centigrammes d'aldéhyde formique et de 8 grammes de glycérine pure, qu'il prépare au moment de s'en servir.

M. Jordan a essayé cette mixture pour les badigeonnages de la gorge. La glycérine offre l'avantage de pénétrer dans les couches profondes de la muqueuse, ce qui permet à l'action bactéricide de la formaline de s'exercer d'une manière plus radicale. Dans l'amygdalite folliculaire au début, une seule application de glycérine formalinée, pratiquée largement au moyen d'un pinceau pharyngien ordinaire, suffirait pour ramener en quelques heures et d'une façon définitive la température à la normale. Il importe seulement que le malade ne prenne aucune boisson pendant la première heure qui suit le badigeonnage, afin de ne pas entraver l'action du médicament. On obtiendrait également de très bons effets dans les cas de diphtérie, toutes les fois que les fausses membranes sont limitées au pharynx.

D'autre part, notre confrère se sert de formol contre la teigne tondante. Après avoir soigneusement lavé toute la plaque d'abord à l'essence de térébenthine, puis avec du savon et de l'eau chaude, il pratique une friction énergique au moyen d'un linge imbibé de glycérine formalinée à 4 %. S'il existe un degré intense d'inflammation, on se borne à maintenir pendant plusieurs heures, sur la région atteinte, une compresse imprégnée de la même solution. L'application d'une pommade à l'acide borique ou à l'oxyde de zinc, ou encore des lotions à l'eau blanche, viennent ensuite compléter la cure dans l'espace de quelques jours, sans que jamais on ait besoin de recourir une seconde fois à l'aldéhyde formique.

Anesthésie mixte par la cocaïne et l'éther.

Il n'est pas rare d'observer des cas dans lesquels les injections sous-cutanées ou intradermiques de cocaïne semblent ne produire aucune analgésie ou, tout au moins, n'agissent que très lentement. M. le docteur Jaboulay, chirurgien des hôpitaux de Lyon, s'est plus d'une fois trouvé en présence de ce fait et, pour ne pas perdre de temps, il procédait alors à l'éthérisation telle qu'on la pratique habituellement. Or, notre confrère a remarqué que dans ces conditions on obtenait toujours l'anesthésie générale avec une rapidité surprenante. Cette constatation lui a suggéré l'idée d'utiliser l'action diffuse que la cocaïne exerce sur l'organisme entier pour accélérer la narcose générale. A cet effet, quelques minutes avant de commencer l'éthérisation, M. Jaboulay fait une injection hypodermique de 1 c.c. d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2.5 %. Une quantité minime d'éther suffit ensuite pour suspendre immédiatement l'activité des centres nerveux, déjà influencés par l'alcaloïde. La cocaïne agit donc ici au même titre que la morphine qui, introduite sous la peau avant la chloroformisation, diminue la période d'excitation et la dose de chloroforme nécessaire pour obtenir une anesthésie complète. Malgré cette analogie, il faut s'abstenir d'associer les deux alcaloïdes, un pareil mélange paraissant exercer sur le système nerveux une action plus pénétrante et plus durable que la cocaïne ou la morphine employées isolément.

Traitement médicamenteux des accidents aigus consécutifs à la mort apparente chez le nouveau-né.

Il arrive parfois que, malgré tous les soins prodigués à l'enfant né en état de mort apparente et qu'on a réussi à ramener à la vie, la respiration ne s'établit pas d'une façon normale, et, lors de sa première visite après l'accouchement, le praticien trouve le nouveau-né dans une situation qui ne laisse pas que d'être inquiétante : chaque mouvement respiratoire s'accompagne d'une sorte de gémissement sourd, le pouls est à peine perceptible, la peau et les lèvres sont d'un gris cendré ou même noirâtres; l'enfant ne réagit pas du tout ou pousse seulement quelques petits cris plaintifs. En pareil cas, M. le docteur S. Wolfe, médecin du Samaritan Hospital de Philadelphie, a recours à l'emploi de l'atropine ou de la nitroglycérine. Pour le premier de ces médicaments, il se sert d'une solution contenant 0 décimilligramme 2 à 0 décimilligr. 3 d'atropine par cuillerée à café; quant à la trinitrine, une cuillerée à café ne doit en renfermer que de $^1/_{3000^e}$ à $^1/_{2000^e}$ de goutte d'une solution au $^1/_{10^e}$. Notre confrère administre soit ces deux substances associées l'une à l'autre, soit l'une d'entre elles seulement, à la dose de 2 à 6 cuillerées à café dans l'espace de vingt-quatre heures. Souvent, M. Wolfe a pu constater une amélioration notable de la respiration une heure après la première prise, amélioration qui se maintenait ensuite sous l'influence du traitement continué jusqu'à ce que le cœur et les poumons du petit patient eussent acquis toute la force nécessaire à leur bon fonctionnement.

Emploi du bleu de méthylène pour les injections sous-conjonctivales.

L'irritation et les douleurs excessivement vives qui accompagnent les injections sous-conjonctivales de sublimé constituent un des inconvénients les plus sérieux de cette méthode thérapeutique, inconvénient auquel on cherche à remédier soit par l'emploi de solutions additionnées d'analgésiques, soit par la substitution au bichlorure de mercure d'autres substances qui, tout en étant aussi actives, offrent l'avantage de n'être pas irritantes. Après avoir indiqué la valeur que semble présenter, à cet égard, le chlorure de sodium (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 56), nous devons aujourd'hui signaler, dans le même ordre d'idées, le bleu de méthylène. En effet, depuis quelques mois, M. le docteur E. Rollet, chirurgien des hôpitaux de Lyon, utilise pour les injections sous conjonctivales une solution aqueuse de bleu de méthylène à 2 ‰. Ces injections, pratiquées suivant la technique habituelle, laissent après elles une traînée ou une tache bleues plus ou moins marquées, mais qui disparaissent complètement au bout de quatre à cinq heures. Elles ne s'accompagnent d'aucune douleur, ce qui permet de les répéter tous les jours, et ne produisent ni hyperémie conjonctivale ni œdème, pas plus qu'elles ne donnent lieu à la formation d'une cicatrice épisclérо-conjonctivale, comme cela s'observe à la suite d'injections mercurielles.

Sous l'influence de ce traitement, notre confrère a obtenu d'excellents résultats dans les kérato-conjonctivites tenaces, ainsi que dans les cas d'ulcère de la cornée, où les effets des injections étaient d'autant plus rapides que la perte de substance siégeait plus près du limbe cornéen. Les iritis semblent également se laisser influencer par le bleu de méthylène, bien que M. Rollet n'ait jamais vu le médicament pénétrer dans la chambre antérieure.

L'extrait aqueux de chanvre du Canada dans le traitement des cardiopathies.

D'après M. le docteur L. E. Goloubinine, privatdocent à la Faculté de médecine de Moscou, l'extrait aqueux de chanvre du Canada (*Apocynum cannabinum*), administré à la dose de 5 gouttes répétées 3 ou 4 fois dans l'espace de vingt-quatre heures, est susceptible de rendre de bons services dans les cas graves d'affection du cœur, alors même que l'emploi d'autres médicaments cardiaques reste sans effet. Sous l'influence du chanvre du Canada, le pouls et la respiration deviennent moins fréquents, la pression sanguine plus forte, en même temps que l'arythmie du cœur diminue dans des proportions considérables. On constate, en outre, une augmentation brusque de la diurèse avec cessation de l'albuminurie, lorsque celle-ci est liée à la congestion rénale. Le traitement ne donne lieu à aucun phénomène désagréable, sauf une légère irritation gastrique qui disparaît dès qu'on suspend la médication et qu'il est, du reste, facile d'éviter en associant l'extrait aqueux d'apocynum cannabinum à une dose égale de teinture de chanvre indien.

L'essence de térébenthine contre les dermatoses parasitaires.

M. le docteur L. Leven (d'Elberfeld) traite le pityriasis versicolor et la teigne tondante par des applications d'essence de térébenthine rectifiée. Dans la première de ces affections, notre confrère fait pratiquer tous les jours, sur les parties malades, une friction vigoureuse pendant cinq minutes au moyen d'un tampon d'ouate ou d'un morceau de flanelle imbibés d'essence de térébenthine. Si les lésions sont trop étendues, il recommande, afin d'éviter les conséquences fâcheuses d'une irritation excessive de la peau, de ne frictionner au cours d'une même séance qu'une région relativement limitée. Ce procédé se montrerait beaucoup plus efficace que tous les moyens habituellement employés contre le pityriasis versicolor.

Pour l'herpes tonsurans, et notamment dans la variété circonscrite vésiculeuse de cette dermatose, M. Leven applique matin et soir sur les plaques trichophytiques de petites compresses de toile imbibées d'essence de térébenthine et qu'il dispose de façon à leur faire déborder de tous les côtés les surfaces atteintes. Les effets sont plus ou moins rapides suivant le siège de la lésion et la sensibilité des téguments. En général, au bout de six jours, on constate déjà une amélioration considérable, s'accompagnant d'une irritation cutanée intense qui, toutefois, ne tarde pas à disparaître sous l'influence d'une pommade quelconque, sans laisser subsister de cicatrices. Chez aucun des malades que notre confrère a eu l'occasion de soumettre à ce traitement, il n'a observé de récidives.

En présence de ces résultats, il y a lieu de se demander si l'emploi de l'essence de térébenthine pure ne conviendrait pas aussi à certaines formes circonscrites d'autres dermatomycoses et, en particulier, du favus.

Emploi du catgut pour la suture de la rotule.

Partant de cette considération que l'emploi de fils métalliques, assez préjudiciable pour l'intégrité des tissus mous, convient encore moins à la suture osseuse et que les anses perdues peuvent donner lieu à des accidents tardifs de nécrose, M. le docteur E. M. Cox (de New-York) s'est servi, dans 3 cas de fracture de la rotule traités à ciel ouvert, de catgut stérilisé au moyen de sublimé ou de formol. D'après notre confrère, cette suture suffit à assurer la coaptation des fragments pendant toute la période qui précède la formation du cal, à la condition, bien entendu, que le membre soit immobilisé dans un appareil plâtré et qu'au moment où l'on renouvelle le pansement (douze à quinze jours après l'accident) on évite d'imprimer des mouvements de flexion à la jambe, en ayant soin de laisser reposer l'extrémité malade sur le talon.

L'emploi du catgut ne nécessite pas de manœuvres aussi violentes que la suture métallique; de plus, la résorption du fil met à l'abri de tous les inconvénients auxquels on expose le patient en abandonnant un corps étranger métallique au sein du tissu osseux.

ERRATUM. — Dans notre numéro du 30 janvier 1901, p. 40, 3e col., 4e et 19e lignes de la note thérapeutique sur un « moyen simple et sûr de stériliser les sondes en gomme », au lieu de : sulfure d'ammonium, lire : *sulfate d'ammonium*.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

L'opération de l'hypospadias balanique.

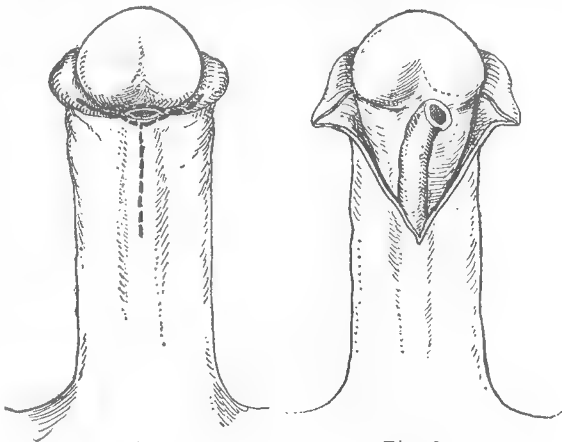
L'élasticité de l'urèthre d'une part, et la bonne vascularisation des parois de ce canal d'autre part, ont été utilisées simultanément par plusieurs chirurgiens qui ont cherché à remplacer les anciennes opérations plus ou moins compliquées de l'hypospadias balanique par un procédé à la fois plus simple et plus sûr. Il est vrai que la méthode qu'ils ont imaginée ne saurait être appliquée qu'aux formes légères de cette malformation, c'est-à-dire à l'hypospadias balanique et à certains cas d'hypospadias pénien. Mais ces formes, qui constituent souvent une réelle infirmité, étant de beaucoup les plus fréquentes, le procédé en question sera bien accueilli par tous les praticiens. Nous en avons déjà donné, ici même, une description sommaire en 1899, dans une analyse d'un travail de M. von Hacker (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 200). Les expériences s'étant multipliées depuis, nous croyons utile d'en exposer aujourd'hui plus complètement la technique, de façon à permettre à ceux qui l'emploieront d'éviter, autant que possible, les petites imperfections inhérentes à tout début.

L'instigateur de cette méthode est M. Beck (de New-York) qui l'a fait connaître dans plusieurs mémoires au cours des quatre dernières années (1). Chez un premier sujet, ce chirurgien associa l'isolement de l'urèthre à l'avivement du sillon balanique, tandis que, dans ses opérations ultérieures, il tenta la tunnellisation du gland. Ajoutons que cette dernière avait déjà été indiquée par Argento, lequel avait proposé d'obtenir l'épidermisation du canal ainsi créé en y laissant une sonde à demeure pendant plusieurs mois. Peu de temps après les premières interventions de M. Beck, et sans les connaître, M. von Hacker (2) combina l'allongement de l'urèthre avec la tunnellisation du gland et eut un succès complet. A la même époque, M. Bardenheuer (de Cologne) (3), ayant connaissance du procédé primitif de M. Beck, l'associa également à la tunnellisation, ignorant, d'ailleurs, l'opération pratiquée par M. von Hacker. Tout récemment enfin, M. Marwedel (4) a publié les résultats obtenus par cette méthode à la clinique chirurgicale de Heidelberg.

I

Voici maintenant quel est ce procédé, tel qu'il résulte de ces différents travaux et de nos propres observations :

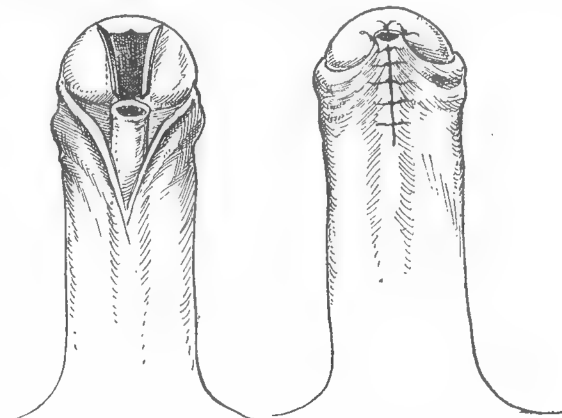
Après avoir soumis le patient à l'anesthésie générale et avoir pris les précautions aseptiques habituelles, on fait une incision qui contourne l'orifice généralement rétréci de l'urèthre, s'étend de chaque côté sur le bord libre du prépuce et descend, en arrière, à 2 ou 3 centimètres sur le raphé du pénis (*fig. 1*). Cette incision prend la forme d'un Y ou parfois se rapproche de celle d'un T. On isole ensuite l'urèthre (*fig. 2*) en ayant grand soin de ne pas pénétrer jusqu'à la muqueuse. Cet isolement se pratique sans aucune hémorrhagie appréciable, pourvu qu'on évite de léser les corps caverneux tant du pénis que de l'urèthre. Quand il s'agit de sujets en bas âge, ce temps de l'opération est facilité par l'introduction préalable d'une bougie élastique dans l'urèthre. La mobilisation doit porter sur une étendue de 15 à 30 millimètres, suivant


Fig. 1. *Fig. 2.*

l'âge du patient et le degré de la malformation. Il est, en tout cas, préférable de ne pas être trop parcimonieux à cet égard, car les bonnes conditions de vascularisation de l'urèthre mettent à l'abri de toute nécrose, tandis qu'un isolement restreint exposerait à une tension trop grande du canal après sa fixation dans le gland et entraînerait ainsi inévitablement un échec, comme le fait a été signalé par MM. Beck et Marwedel.

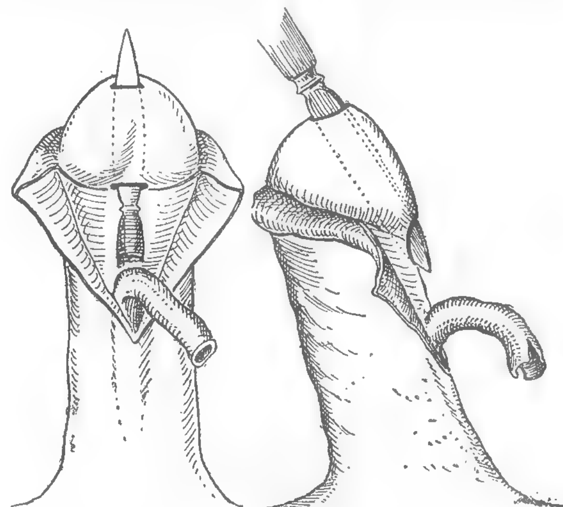
L'urèthre étant mobilisé, il est utile d'en dilater l'extrémité périphérique en cas de rétrécissement. Cette dilatation est rendue très facile par une courte incision dans le sens antéro-postérieur. L'extrémité uréthrale forme ainsi deux petits lambeaux latéraux dont on se servira pour la fixation ultérieure du canal (*fig. 6*).

Jusqu'ici la technique est uniforme; mais l'implantation de l'urèthre mobilisé dans le gland se pratique d'après deux procédés différents : l'un, préconisé au début par M. Beck et appliqué par M. Marwedel à la clinique chirurgicale de Heidelberg, consiste dans l'avivement du sillon longitudinal existant dans la plupart des cas d'hypospadias sur la face uréthrale du gland. On mène à cet effet une première incision assez profonde dans ce sillon; ensuite, depuis la rainure ainsi formée, on fait deux autres incisions latérales circonscrivant deux lambeaux de tissu balanique (*fig. 3*). On exerce alors une traction sur l'urèthre isolé et l'on en fixe l'extrémité au sommet du gland à l'aide de quelques points séparés (*fig. 4*). Les deux lam-


Fig. 3. *Fig. 4.*

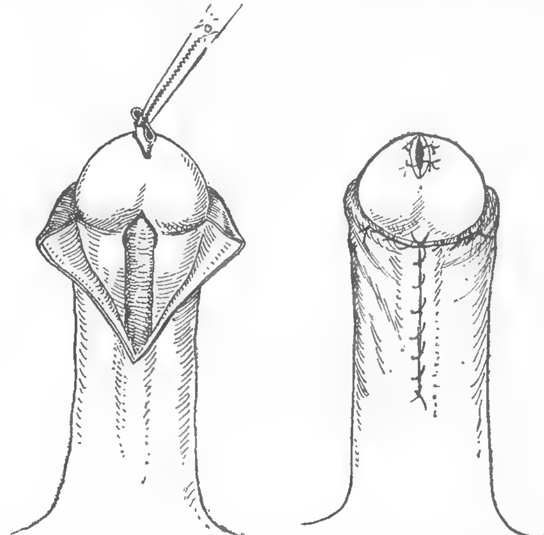
beaux du gland sont réunis également par des points séparés, lesquels doivent comprendre une portion très superficielle du tissu uréthral, afin d'assurer une meilleure fixation de ce canal. L'opération est terminée par la suture du prépuce que l'on fixe, comme le conseille M. Beck, près du nouvel orifice uréthral. Ce procédé devrait être préféré, d'après M. Marwedel, dans les cas où le gland présente une forme aplatie d'avant en arrière; nous pensons cependant que même alors on peut avoir recours à la méthode de la tunnellisation.

Cette dernière est effectuée de différentes manières par les divers chirurgiens. M. Bardenheuer se sert d'un trocart enfoncé du sommet du gland vers sa base, et dégagé du tissu balanique au niveau de l'ancien orifice uréthral. M. Beck emploie un scalpel étroit et effilé pénétrant dans le tissu du gland au niveau de l'orifice primitif de l'urèthre pour en sortir près du sommet (*fig. 5*); il fait cette incision dans le sens transversal, de sorte que le nouvel orifice uréthral a tendance à se placer, contrairement à l'état normal, selon le diamètre transversal du gland. Nous nous servons également d'un scalpel étroit, mais nous préférons faire l'incision dans le sens antéro-postérieur, afin d'obtenir un orifice uréthral correspondant de tous points à l'état normal (*fig. 6*); on aura soin de


Fig. 5. *Fig. 6.*

diriger le tranchant du scalpel en avant, vers la face dorsale du gland, pour éviter de sectionner le pont de tissu balanique, parfois assez mince, situé à la face postérieure du gland (1).

La tunnellisation ayant été pratiquée d'une manière ou de l'autre, on introduit dans le canal ainsi obtenu une pince hémostatique étroite, on attire l'urèthre mobilisé jusqu'à l'extrémité du gland et on l'y fixe à l'aide de quatre points séparés (*fig. 7*). Quand on a dû pratiquer l'élargissement de l'orifice uréthral à l'aide d'une incision antéro-postérieure, on fixe chacun des lambeaux sur l'un des côtés de l'incision également antéro-postérieure de l'extrémité balanique. Cette fixation faite, nous recommandons, comme M. Bardenheuer, de placer quelques points perdus de catgut au niveau de l'ancien orifice uréthral, afin d'assurer un meilleur maintien de l'urèthre dans sa nouvelle situation et pour décharger ainsi les points placés à l'extrémité du gland. On aura cependant soin de ne pas embrasser trop de tissu uréthral dans les anses, pour ne pas s'exposer à la formation ultérieure d'une fistule. L'opération est terminée enfin par la suture de la peau, portant sur l'incision primitive en Y ou en T (*fig. 8*); on veillera à cette occa-


Fig. 7. *Fig. 8.*

(1) Beck. (*New Yorker Med. Monatssch.*, nov. 1897, p. 597.) — A new operation for balanic hypospadias. (*New York Med. Journ.*, 29 janv. 1898.) — Zur Operation der Hypospadie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 7 janv. 1899.) — The operation for hypospadias, with the demonstration of three cases successfully treated by the forward dislocation of the urethra. (*New York Med. Journ.*, 8 déc. 1900.)

(2) Von Hacker. Zur operativen Behandlung der Hypospadia glandis (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1898, XXII, 1, p. 271.)

(3) Breuer. Eine neue Operation der Hypospadie der Eichel nach Bardenheuer. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 5 nov. 1898, p. 1089.)

(4) Marwedel. Erfahrungen über die Beck'sche Methode der Hypospadie-Operation. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1900, XXIX, 1.)

(1) On jugera du résultat final sur la figure 9, faite d'après un garçon de treize ans opéré par nous il y a huit mois suivant la modification que nous venons d'indiquer.

sion à ce que le tissu uréthral soit entièrement recouvert d'épiderme au niveau de son entrée dans le canal balanique.

Le choix du matériel de suture n'est pas sans importance. Il faut éviter en tout cas de se servir de substances non résorbables pour les ligatures ou les points perdus, ces corps étrangers pouvant être le point de départ d'une petite fistule urinaire. Quant aux sutures destinées à fixer l'urèthre au bout du gland et à réunir la peau, il nous paraît préférable de les pratiquer à l'aide d'un fil non résorbable, tel que la soie ou le crin de Florence; néanmoins, le catgut a été employé à cet effet dans plusieurs des cas opérés à la clinique de Heidelberg.

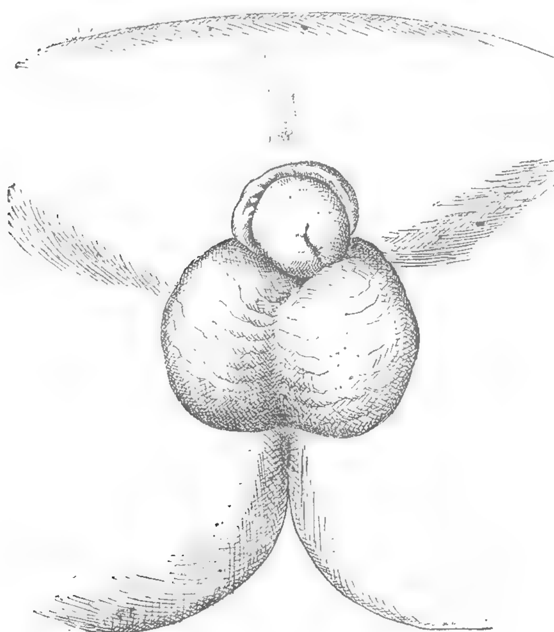


Fig. 9.

Pour le *traitement post-opératoire*, l'opportunité d'une sonde à demeure pendant les premiers jours a été discutée par plusieurs auteurs. M. Beck n'y a pas recours, et il paraît en être de même de M. Bardenheuer, d'après la publication de M. Breuer. M. von Hacker a laissé chez son malade une sonde à demeure pendant un à deux jours, mais il croit que cette mesure n'est point indispensable. M. Marwedel, par contre, estime qu'il est préférable de mettre une sonde de Nélaton, durant les premiers jours au moins, chez les patients en bas âge, la miction étant très douloureuse au début; cette sonde peut être définitivement retirée le quatrième ou le cinquième jour. Les expériences faites à la clinique de Heidelberg semblent justifier cette mesure. Chez les malades âgés de plus de six ou sept ans, on s'en passera sans inconvénient.

Comme *pansement*, M. von Hacker se sert de poudre d'iodoforme et de gaze iodoformée. M. Beck entoure la verge d'une gaze iodoformée et place une compresse imprégnée d'une solution d'acétate d'aluminium sur l'orifice uréthral. L'application d'un linge enduit de vaseline boriquée ou iodoformée nous semble préférable chez les enfants en bas âge, l'enduit produit par le corps gras mettant le champ opératoire à l'abri de l'irritation par les urines. Cette compresse doit être changée après chaque miction; il en est de même, d'ailleurs, du pansement à la gaze iodoformée. On enlèvera les points au bout de sept à dix jours environ, en ayant soin de ne pas retirer trop vite les quatre fils qui fixent l'urèthre. Quant à ceux qui assurent la réunion du prépuce et de la peau, on ne les laissera pas plus d'une semaine.

II

Les *complications post-opératoires* ne présentent aucune gravité, mais elles peuvent compromettre le résultat de l'intervention. Nous signalerons en premier lieu la nécrose de l'extrémité uréthrale avec rétraction consécutive de l'urèthre. Cette nécrose n'atteint généralement pas la circonférence totale du bout uréthral, mais seulement les parties embrassées par les points de suture. La formation d'une fistule urinaire au niveau de l'ancien abouchement de l'urèthre est la conséquence de cette complication. On l'évitera sûrement en mobilisant le canal sur une étendue assez grande, et en comprenant, en outre, une couche de tissu uréthral suffisante quand on établira les points terminaux (que l'on aura soin de ne pas serrer trop fort de crainte d'amener une mortification des tissus). Quelques points auxiliaires à l'entrée de l'urèthre dans le canal balanique, comme nous l'avons mentionné plus haut, peuvent être également utiles à ce point de vue. Si la rétraction de l'urèthre se produit néanmoins, il faut attendre que la plaie soit épidermisée dans toute son étendue et procéder alors à une nouvelle fixation, ainsi que cela fut fait deux fois, avec un plein succès, par M. Marwedel; ce chirurgien constata même que la deuxième opération était plus facile que la première.

Les érections observées assez fréquemment dans les jours qui suivent l'opération sont un facteur important de la rétraction uréthrale. Nous avons tâché dans notre cas de les éviter par l'administration de bromure de sodium à dose suffisante, et nous estimons qu'il serait utile de prendre toujours cette précaution.

L'hématome post-opératoire a été constaté une fois par M. Marwedel. Il s'agissait d'un petit malade ayant de très nombreuses érections. Ici également, l'administration de bromure nous paraît indiquée. Cette complication est cependant exceptionnelle et, d'ordinaire, on arrête l'hémorrhagie très facilement et définitivement, au cours de l'opération, à l'aide de la compression digitale; la ligature d'un vaisseau ne s'impose que très rarement.

Comme dernier accident, signalons que M. Marwedel a vu deux fois se former une petite fistule urinaire à la face inférieure du pénis, au niveau de l'extrémité de la suture longitudinale, et ce malgré une réunion par première intention de l'extrémité uréthrale du gland et l'absence de toute lésion de l'urèthre au moment de l'intervention. Il attribue cet accident à une distension trop forte de la paroi uréthrale et à une nécrose circonscrite consécutive, et il conseille de maintenir la verge infléchie vers le bas à l'aide de bandelettes de diachylum, toutes les fois que l'on remarque une tension exagérée au cours de l'opération. La fistule, établie chez l'un des malades après cinq jours, chez l'autre au bout de douze jours, nécessita dans les deux cas une opération d'après le procédé de Thiersch. Inutile de dire que l'on se gardera de léser l'urèthre en établissant la suture cutanée, car une telle blessure amènerait inévitablement la formation d'une petite fistule. Il est même important de ne pas donner trop de profondeur à la suture longitudinale de la peau, afin d'éviter le simple contact des fils avec l'urèthre.

On pourrait craindre enfin, comme suite ultérieure de l'intervention, une incurvation de la verge, surtout au moment de l'érection. Cette conséquence ne paraît avoir été observée que dans les cas d'hypospadias pénien de l'adulte. M. Beck combat cette position vicieuse par l'introduction répétée et prolongée de bougies métalliques et conseille, comme dernière ressource, une petite opération plastique consistant en une incision cutanée transversale, pratiquée à la face uréthrale de la verge et réunie longitudinalement.

III

Quant à l'*âge* des malades auxquels s'applique cette méthode, M. Beck en a opéré qui n'avaient que cinq mois: M. Marwedel est intervenu chez des enfants d'un an. On se guidera, pour résoudre cette question, sur l'état général des petits patients : à mon avis, il ne faut opérer avant l'âge d'un ou deux ans que les enfants vigoureux dont les tissus présentent toutes les garanties d'une vitalité normale; on retardera l'intervention d'autant plus facilement qu'elle n'est point urgente. Un rétrécissement éventuel pourrait être traité, en attendant la cure radicale, par une dilatation répétée.

Il nous reste à parler encore du *choix des cas* susceptibles d'être traités par ce nouveau procédé. Tous les auteurs cités plus haut conseillent de s'en tenir à l'hypospadias balanique et aux formes les plus légères de l'hypospadias pénien. M. Beck lui-même, dans son dernier travail, déclare avoir appliqué sa méthode à des cas d'hypospadias pénien, surtout chez des enfants; il estime que l'on peut aller d'autant plus loin dans cette voie que le patient est plus jeune. Ajoutons qu'il ne faut pas tenir compte seulement du degré de la malformation uréthrale, mais aussi de la longueur du segment pénien situé au delà de l'orifice uréthral. Cette longueur varie évidemment suivant le degré de l'arrêt de développement du pénis existant parfois chez ces malades.

Une tentative de cure d'hypospadias pénio-scrotale par ce procédé a échoué récemment entre nos mains, et nous a obligé de recourir à l'opération de Thiersch. Nous en concluons que le choix judicieux des cas n'est pas moins important, au point de vue du succès, qu'une technique minutieuse et bien comprise.

Dr F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds.

MÉDECINE LÉGALE

Un moyen pratique pour distinguer le sang de l'homme d'avec celui des animaux.

I

S'il est en général relativement facile de reconnaître une tache de sang, il est loin d'en être de même pour un autre problème qui se pose souvent en médecine légale et qui consiste à indiquer l'origine du sang, à déterminer si les taches en présence desquelles on se trouve sont formées par du sang humain ou bien par du sang d'un animal domestique. L'examen spectroscopique, qui rend de précieux services lorsqu'il s'agit simplement de mettre en évidence la matière colorante du sang, devient ici inutile, attendu que le spectre de l'hémoglobine reste le même, quelle que soit l'espèce animale. Les caractères des cristaux d'hémoglobine varient suivant l'animal; toutefois, ce signe différentiel ne peut pas être utilisé en médecine légale, les cristaux en question ne pouvant être obtenus qu'avec une grande quantité de sang frais. Restent les caractères morphologiques des globules sanguins. Mais si les hématies des mammifères se laissent facilement distinguer d'avec celles des oiseaux, des poissons ou des reptiles, le problème devient très difficile, pour ne pas dire insoluble, quand il vise le diagnostic du sang humain, puisque la seule différence qui existe entre le sang des divers mammifères porte sur les dimensions des globules sanguins. Or, il s'en faut que cette différence soit très accentuée et, sans parler de la difficulté qu'on éprouve à mesurer une hématie à un dixième de μ près, surtout quand on opère sur du sang desséché dont les éléments figurés ont subi des déformations intenses, il importe encore de tenir compte que les dimensions des globules varient chez un même animal dans des limites assez considérables. Cela étant, un globule qui mesure, par exemple, 7 μ peut être attribué au chien et au lapin tout aussi bien qu'à l'homme, de sorte que l'expert, loin de pouvoir formuler une conclusion affirmative, se voit le plus souvent obligé de déclarer que telle tache provient de l'homme *ou* d'un mammifère à hématies de dimensions voisines; *quelquefois*, lorsqu'on a affaire à des globules beaucoup plus petits que ceux de l'homme et que les recherches ont pu être effectuées dans des con-

Dans le but d'élucider ce problème, MM. Van Gehuchten et Bochenek ont sectionné le nerf de Willis dans la cavité rachidienne, chez 4 lapins qu'ils ont laissé survivre trois semaines; puis ils ont recherché par la méthode de Marchi, dans les diverses branches du nerf pneumogastrique, les fibres en dégénérescence wallérienne.

Ils n'en ont trouvé que dans la partie cervicale du *tronc* du nerf, et toutes ces fibres se rendaient au nerf laryngé inférieur; les autres branches du nerf vague étaient normales.

Ils concluent de leurs recherches que le spinal abandonne bien au pneumogastrique des fibres motrices, lesquelles, contrairement à ce qu'ont prétendu certains physiologistes, ne contribuent en rien à l'innervation du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, de la trachée, du cœur et des poumons, mais servent uniquement à l'innervation du larynx.

Dr Keiffer.

LETTRES D'AUTRICHE

(*De notre correspondant spécial.*)

Vienne, le 23 février 1901.

Réinfection syphilitique.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Mracek** a présenté un homme qui avait contracté un premier chancre induré il y a sept ans; à la suite d'injections sous cutanées de sozoiodolate de mercure et de l'administration d'iodure de potassium, ce malade fut complètement débarrassé de tous les accidents secondaires qui succédèrent à ce chancre. Mais au mois d'octobre dernier il eut au niveau du prépuce un nouveau chancre ayant laissé après lui une cicatrice indurée, encore apparente aujourd'hui. Il existe, en outre, un exanthème généralisé et des adénopathies multiples; force est donc d'admettre que l'on se trouve en présence d'un cas de réinfection syphilitique.

M. I Neumann a observé personnellement 8 faits de réinfection syphilitique; l'intervalle le plus court qu'il ait constaté entre les deux infections a été de deux ans. Pour pouvoir affirmer qu'il s'agit bien d'une réinfection, il est nécessaire que le même médecin ait vu les deux accidents primitifs ainsi que les lésions secondaires. Les cas de réinfection prouvent d'une façon indiscutable la curabilité de la vérole.

Traitement opératoire du rhinophyma et de l'éléphantiasis.

M. J. Sternberg a montré 3 malades chez lesquels il a traité un rhinophyma par l'ablation, sous l'anesthésie générale, de tous les tissus hypertrophiés jusqu'aux cartilages, et ensuite par la transplantation de greffes d'après la méthode de Thiersch. Actuellement, le nez est recouvert d'une peau souple et blanche qui ne rougit pas sous l'influence du froid. L'acné de voisinage est également très améliorée.

M. J. Weinlechner a employé avec succès un procédé analogue dans 3 cas d'éléphantiasis des jambes : il a pratiqué l'ablation de la peau jusqu'aux couches les plus profondes.

M. Kaposi pense qu'il ne faut pas trop généraliser l'emploi de ce mode de traitement. Il y a des exemples de rhinophyma qui ont guéri par l'ablation des parties hypertrophiées de la peau et même après une simple excision cunéiforme.

En ce qui concerne l'éléphantiasis, il croit que l'opération préconisée par M. Weinlechner ne serait pas applicable aux formes étendues, où l'on produirait des plaies par trop considérables; elle lui paraît devoir être réservée à la variété circonscrite tubéreuse de cette affection.

Ouverture de l'apophyse mastoïde sous l'anesthésie locale.

M. Alexander a présenté un malade qu'il vient d'opérer pour une mastoïdite suppurée : après anesthésie par le procédé de Schleich, on sectionna les téguments, puis on insensibilisa l'os en injectant dans deux petits canaux creusés à ses extrémités une certaine quantité de la solution cocaïnique. L'apophyse mastoïde put alors être trépanée sans la moindre douleur; elle renfermait un abcès du volume d'une noisette.

M. V. Hammerschlag fait remarquer qu'en forant des cavités dans l'apophyse mastoïde pour y introduire la solution analgésiante, on risque d'ouvrir un sinus anormal ou bien de léser la dure-mère; du reste, la résection de l'os est ordinairement moins douloureuse que l'ébranlement de la tête. Enfin l'analgésie ne peut être obtenue que si la suppuration est très localisée; lorsque celle ci est étendue, on a beau injecter de la cocaïne dans la cavité de l'abcès, on ne produit pas l'insensibilisation.

Du carcinome infiltré de la vessie.

M. Englisch a communiqué le résultat de ses recherches sur le cancer infiltré de la vessie, dont la variété la plus fréquente serait, d'après l'orateur, l'épithélioma; l'infiltration cancéreuse a une étendue très variable; elle débute par la tunique musculaire de l'organe et n'envahit que tardivement la muqueuse, qu'elle finit à la longue par exulcérer. L'hypertrophie de la paroi vésicale peut devenir assez considérable pour donner la sensation d'une véritable tumeur dont le volume n'est pas sensiblement modifié quand on évacue la vessie au moyen du cathétérisme.

Cette forme de cancer vésical s'accompagne toujours d'une hypertrophie des ganglions qui avoisinent les artères iliaques et la colonne vertébrale.

Pour faire le diagnostic entre une infiltration carcinomateuse et une hypertrophie simple de la musculature de la vessie, on s'appuiera sur la présence d'un obstacle au cours de l'urine, semblable à celui que détermine l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate. On reconnaîtra les phlegmons de l'espace prévésical aux symptômes inflammatoires qu'ils provoquent. Le cancer de la prostate se distingue d'avec l'infiltration carcinomateuse de la vessie par l'existence, au niveau de la prostate, de noyaux toujours plus ou moins appréciables par le toucher.

Quant au pronostic du cancer infiltré de la vessie, il est très grave, et le seul traitement qu'on puisse lui opposer est la résection de la paroi vésicale au moyen d'une taille hypogastrique; si les ganglions sont déjà envahis, on ne peut que s'en tenir à une opération palliative, consistant en l'établissement d'une fistule urinaire.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Myélite aiguë d'origine blennorrhagique suivie d'autopsie, par MM. L. De Gueldre et F. Sano.

Le malade qui fait l'objet de cette observation est un homme de trente-neuf ans, récemment atteint d'une blennorrhagie. Les manifestations uréthrales venaient de cesser quand apparurent, en même temps qu'une arthrite du poignet, des douleurs très vives qui, d'abord en ceinture, ne tardèrent pas à intéresser tout le membre inférieur. Ces phénomènes douloureux allèrent en s'aggravant, et, au bout de trois mois environ, se compliquèrent d'une paraplégie qui s'installa en quarante-huit heures, intéressant la vessie et le rectum et doublée d'anesthésie. Les troubles s'arrêtaient, en arrière, au niveau de la première lombaire, et en avant à deux travers de doigt au-dessus du pubis, ce qui permettait de localiser la lésion causale au premier segment lombaire. D'ailleurs, l'affection, dont la marche était nettement ascendante, fit de rapides progrès, et quand survint la mort, treize jours après le début, l'anesthésie remontait à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

A l'autopsie, on trouva une collection purulente entourant le sac dure-mérien depuis l'émergence de la dixième dorsale jusqu'à celle de la première lombaire; en avant, le pus avait suivi le trajet de la onzième racine dorsale et envahi les plèvres où, du reste, son irruption paraissait toute récente. Ce pus renfermait un diplocoque fréquemment groupé en amas et ayant parfois un aspect réniforme, mais se distinguant du gonocoque en ce qu'il prenait le Gram. La compression de la moelle par l'abcès rachidien, à travers les méninges, avait eu pour résultat une thrombose des vaisseaux spinaux et, consécutivement, une nécrobiose de toute la portion de la moelle inférieure au onzième segment dorsal; au niveau de la deuxième racine lombaire existait même, immédiatement en avant de la corne postérieure gauche, un petit foyer purulent de 1 millimètre environ de diamètre. Les ganglions spinaux, à partir du onzième, offraient des lésions de chromatolyse plus ou moins accusées. Dans la partie non comprimée de la moelle s'observait une légère dégénérescence ascendante, encore appréciable sur les coupes intéressant le sixième segment dorsal.

Bien que le microorganisme trouvé dans le pus ne fût vraisemblablement pas le gonocoque, MM. De Gueldre et Sano croient pouvoir attribuer les accidents présentés par leur malade à une myélite blennorrhagique dont le foyer a été ultérieurement l'objet d'une infection secondaire. Au point de vue thérapeutique, ils estiment que ce cas — étant donnés les symptômes de compression — aurait pu se prêter à une intervention chirurgicale, laquelle eût été encore plus indiquée s'il avait été possible de soupçonner l'existence d'une collection purulente. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, octobre-novembre 1900.) — F. F.

Sur un cas de stomatite diphtéroïde à oospora, par M. A. Trambusti.

Chez un enfant de trois ans qui, depuis la veille, avait une fièvre élevée avec atteinte assez profonde de l'état général et phénomènes douloureux très accentués du côté de la bouche, l'auteur trouva la muqueuse buccale rouge, les gencives un peu tuméfiées et recouvertes de nombreuses plaques d'un gris jaunâtre occupant la langue et les gencives, ainsi qu'une notable partie de la voûte palatine. Ces plaques étaient constituées par un exsudat couenneux, épais et très tenace; les amygdales, quoique rouges, n'offraient pas trace d'exsudation. Ajoutons que tous les organes étaient sains et que le petit patient ne présentait aucune affection cutanée, notamment pas d'herpès.

Malgré la rareté de la diphtérie primitive de la bouche, les symptômes généraux permettaient de craindre que cette affection ne fût en cause; seul, le microscope pouvait montrer l'exactitude de ce diagnostic ou prouver, au contraire, qu'on avait affaire à une de ces stomatites encore mal définies au point de vue étiologique et que l'on réunit sous le nom de stomatites diphtéroïdes ou ulcéro-membraneuses.

Or, par le simple examen des préparations obtenues à l'aide de l'exsudat, il fut facile de s'assurer qu'il n'existait aucun bacille de Löffler, mais un nombre considérable de bâtonnets très longs, souvent filamenteux, quelquefois en spirale et auxquels étaient associés de très rares *cocci*. Les caractères culturaux de ce microorganisme révélèrent qu'il s'agissait d'un *oospora*, et de l'espèce décrite il y a quelques années par MM. Sauvageau et Radais sous le nom d'*O. Doriæ*.

Ce cas serait le premier exemple de stomatite oosporienne observé chez l'homme; mais il paraît probable à M. Trambusti qu'un certain nombre de faits de stomatite, voire de noma, dans lesquels on a rencontré des spirochètes indéterminés, sont imputables au même agent pathogène. (*Arch. de méd. des enfants*, février 1901.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Mode d'emploi de la quinine dans le cancer.

L'année dernière, M. le docteur Jaboulay, chirurgien des hôpitaux de Lyon, a fait connaître les bons résultats qu'il a obtenus chez 3 femmes atteintes de tumeurs malignes inopérables au moyen d'injections hypodermiques de quinine (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 206), et ce mode de traitement vient encore de faire l'objet d'une discussion au cours de la dernière séance de la Société de chirurgie de Paris, à propos d'une malade présentée par M. Launois (Voir plus haut, p. 68). Or, il est bon de faire remarquer que, depuis ses premiers essais, M. Jaboulay a eu l'occasion de constater que la quinine, administrée par la bouche à la dose quotidienne de 1 gramme, produit sur les

lésions cancéreuses les mêmes effets qu'en injection sous-cutanée. Aussi notre confrère n'a-t-il plus recours à la voie hypodermique — qui expose à des abcès et à de la fièvre — que dans les cas où le médicament n'est pas supporté par le tube digestif. Pour éviter les phénomènes d'intolérance, M. Jaboulay fait d'habitude suspendre deux jours par semaine la médication quinique en la remplaçant par la liqueur de Fowler. Parfois le traitement peut être suivi sans aucune interruption et sans qu'il en résulte pourtant le moindre inconvénient. On doit, toutefois, s'abstenir d'employer le cacodylate de quinine, notre confrère ayant pu s'assurer que ce produit est caustique.

M. Jaboulay a aussi essayé d'administrer la quinine en injections vaginales ou rectales. Mais le rectum ne tolère guère cette substance ; quant à la voie vaginale, elle ne peut pas être longtemps utilisée à cet effet. Par contre, l'usage externe de quinine sous forme d'une pommade à 10 % appliquée sur les ulcérations cancéreuses rend d'excellents services en exerçant une action antiseptique des plus marquées.

Un nouveau procédé de traitement de l'anthrax.

M. le docteur A. Sacchetti (de Naples) vient de faire connaître un procédé opératoire qui lui a été suggéré par M. le docteur G. Caccioppoli, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Naples, et qui a donné entre les mains de nos deux confrères d'excellents résultats dans plusieurs cas graves d'anthrax avec lésions très étendues. Voici en quoi consiste cette intervention :

Après avoir anesthésié le malade, on commence par pratiquer sur les parties atteintes une incision cruciforme en ayant soin d'arriver, tant en profondeur qu'en longueur, jusqu'aux tissus sains. Puis on insinue la lame d'un fort bistouri à la base de l'un des quatre triangles délimités par les deux branches de la croix et on dissèque par transfixion tout le lambeau triangulaire en allant de la périphérie vers le centre et en maintenant toujours le bistouri profondément dans les tissus. La dissection une fois terminée, on renverse le lambeau et on procède de la même manière pour le triangle voisin. Finalement, les quatre lambeaux ayant été ainsi traités, le champ opératoire rappelle par son aspect une enveloppe de lettre dont on aurait décollé et soulevé les quatre coins. Cette dissection donne lieu à une abondante hémorrhagie en nappe dont on se rend, du reste, facilement maître en comprimant la plaie au moyen de gaze imbibée d'eau stérilisée très chaude. Après avoir assuré l'hémostase, on dispose sur toute l'étendue de la plaie une série de tampons cylindriques d'ouate imprégnés d'une solution de perchlorure de fer, sur lesquels on rabat les lambeaux dont chacun doit être séparé par une couche de coton et d'avec ses voisins et d'avec le fond de la plaie. Un pansement compressif à la gaze aseptique vient compléter la petite opération.

Sous l'influence de ce traitement, la température s'abaisse rapidement, en même temps que les douleurs disparaissent et que l'état général subit une amélioration considérable. Au bout d'une dizaine de jours, l'eschare se laisse détacher d'une seule pièce, mettant à nu une surface bourgeonnante, complètement détergée. On rabat alors les lambeaux sur la plaie en les fixant au moyen de deux bandelettes de sparadrap et d'un pansement approprié. L'adhésion ne tarde pas à s'établir et on obtient ainsi une cicatrice très régulière et peu marquée, tandis qu'après une ou plusieurs incisions simples il n'est pas rare de voir l'élimination de l'eschare laisser une perte de substance à bords amincis, irréguliers et décollés, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation.

Les bons effets du procédé en question s'expliquent par ce fait que la dissection des lambeaux supprime toutes les voies de communication lymphatiques et veineuses — superficielles aussi bien que profondes — entre la partie centrale du foyer morbide et les tissus sains, et que l'action antiseptique et caustique du perchlorure de fer, employé en grande quantité (150 grammes à la fois), peut s'exercer largement sur les tissus gangrenés, donnant lieu à la formation d'une eschare sèche, peu favorable à la pullulation des microbes pyogènes.

La santonine contre les douleurs fulgurantes des tabétiques.

Partant de ce fait que la santonine, introduite dans l'organisme par la voie gastrique, exerce une action particulière sur la rétine, M. le docteur G. Negro, privatdocent des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Turin, s'est demandé si cette substance ne serait pas susceptible d'influencer aussi les appareils de sensibilité générale. Cette supposition s'est trouvée pleinement vérifiée chez un tabétique auquel notre confrère a fait prendre de la santonine pour combattre des crises douloureuses. Depuis lors, M. Negro a eu recours à cette médication dans un grand nombre de cas de tabes et elle lui a toujours donné des résultats plus satisfaisants que les analgésiques habituellement utilisés en pareille occurrence. Pour ce qui est du mode d'emploi de la santonine, notre confrère ne dépasse jamais la dose de 0 gr. 15 centigrammes par jour, prise en trois fois à trois heures d'intervalle. Cette dose suffit généralement à faire cesser les douleurs fulgurantes et à amener pendant quelques jours une accalmie complète.

Un procédé de cure radicale des varices et de la phlébite variqueuse des membres inférieurs.

Dans le but d'empêcher les récidives qui se produisent parfois après l'ablation partielle de veines dilatées, M. le docteur Demars (de Paris) a été amené à modifier la résection veineuse, telle qu'on la pratique habituellement, en la transformant en ablation totale de la saphène interne avec ligature et résection partielle de la veine saphène externe. Voici quelle est la technique de cette *opération complétée :*

Le malade étant anesthésié et le membre soigneusement rasé et lavé, on mène une incision qui commence à quatre travers de doigt audessous du pli de l'aine, sur la face interne de la cuisse, suit le trajet de la saphène interne, contourne en arrière le condyle interne du fémur et se continue à la jambe sur la partie médiane du tibia pour se terminer en avant de la malléole interne. Chemin faisant, on sectionne les anastomoses entre deux pinces à forcipressure; puis on résèque la veine, après avoir placé sur elle deux pinces au niveau du point initial de l'incision et deux autres pinces à l'extrémité opposée de la plaie. On recherche alors l'anastomose avec la veine tibiale antérieure, qui se trouve en général près de l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la jambe, et on y laisse une pince. Si les varices sont plus profondes, on les poursuit en incisant l'aponévrose superficielle. On applique ensuite des ligatures au catgut sur tous les vaisseaux pincés et on procède au grattage de l'ulcère variqueux jusqu'à l'aponévrose jambière au moyen de la curette tranchante, en même temps qu'on résèque les bords indurés de l'ulcération jusqu'à ce qu'on arrive sur la peau saignante. Avant et après le grattage, on pratique une désinfection soigneuse avec une solution phéniquée à 5 %. On termine la première partie de l'opération par la suture de la peau au crin de Florence, après avoir épongé avec soin toute la plaie et s'être assuré qu'il n'y a pas de suintement veineux.

Cela fait, on complète l'intervention par la résection de la saphène externe. Une incision oblique de 4 à 5 centimètres est menée sur la partie moyenne de la jambe, de façon que le milieu de la plaie corresponde à l'intersection des deux jumeaux, facilement perceptible à la palpation, et à peu près à l'union du tiers supérieur de la jambe avec son tiers moyen. On recherche alors la veine saphène externe et on en extirpe un fragment de 2 à 3 centimètres, après ligature entre deux pinces. La peau est suturée par quatre ou cinq crins de Florence et un pansement ouaté est appliqué sur toute l'extrémité inférieure de manière à pouvoir exercer une compression énergique. Le membre est ensuite élevé sur un coussin et maintenu immobile.

Les fils sont enlevés au bout de huit à quinze jours, à moins qu'il ne s'agisse d'un sujet à peau amincie, chez lequel il serait prudent de les retirer vers le sixième jour pour éviter qu'ils ne sectionnent les téguments.

Depuis 1894, époque à laquelle notre confrère a commencé à pratiquer la cure radicale des varices suivant ce procédé, il a eu l'occasion de l'appliquer dans 23 cas, sans observer une seule récidive, même chez les individus opérés depuis six ans.

De plus, M. Demars a eu recours avec succès à la même opération dans un cas de phlébite variqueuse superficielle du membre inférieur, et il estime que, d'une façon générale, la cure radicale de cette affection considérée jusqu'ici comme ressortissant au domaine purement médical peut être menée à bonne fin, pourvu qu'on ait soin d'appliquer une ligature sur la veine saphène interne, au niveau de son embouchure dans la veine fémorale, pour qu'aucun débris de caillot ne puisse, pendant les manœuvres opératoires, être entraîné dans le torrent circulatoire.

Traitement de la mort apparente du nouveau-né.

Parmi les nombreux moyens de remédier à la mort apparente du nouveau-né, il en est un très simple qui consiste à plonger l'enfant dans un bain chaud. D'après un médecin américain, M. le docteur D. Lichty (de Rockford), cette manœuvre, telle qu'on la pratique habituellement, serait tout à fait irrationnelle. Notre confrère estime que, dans la plupart des cas, l'asphyxie du nouveau-né est déterminée par la compression de l'occiput pendant le dégagement de la tête et par l'anémie cérébrale qui en résulte. Cela étant, au lieu d'immerger dans le bain seulement les membres inférieurs de l'enfant et de maintenir la tête et le corps au dehors, comme on le fait d'habitude, il faudrait au contraire plonger dans l'eau chaude tout l'occiput (en ayant soin, bien entendu, de protéger à l'aide de la main la bouche et les narines) pendant qu'on tient élevés les pieds et le tronc. Puis on soulève la partie moyenne du tronc avec deux doigts de la main gauche et un aide laisse tomber sur la région épigastrique un filet d'eau froide. Sous l'influence de cette manœuvre, répétée toutes les dix à quinze secondes et associée, le cas échéant, à la traction de la langue, la respiration ne tarderait pas à s'établir.

Cocaïnisation de la moelle comme moyen de traitement de la névralgie sciatique.

Il y a quelques mois, un médecin italien, M. le docteur U. Manega, chirurgien en chef de l'hôpital civil d'Osimo, a publié un cas d'hémiplégie avec douleurs intenses dans le membre inférieur paralysé, où une injection intra-rachidienne de 0 gr. 015 milligr. de cocaïne a eu pour résultat de faire disparaître d'une manière définitive toute sensation douloureuse. Ayant pris connaissance de ce fait, M. le docteur F. Pullé, médecin de l'hôpital Ceccarini à Riccione, a eu l'idée d'utiliser la cocaïnisation médullaire dans un cas de névralgie sciatique, pour lequel les moyens usuels de traitement (pulvérisations d'éther, vésicatoires répétés) étaient restés absolument sans effet. Notre confrère injecta, suivant la technique habituelle du procédé de Bier, 0 c.c. 75 d'une solution de cocaïne à 2 %, et les douleurs, qui avaient été assez intenses pour obliger le malade à garder constamment le lit, ne tardèrent pas à disparaître d'une façon complète.

A propos du traitement des dermatoses parasitaires par l'essence de térébenthine.

En signalant, dans notre dernier numéro, l'emploi de l'essence de térébenthine contre le pityriasis versicolor et la teigne tondante (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 64), nous avons voulu seulement attirer l'attention du praticien sur la valeur de ce remède dans le traitement des *dermatoses parasitaires en général*, ainsi que cela ressort et du titre même de la note thérapeutique en question et des quelques lignes dont nous avons fait suivre l'exposé de la pratique de M. le docteur Leven. Notre intention, pas plus d'ailleurs que celle du médecin allemand, n'était point de signaler une méthode nouvelle, mais d'indiquer la portée générale d'un moyen de traitement qui n'est pas encore entré dans la thérapeutique courante des dermatomycoses, bien qu'il eût déjà été employé — notamment en 1891 par MM. les docteurs Vaillard et Vincent (médecins militaires français) contre la pelade, et par M. le docteur J. Héricourt (de Paris) contre la trichophytie et le pityriasis versicolor — sous forme de frictions il est vrai, et non pas d'applications pures et simples, telles que les pratique M. Leven dans les cas d'herpes tonsurans.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Tenon. — M. Ch. Achard.

Vomissements graves de la grossesse.

Les hasards du recrutement hospitalier ont amené récemment dans nos salles trois femmes atteintes de vomissements gravidiques. C'est là un accident d'une extrême fréquence au cours de la grossesse et qui, dans la plupart des cas, ne mérite pas l'intervention du médecin. Survenant d'habitude le matin ou aussitôt après les repas, ces vomissements sont souvent fort bien tolérés et ne mettent aucun obstacle sérieux à l'alimentation de la femme enceinte. Par contre, il est des faits, heureusement assez rares, où, par leur persistance et leur répétition incessante, ils deviennent une des complications les plus dangereuses de l'état gravidique, susceptible d'amener la mort et obligeant même l'accoucheur à mettre un terme prématuré à la grossesse. Aussi a-t-on coutume, et avec raison, d'opposer aux vomissements dits *simples* ces vomissements *incoercibles*.

Toutefois, il faut bien l'avouer, cette distinction, qui a le mérite incontestable de mettre nettement en relief les cas extrêmes, offre quelque chose d'un peu artificiel, car on peut voir des vomissements, qui paraissent tout d'abord simples, augmenter peu à peu d'intensité et devenir véritablement incoercibles. Les auteurs classiques sont d'accord sur ce point. Il existe, en somme, en ce qui concerne cette complication de la grossesse, toute une échelle de gravité : entre les vomissements légers, bénins, et les vomissements incoercibles, il y a place pour un état intermédiaire, dans lequel les vomissements méritent déjà le nom de graves, parce qu'ils compromettent la santé générale, qu'ils gênent l'alimentation, produisent de l'amaigrissement et deviennent inquiétants par leur tendance manifeste à se répéter. C'est justement dans ce groupe intermédiaire que se rangent les observations que nous étudierons plus loin.

Sous quelle influence se produit l'aggravation si redoutable de vomissements en apparence bénins ? Quelles sont les causes des vomissements incoercibles de la grossesse ? On a beaucoup discuté sur cette question et l'on n'est pas encore bien fixé sur la réponse qu'elle comporte.

Tout vomissement suppose l'intervention d'un centre nerveux, situé dans le bulbe, et dont l'entrée en action provoque les contractions musculaires aboutissant au rejet du contenu gastrique. Cette mise en jeu du centre du vomissement relève de deux mécanismes : tantôt elle est déterminée directement par une excitation locale, en cas de lésion des centres nerveux, par exemple, ou par la présence dans le sang de substances toxiques dites émétisantes; tantôt elle a lieu indirectement, au moyen d'une excitation transmise par les nerfs sensitifs et dérivant d'une origine plus ou moins lointaine, soit de l'estomac, soit de tout autre organe.

On pourrait se demander si dans la grossesse les vomissements ne seraient pas dus à une sorte d'auto-intoxication gravidique, ce qui les rattacherait à une origine centrale et à un mécanisme direct. Mais on est généralement porté à les attribuer à une excitation réflexe dont le point de départ serait l'utérus déplacé ou altéré, ou encore les organes voisins, comprimés ou irrités par l'utérus gravide.

Cependant il faut bien reconnaître que cette explication, le plus souvent, reste quelque peu vague et incertaine. L'excitation périphérique, utérine ou péri-utérine, paraît bien légère et hors de proportion avec les effets qui lui sont imputés. De plus, si certaines interventions sur l'utérus font parfois cesser les vomissements, il est, par contre, des cas — et les faits que nous allons étudier dans un instant vont précisément nous en fournir de nouveaux exemples — où ce résultat est obtenu par un traitement dont l'action s'exerce ailleurs que sur la sphère génitale. Aussi est-il nécessaire, à notre sens, de faire intervenir un autre facteur que l'excitation de la zone utérine et d'admettre une excitabilité toute particulière du centre du vomissement.

Déjà dans l'état physiologique il y a des différences considérables dans la facilité plus ou moins grande avec laquelle réagit ce centre sous l'influence des provocations d'ordre toxique ou mécanique. C'est un fait de notion courante que certains individus vomissent facilement, d'autres difficilement. On conçoit donc que l'état pathologique ou des modifications spéciales de l'état physiologique, comme celles qu'engendre la grossesse, puissent exercer une influence sur l'excitabilité du centre en question.

Et ce que nous disons ici du vomissement s'applique également bien à d'autres actes morbides où intervient l'excitation d'un centre moteur. Les convulsions, par exemple, se produisent plus aisément chez certains sujets que chez d'autres : il existe, sous ce rapport, une véritable prédisposition aux convulsions, qu'on a désignée sous les noms de spasmophilie (Féré) ou d'aptitude convulsive (Joffroy) et que démontrent à la fois l'observation clinique et l'expérimentation (1).

Mais si l'on admet cette aptitude vomitive, due à une excitabilité centrale particulière, il reste toujours nécessaire, bien entendu, d'admettre qu'elle est sollicitée par quelque chose. Si excitable que soit le centre nerveux, encore doit-il, pour entrer en action, recevoir une excitation.

Nous sommes donc conduits à penser que les vomissements de la grossesse résultent d'un concours de causes dont les unes déterminent l'excitabilité excessive du centre du vomissement et les autres une excitation particulière susceptible de retentir sur ce centre par voie réflexe. Le point de départ de cette excitation provocatrice est, d'ailleurs, variable et nullement confiné à l'utérus et aux organes voisins; l'estomac, notamment, peut en être le siège.

Si cette manière de voir est exacte, on en peut inférer que les vomissements gravidiques ne relèvent pas tous d'une pathogénie univoque. Il faudra distinguer dans les divers cas les conditions qui les déterminent et, par suite, appliquer à leur thérapeutique des moyens nécessairement différents.

Or, c'est bien ce qui ressort des observations suivantes.

Notre première malade est une femme de vingt-six ans, enceinte de trois mois, et qui, depuis six semaines, a des vomissements qui vont en s'aggravant. C'est sa quatrième grossesse et, à chacune des trois premières, elle a éprouvé déjà des vomissements qui débutaient vers la cinquième ou la sixième semaine : toutes ces gestations se sont terminées prématurément par des avortements spontanés, à six ou sept mois, suivis d'hémorrhagies abondantes. Mais, hâtons-nous de le dire, l'interruption de ces grossesses ne semble pas due aux vomissements. Nous n'avons aucun renseignement ni aucun indice sur la possibilité d'une syphilis, à laquelle il faut toujours songer en pareille circonstance pour expliquer la répétition de ces fausses couches. La malade présente bien un souffle systolique, léger, à la pointe du cœur, dû à une endocardite rhumatismale; mais cette lésion cardiaque est fort bien tolérée, elle n'a jamais entraîné d'accidents, et l'interruption de trois grossesses successives lui serait difficilement imputable. Fait important, sur lequel nous aurons à revenir, cette femme est extrêmement nerveuse. Elle a depuis l'âge de vingt et un ans des crises d'hystérie et présente des stigmates évidents de la névrose : zones d'hyperesthésie ovarienne et épigastrique, anesthésie pharyngée, rétrécissement du champ visuel. Elle offre même, à l'état fruste, le syndrome basedowien, car les yeux sont un peu saillants et brillants, il y a des palpitations fréquentes, un léger tremblement vibratoire des mains, et le corps thyroïde, sans former de saillie visible, est du moins très perceptible à la palpation.

Les vomissements pour lesquels la malade vient réclamer nos soins s'accompagnent de douleurs gastriques, survenant surtout à la suite des repas, une demi-heure environ après l'ingestion des aliments. En dehors des vomissements, il y a souvent du pyrosis. Depuis quelques jours, les vomissements augmentent de fréquence, à tel point que toute ingestion alimentaire est suivie de douleurs vives et de rejet. La patiente en est arrivée à ne plus rien garder, pas même le lait. Elle est pâle, elle perd ses forces et maigrit. Elle a essayé, tant dans ses grossesses antérieures que dans la présente, divers médicaments : eau chloroformée, éther, cocaïne, codéine, sans aucun soulagement.

Me fondant sur le caractère des douleurs gastriques, sur leur apparition peu après l'ingestion alimentaire, je pensai qu'il s'agissait peut-être là de phénomènes d'hyperchlorhydrie et j'instituai le traitement par les alcalins à hautes doses.

Je prescrivis à la malade un mélange de bicarbonate de soude et de magnésie à parties égales, à prendre par cuillerées à café toutes les fois que surviendraient les douleurs (1). En même temps, j'interdis toute alimentation solide, dont cette femme n'avait, d'ailleurs, nulle envie en raison des douleurs qu'elle en ressentait; on lui donna seulement du lait et de la tisane. Le jour même, les douleurs et les vomissements diminuèrent. L'amélioration s'accentua les jours suivants, et rapidement la malade put garder tout ce qu'elle prenait et ingérer sans souffrir ni vomir de la viande et des légumes. Elle n'avait plus, quand elle quitta le service au bout de huit jours, que quelques rejets pituiteux le matin à jeun.

Rentrée chez elle, elle continua la médication alcaline et s'alimenta sans difficultés. Mais, ce qui nous paraît bien montrer que les vomissements n'étaient pas la cause des avortements antérieurs, c'est que, malgré tout, il n'en survint pas moins une fausse couche vers le milieu du cinquième mois, au lendemain d'une attaque d'hystérie provoquée par une discussion vive.

En somme, chez cette femme manifestement hystérique, les vomissements gravidiques avaient apparu avec le cortège des symptômes d'hyperchlorhydrie et disparu par le traitement de cette affection.

Dans les deux cas suivants, nous allons retrouver également un terrain névropathique, mais sans l'influence de l'hyperchlorhydrie.

La seconde malade, âgée de vingt ans, enceinte pour la première fois et dont la grossesse date de trois mois et demi, éprouve une douleur localisée à la région épigastrique. Cette douleur n'est pas accrue par la pression; elle est peu intense mais continue, avec des redoublements occasionnés par l'ingestion des aliments; il n'y a pas de pyrosis. Les vomissements ont débuté depuis trois semaines et augmenté peu à peu de fréquence. Actuellement, l'intolérance gastrique est absolue; la patiente rejette des matières alimentaires et bilieuses. Elle vomit, d'ailleurs, aussi bien à jeun qu'après avoir pris quelque aliment ou quelque boisson ;

(1) C. Féré. Les épilepsies et les épileptiques, p. 239. Paris, 1890.
A. Joffroy. De l'aptitude convulsive. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 11 fév. 1900.) — De l'épilepsie et des convulsions dans l'expérimentation animale. (*Rev. neurol.*, 1900, p. 163.)

(1) Depuis que ces lignes ont été écrites, j'ai eu connaissance d'un travail de M. le docteur Monin (de Lyon) qui préconise l'usage du bicarbonate de soude contre les vomissements gravidiques. (*Semaine Médicale*, 1901, p. 40.)

elle ne peut garder qu'un peu de lait, en très petite quantité.

Avant sa grossesse, elle a toujours été bien portante. Elle ne présente aucun signe d'affection organique. Elle est seulement fort nerveuse, bien qu'on ne puisse constater chez elle d'autre stigmate hystérique qu'une anesthésie pharyngée. Elle est pâle, elle maigrit. Son pouls est fréquent (110), sa température normale.

Il n'existait donc ici aucun signe d'hyperchlorhydrie. Aussi le traitement alcalin, essayé pendant vingt-quatre heures, ne produisit-il pas d'effet. L'eau chloroformée et l'orthoforme n'eurent pas plus de succès. Je pratiquai alors le lavage de l'estomac, que je répétai quotidiennement. Les premiers jours, un peu d'amélioration fut obtenu; puis, progressivement, les vomissements s'espacèrent, l'alimentation redevint possible. On fit en tout 14 lavages. Cette femme reprit ses forces et ses couleurs, les vomissements cessèrent tout à fait. En trois semaines, elle engraissa de 5 kilos; un mois après sa sortie, elle avait encore augmenté de 3 kilos et la grossesse, actuellement dans son huitième mois, poursuit son cours normal.

Le cas de la troisième malade se rapproche beaucoup du précédent. Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, enceinte pour la troisième fois et parvenue au milieu du cinquième mois de sa grossesse. Les vomissements ont fait leur apparition dès le début; d'abord rares et peu abondants, ils ont augmenté progressivement de fréquence; au lieu de survenir seulement le matin, ils se sont répétés dans la journée; ils sont devenus continuels et suivent aussitôt toute ingestion alimentaire; le lait n'est même plus toléré. La patiente maigrit, elle a la langue chargée, la bouche sèche et présente des alternatives de diarrhée et de constipation. L'estomac donne un peu de clapotage au palper; il n'est pas douloureux à la pression. Les matières vomies, outre les aliments, consistent en bile et en mucosités.

C'est la première fois que ces vomissements surviennent et les autres grossesses se sont passées d'une façon régulière. La malade est d'un caractère nerveux; elle a de l'anesthésie pharyngée, sans autre stigmate hystérique.

Comme dans le cas précédent, il n'existe pas de symptômes nets d'hyperchlorhydrie. Le traitement alcalin, essayé pendant quelques jours, se montra d'ailleurs inefficace. Aussi le lavage de l'estomac fut-il pratiqué; un soulagement appréciable se montra à la suite; répété dès lors quotidiennement, il amena la cessation des vomissements, et permit à la malade de s'alimenter de nouveau et de quitter l'hôpital au bout de dix jours. Je viens de la revoir au septième mois de sa grossesse; les vomissements n'ont pas reparu; le poids s'est accru de 3 kilos 500 gr.

Chez les trois femmes dont nous venons de rapporter l'histoire, il y a lieu de signaler un caractère commun : l'élément névropathique. On le retrouve, du reste, dans un assez grand nombre d'observations de vomissements incoercibles de la grossesse. Dès lors, ne peut-on se demander s'il ne s'agit pas de vomissements hystériques ?

On connaît, en effet, parmi les accidents si variés de l'hystérie, des vomissements qui affectent diverses modalités, et qui présentent précisément la même échelle de gravité que ceux de la grossesse.

On a fait remarquer fort justement que les vomissements gravidiques cessent assez fréquemment sous des influences purement nerveuses, comme nombre de manifestations hystériques. C'est ainsi qu'une émotion vive, une distraction, un voyage, la satisfaction d'un désir ou même d'un caprice alimentaire ont suffi parfois à les supprimer. On a signalé des faits où l'hypnotisme a pu être pratiqué et amener leur disparition (1). Aussi certains auteurs, notamment Kaltenbach et Ahlfeld, n'ont-ils pas hésité à les rattacher à l'hystérie.

Si nous admettons que le système nerveux joue un rôle très important dans les vomissements de la grossesse et que l'hystérie est en cause dans bien des cas, cela ne veut pas dire, comme je vous l'ai déjà fait remarquer tantôt, qu'il faille refuser toute action à quelques autres facteurs. Il me paraît incontestable que l'état de l'estomac n'est pas à négliger. On a quelquefois — d'une manière exceptionnelle, il est vrai — trouvé à l'autopsie de femmes qui avaient succombé aux vomissements gravidiques des lésions macroscopiques de l'estomac. Sans aller jusqu'à de grosses altérations, il est fort possible que divers désordres des fonctions gastriques soient la cause occasionnelle qui provoque, en quelque sorte, le déclanchement des centres nerveux hyperexcitables.

Même dans les vomissements liés aux lésions organiques du système nerveux, comme dans les crises gastriques du tabes, je ne crois pas qu'on puisse toujours dénier toute influence à l'état de l'estomac. Le rôle des troubles gastriques, en pareille occurrence, est sans doute à l'arrière-plan, mais il offre néanmoins quelque intérêt pour la thérapeutique; car, dans une affection aussi pénible et aussi rebelle au traitement, le médecin n'a le droit de négliger aucune ressource. J'ai observé, étant interne à Bicêtre, dans le service de mon maître le professeur Joffroy, des ataxiques sujets à des crises gastriques intenses et répétées, qui virent ces accidents s'atténuer et s'espacer lorsqu'on les eut mis au régime lacté. Dans les vomissements graves de la grossesse, où ce rôle de l'estomac n'est peut-être pas aussi effacé, la thérapeutique a le devoir de ne pas le tenir à l'écart. Toujours est-il que les symptômes d'hyperchlorhydrie de notre première malade et la suppression des vomissements par le traitement de cette affection plaident en faveur de cette manière de voir. Peut-être dans quelques cas la gastrite alcoolique intervient-elle aussi d'une façon analogue : ce serait une nouvelle raison pour le médecin de s'élever contre un préjugé populaire et de proscrire chez la femme enceinte l'alcool, dont on connaît, sous d'autres rapports, les dangers pour le produit de la conception.

Enfin, l'existence de cet élément gastrique commande d'éviter l'emploi d'une série de médicaments qui pourraient l'accroître. On a une tendance bien naturelle, pour essayer de calmer les vomissements, à donner, parfois à doses assez élevées, l'eau chloroformée, l'éther, les bromures, toutes substances qui risquent d'augmenter l'irritation gastrique. Il sera prudent de renoncer à leur usage dès qu'on aura constaté leur inefficacité.

Le lavage de l'estomac, qui a réussi chez deux de nos malades, n'a pas, du moins, cet effet irritant. Il agit, au contraire, comme une sorte d'hydrothérapie locale et modifie sans doute l'hyperexcitabilité sensitive de la muqueuse gastrique. Au moment des premiers lavages, il se produisait, chez nos patientes, des contractions très vives de l'estomac : à peine un peu de liquide était-il parvenu dans le viscère, qu'il était expulsé, à côté de la sonde, par de violents efforts. Puis, progressivement, à mesure que le lavage se prolongeait, l'estomac devenait plus tolérant et conservait une plus grande quantité de liquide, comme si la sensibilité se fût émoussée ou la contractilité épuisée.

Peut-être encore le lavage doit-il une partie de ses heureux effets à une action suggestive. Cette hypothèse se concilie parfaitement avec l'opinion que nous avons émise plus haut relativement au rôle fort important de l'élément névropathique.

Et, d'ailleurs, on ne doit jamais négliger en pareil cas ce qu'on appelle le traitement moral. Le médecin devra s'appliquer à gagner la confiance de la malade, afin de la rassurer sur les accidents qu'elle éprouve, et faire comprendre en même temps à son entourage la nécessité d'adopter une conduite qui réalise pour elle les meilleures conditions d'hygiène psychique.

(1) E. Luez. Traitement des vomissements de la grossesse, bénins et graves, reconnus d'origine nerveuse. (*Thèse de Paris,* 1893.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Valeur de la présence du bacille filiforme dans l'estomac pour le diagnostic précoce du cancer de cet organe.

Avec les aliments et les boissons, de provenance et d'apprêts si variés, avec la salive avalée continuellement, des microorganismes de toute espèce pénètrent dans l'estomac. Malgré le grand nombre d'auteurs qui l'ont étudiée, cette flore de l'estomac normal n'est encore qu'imparfaitement connue.

Longtemps, on a cru que les levures qui se trouvent en masse dans certains cas de stase gastrique prolongée n'habitent pas l'estomac intact dans sa motilité et dans son chimisme. Il nous faut modifier cette opinion, car tous ceux qui se sont occupés de la question ont vu que l'ensemencement du contenu d'un estomac sain révèle, la plupart du temps, la présence de levures que l'on ne peut constater dans les préparations faites directement avec le contenu gastrique. Il en est de même des sarcines, qui, récemment encore, étaient considérées comme un indice certain de graves altérations du mécanisme ou du chimisme stomacal. Il y a trois ans, j'ai montré (1) que cette valeur diagnostique ne peut être attribuée qu'à l'existence de *nombreuses* sarcines en forme de ballot, les sarcines isolées se rencontrant aussi dans l'estomac non malade. Dans la majeure partie des cas, d'ailleurs, ces microorganismes ne peuvent être reconnus de prime abord au microscope, car, à l'état normal, ils ne prennent généralement pas la forme cubique, mais se trouvent sous forme de *cocci* isolés.

Je ne puis parler en détail des nombreuses autres espèces de bactéries, plus ou moins bien définies, dont la présence a été établie dans l'estomac sain. Il est pourtant permis de dire qu'elles ne diffèrent pas spécifiquement de celles que l'on rencontre dans de nombreuses affections gastriques où s'établissent de vraies fermentations, et que l'examen bactériologique du suc gastrique, pratiqué systématiquement, fait voir qu'il n'y a d'autre différence, au point de vue des microbes, entre l'estomac malade et l'estomac normal, qu'une différence de quantité.

Cette observation concorde parfaitement, du reste, avec ce qu'on sait sur l'origine des fermentations stomacales, puisque celles-ci sont dues à la multiplication des germes habituels de l'estomac, multiplication rendue possible par des troubles de la motilité ou du chimisme de l'organe, ou bien encore par une nutrition mal comprise. Je ne puis que rappeler l'opinion émise par Minkowski (2) dès 1888 : « Il y a lieu de parler de fermentation stomacale quand les masses ingérées contiennent, au moment où la digestion bat son plein, dans chaque champ visuel de nombreux germes. » Il me suffira de compléter cette définition en y ajoutant ces mots : quelle que soit la nature de ces germes.

L'importance étiologique et symptomatologique de ces fermentations, considérées au début comme de simples conséquences plus ou moins inoffensives de la faiblesse mécanique de l'estomac, a été prouvée en premier lieu, il y a près de vingt ans, par Naunyn (3), qui

(1) Ehret. Ueber das Verhältniss der Sarcinen zu den Magengärungen. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1897, II, 5, p. 744.) — Ueber die diagnostische Bedeutung der Magengärungen. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1898, III, 5, p. 579.)

(2) Minkowski. Ueber die Gärungen im Magen, *in* Mitteilungen aus der medicinischen Klinik zu Königsberg. Leipzig, 1888.

(3) Naunyn. Ueber das Verhältniss der Magengärungen zur mechanischen Mageninsufficienz. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1882, XXXI, p. 225.)

a montré que si, bien souvent, les fermentations s'établissent à la suite d'une insuffisance mécanique de l'estomac, elles sont parfois aussi les causes de cette insuffisance. Mais ce n'est que dans les dernières années que les faits en question ont enfin été étudiés comme ils le méritent. Depuis que les composés qui résultent de ces fermentations ont été déterminés (acides butyrique, acétique, lactique, alcool, différents gaz, etc.), il est devenu de plus en plus évident que l'apparition de fermentations dans un estomac mécaniquement insuffisant ne peut que contribuer à altérer encore plus les fonctions mécaniques et chimiques de l'organe. Il est, en outre, un fait acquis, c'est qu'une partie de ces dérangements passagers de l'estomac appelés « indigestions » sont la conséquence de fermentations aiguës et éphémères.

Ce n'est pourtant pas à ce point de vue que je voudrais parler aujourd'hui des fermentations stomacales. Il me semble plus important d'examiner leur importance au point de vue du diagnostic, spécialement en ce qui concerne le cancer au début.

I

Parmi les microorganismes trouvés jusqu'à présent dans l'estomac en cas de fermentations pathologiques, il en est un qui doit particulièrement nous arrêter. Tous les observateurs qui ont examiné le contenu d'un certain nombre d'estomacs cancéreux ont, sans doute, remarqué un bacille grêle et très long, filiforme, formant parfois de vrais enchevêtrements au point d'occuper la plus grande partie des champs microscopiques, et montrant de vraies ramifications. On dirait des aiguilles très fines, s'entrecroisant en tous sens dans le désordre le plus absolu. A côté de ces bacilles, on observe parfois des levures, plus rarement des sarcines, le plus souvent d'autres bacilles, les uns plus courts, les autres aussi longs mais plus larges, et de nombreux microcoques. A moins qu'on ne veuille conserver au microbe que j'ai en vue le nom de « Fadenbacill » employé généralement en Allemagne pour le désigner, il me semble que la dénomination de *bacille filiforme* lui conviendrait parfaitement.

Le bacille filiforme a été décrit tout d'abord par Boas (1), qui en signala la présence dans des estomacs généralement cancéreux. Son élève Oppler (2) a confirmé ses observations, mais sans pouvoir arriver à isoler et à cultiver le bacille en question. Schlesinger et Kaufmann (3) ont été plus heureux et ont réussi à en étudier, par la culture après isolement, les conditions de développement. Ils lui attribuent le pouvoir de former de l'acide lactique, et, d'après eux, cet acide, que l'on trouve si souvent dans les estomacs cancéreux, doit être considéré comme produit par le bacille filiforme.

L'agar-agar contenant 1 % de glycose est le milieu le plus favorable au développement de ce microbe. Les colonies ne deviennent visibles que le second jour, et n'atteignent que les dimensions d'une tête d'épingle. Elles sont d'une couleur blanche très terne, presque diaphanes et sèches. Vues à la loupe, elles affectent la forme d'un minuscule flocon de laine. Dans le bouillon acidulé, le bacille filiforme détermine, à partir du troisième jour, un précipité assez épais et floconneux. Il ne croît pas sur la gélatine.

Tels sont les signes culturaux les plus caractéristiques de ce microorganisme. Le bacille butyrique peut donner lieu à des méprises, mais il est beaucoup moins élancé, moins long

(1) Boas. Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Leipzig, 1897-1899.

(2) Oppler. Zur Kenntnis des Mageninhalts beim Carcinoma ventriculi. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 janv. 1895.)

(3) Schlesinger et Kaufmann. Ueber einen Milchsäure bildenden Bacillus und sein Vorkommen im Magensaft. (*Wien. klin. Rundschau,* 14 avril 1895.)

et ne forme jamais de fils. Le bacille géniculé de de Bary (1), poussant très bien sur la gélatine, se distingue par cela même du bacille filiforme.

La culture de ce dernier n'est pas toujours facile, à cause de la présence, à ses côtés, d'un grand nombre d'autres germes se développant beaucoup plus vite que lui. Disons tout de suite qu'il n'est pas nécessaire de recourir aux cultures pour tirer parti, en clinique, de l'observation de ce bacille. Ainsi que nous allons le voir, le simple examen microscopique du contenu de l'estomac suffit : c'est même le *seul* moyen permettant de porter un jugement.

II

Le bacille filiforme me semble, en effet, appelé à rendre de grands services pour le diagnostic si important et si difficile du cancer de l'estomac à ses débuts, alors que l'absence de tumeur et de modifications de l'état général n'autorise pas une opinion assez ferme pour qu'on puisse tenter l'opération. Voilà les faits sur lesquels se base ma conviction.

Contrairement aux autres microorganismes des fermentations stomacales, le bacille filiforme ne semble pas se rencontrer dans l'estomac absolument normal. Du moins, sa présence n'y est pas mentionnée par les auteurs, et, dans aucun des estomacs sains que j'ai examinés à ce sujet, je n'ai pu en démontrer l'existence, ni par le microscope, ni par l'ensemencement. Par contre, on l'observe dans un grand nombre de cas de stase gastrique. Il est rare qu'il y soit peu abondant et qu'il faille chercher pour en observer quelques exemplaires; le plus souvent, il se présente, au contraire, en quantités énormes, visibles à première vue, remplissant en entier certains champs microscopiques.

C'est uniquement cette dernière catégorie de faits, ceux où on le voit du premier coup d'œil, qu'il convient de retenir. Sur 29 malades de la clinique médicale de Strasbourg chez lesquels la présence du bacille filiforme a été établie de cette façon indubitable, il s'est agi — ainsi que la présence d'une tumeur ou de métastases, ou encore l'autopsie ou l'opération l'ont démontré — 25 fois de cancer de l'estomac.

Chez 4 patients, le diagnostic de cancer n'a pu être établi. Il n'est pourtant pas impossible que quelqu'un d'eux ait succombé par la suite à une tumeur que rien ne permettait de diagnostiquer à cette époque. Au reste, la stagnation des aliments dans l'estomac était particulièrement considérable chez ces 4 malades, soit par suite d'une sténose pylorique très avancée, soit à cause d'une atonie presque absolue, et chez 3 d'entre eux la sonde œsophagienne, introduite le matin à jeun, ramenait plus d'un litre de résidus en fermentation.

Par contre, tous les sujets ayant une stagnation minime ou peu considérable et dont l'estomac renfermait le bacille filiforme en grande quantité ont été reconnus, tôt ou tard, comme atteints de cancer. Par stagnation peu considérable, il faut entendre les cas où l'estomac ne contient plus d'aliments de la veille le matin à jeun, ou bien ne renferme qu'une cinquantaine ou une centaine de centimètres cubes de résidus.

La seule présence de bacilles filiformes très abondants suffit donc à rendre très probable le diagnostic de cancer. En tenant compte des réserves que je viens de formuler, il est certains faits où ce signe autorise à admettre l'existence d'un cancer, alors même que tous les autres symptômes font défaut.

III

De différentes observations que j'ai à ma disposition, je voudrais seulement attirer l'attention sur la suivante : une femme de quarante-neuf ans, encore bien portante six semaines auparavant, me fit appeler par son médecin habituel en juin 1898; à la suite d'une indigestion, des lourdeurs d'estomac, accompagnées de renvois aigres, avaient subsisté; chaque écart de régime était suivi de douleurs d'estomac, de ballonnement. L'état de santé était florissant, et le poids atteignait 72 kilogrammes. A part une langue légèrement blanche et un peu de douleur à la pression de la région épigastrique, tous les organes paraissaient sains. L'administration de pilules d'acide phénique (3 par jour, à 0 gr. 10 centigr.) et un régime approprié n'amenèrent aucune amélioration.

(1) W. De Bary. Beitrag zur Kenntniss der niederen Organismen im Mageninhalte. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1886, XX, 3-4, p. 243.)

Lors de ma seconde visite, une quinzaine de jours plus tard, j'introduisis la sonde œsophagienne quarante-cinq minutes environ après un premier déjeuner composé d'une tasse de thé sans lait et d'un petit pain blanc. Je retirai à peu près 30 c.c. d'une masse brunâtre où le microscope révéla la présence de graisse et de légumes verts mangés les jours précédents. L'acidité totale était de 0.035 %, l'acide chlorhydrique libre de 0.004; il y avait des traces d'acide lactique. Dans chaque préparation microscopique se trouvaient les enchevêtrements bien connus du bacille filiforme. Admettant *sur leur seule présence* le diagnostic de cancer, je m'efforçai de trouver une résistance ou une tumeur en recourant à l'insufflation de l'estomac par l'acide carbonique et à l'examen sous narcose, mais sans succès.

La famille, informée de mes craintes, rejeta toute idée d'opération. Six mois après, l'amaigrissement était déjà considérable. C'est à cette époque que le médecin traitant remarqua pour la première fois, à gauche de la ligne médiane et au-dessus de l'ombilic, une résistance qui, par la dilatation à l'acide carbonique, se déplaçait vers le bas et la droite en devenant plus diffuse. La malade mourut un an plus tard, en tout dix-neuf mois après le premier examen. Quoique l'autopsie n'ait pu être pratiquée, le diagnostic de cancer peut être considéré comme certain, étant données l'existence d'une tumeur, la cachexie, et, surtout, l'apparition d'une périomphalite cancéreuse qui se manifesta vers la fin de la vie.

Dans le courant des trois dernières années, plusieurs cas semblables ont été observés à la clinique de M. le professeur Naunyn, cas où rien ne permettait d'affirmer un néoplasme, sauf la présence de très abondants bacilles filiformes. L'opération pour deux de ces cas, l'évolution ultérieure ou l'autopsie pour les autres, ont démontré la justesse du diagnostic.

Je crois donc pouvoir résumer ce qui précède en disant que *la présence dans l'estomac du bacille filiforme en grande quantité doit toujours faire songer à la possibilité d'un cancer; quand il s'agit d'un estomac sans stagnation considérable des aliments, cette constatation suffit, à elle seule, pour qu'on puisse affirmer le diagnostic de cancer.*

L'importance de ce fait me paraît trop évidente pour qu'il soit nécessaire d'y insister plus longuement.

Dr H. Ehret,
Privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Strasbourg.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mars 1901.

Traitement de la lèpre par les injections sous-cutanées d'huile de chaulmoogra.

M. Hallopeau lit, à l'occasion d'une note de M. Tourtoulis bey sur ce sujet, un rapport dans lequel il montre que si les injections sous-cutanées d'huile de chaulmoogra exercent une action parfois très favorable sur la lèpre, cette action n'est cependant jamais assez puissante

pour enrayer les progrès de la maladie; elle ne saurait en aucun cas être comparée à celle du mercure ou de l'iodure de potassium dans la syphilis.

M. Du Castel. — J'ai traité quatre lépreux par les injections sous-cutanées d'huile de chaulmoogra à la dose de 5 grammes par jour. En général, ces injections modifient avantageusement les lésions lépreuses, surtout dans la forme ulcéro-tuberculeuse, mais elles déterminent toujours des douleurs vives et entraînent souvent la production de nodosités inflammatoires et même, quoique plus rarement, d'embolies graisseuses extrêmement graves. Je crois donc qu'on n'est autorisé à recourir à ce mode de traitement que dans les cas rebelles aux médications ordinaires; il est bon, en outre, de ne jamais pratiquer les injections au bras comme le conseille M. Tourtoulis bey, mais seulement dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse ou de la paroi abdominale.

Le lavage de l'estomac dans les gastrorrhagies.

M. Linossier (de Lyon). — Au cours des deux dernières séances, M. Lucas-Championnière a signalé les bons effets du lavage de l'estomac contre les hématémèses. J'ai moi-même eu l'occasion d'employer ce mode de traitement dans deux cas de cancer de l'estomac ayant déterminé des gastrorrhagies abondantes et répétées. Chez ces deux malades, le lavage de l'estomac a fait cesser rapidement les douleurs et les vomissements.

Une fois débarrassé de son contenu par le lavage, l'estomac se rétracte et entre dans une période de repos qui ne se réalise jamais lorsqu'il contient du sang ou des aliments. On redoute que le lavage ne provoque la rupture d'une paroi vasculaire friable ou le déplacement d'un caillot en voie de formation. Cette crainte me paraît exagérée. Les vomissements que peut déterminer l'introduction de la sonde dans l'estomac sont à coup sûr moins dangereux pour cet organe que ceux qui résultent de l'hémorrhagie, parce que le réflexe qui les provoque a pour point de départ le pharynx dans le premier cas, les parois stomacales dans le second.

M. Delagénière (du Mans) relate les observations d'un certain nombre de malades atteints de tumeur blanche suppurée du genou, qu'il a traités par la résection des tissus osseux et péri-articulaires infectés.

M. Lancereaux lit un rapport sur une note de M. Fournier (d'Angoulême), relative à un cas d'hystérie accompagnée de catalepsie, de phénomènes d'auto-suggestion, de double vue et de télépathie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 février 1901.

De l'intervention chirurgicale dans le traitement de la septicémie puerpérale.

M. Rochard. — Je suis intervenu dans 5 cas de septicémie puerpérale, et j'ai eu malheureusement 5 décès. Dans le premier fait, il existait des collections purulentes multiples; je nettoyai le petit bassin, mais je laissai l'utérus; l'opérée finit par succomber. Chez les 4 autres patientes j'enlevai la matrice (3 fois par laparotomie et 1 fois par la voie vaginale); cette intervention ne les empêcha pas davantage de succomber à l'infection. Ces insuccès ne m'autorisent pas à condamner la méthode, car je les attribue, dans ces 5 cas, à une temporisation trop longue. Je reste donc partisan de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale, mais à la condition que l'intervention soit précoce.

Au point de vue du choix de la voie opératoire, les uns préfèrent l'hystérectomie vaginale, les autres l'hystérectomie abdominale. La friabilité de l'utérus après l'accouchement crée, à mon avis, une condition défavorable pour l'opération vaginale, et je préfère la voie abdominale qui, d'autre part, permet l'examen direct des lésions.

M. Bazy. — Je ne possède que deux observations d'hystérectomies pour infection puerpérale, pratiquées l'une par la voie vaginale, l'autre par la voie abdominale; dans les deux cas l'intervention a été impuissante à arrêter les progrès de l'infection et les malades ont succombé.

M. Segond. — Je considère, comme l'a dit M. Rochard, l'hystérectomie vaginale après l'accouchement comme extrêmement difficile, et comme contre-indiquée à cause de la friabilité toute spéciale de l'utérus. Dans ces conditions la voie haute doit être évidemment préférée à la voie basse.

M. Terrier. — J'ai vu guérir l'année dernière une malade hystérectomisée dans mon service pour une infection puerpérale datant de peu de jours; elle avait été opérée quelques heures après son entrée à l'hôpital. Les autres interventions pratiquées dans mon service pour des cas de ce genre n'ont pas été suivies de succès, mais je dois dire qu'elles avaient toutes été faites beaucoup trop tardivement.

Traitement des hernies du gros intestin.

M. Schwartz. — Parmi les hernies du gros intestin, dont M. Chauvel nous a cité, dans la dernière séance, un exemple communiqué par M. Dubujadoux (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 69), il faut distinguer deux variétés : celles où l'on peut facilement réduire l'intestin, la portion du péritoine descendue par glissement se laissant refouler sans difficulté, et, d'autre part, celles où il existe des adhérences multiples qui s'opposent à la réduction. Contre la première forme, je ne saurais trop vous recommander le procédé de myoplastie que j'ai décrit jadis (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 169). Pour un cas de la deuxième, j'ai pratiqué la résection de l'intestin adhérent, suivie d'abouchement à l'aide du bouton de Murphy; cette tentative n'a pas empêché le malade de succomber.

M. Guinard. — Je dois dire que la méthode de M. Schwartz m'a donné un insuccès complet; il s'est produit, en effet, un sphacèle du lambeau musculaire utilisé pour la myoplastie, et le résultat définitif, au point de vue de la cure de la hernie, a été tout à fait désastreux.

Traitement du cancer du rectum.

M. Berger. — Il y a quatre ans, avec l'assistance de M. Quénu, j'ai pratiqué, par la voie abdomino-périnéale, l'extirpation du rectum et de la portion terminale de l'anse sigmoïde chez une femme dont j'ai communiqué l'observation au Congrès français de chirurgie (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 391). J'ai revu la malade ces jours derniers, et je l'ai trouvée dans un état très satisfaisant. Seulement il y avait eu dans ce cas une erreur de diagnostic. Nous avions cru à l'existence d'une lésion cancéreuse; or, l'examen histologique a montré qu'il s'agissait simplement d'un rétrécissement inflammatoire. Le résultat n'en est pas moins à inscrire à l'actif de la méthode abdomino-périnéale pour l'extirpation du rectum.

Tout récemment j'ai fait chez une vieille femme l'ablation, par la voie périnéale, d'un rectum cancéreux, après avoir établi au préalable un anus iliaque par le procédé de dissociation des fibres musculaires; je dois dire à ce propos que, dans les premiers jours, les contractions musculaires ont provoqué quelques difficultés dans l'évacuation des matières. Après avoir disséqué le rectum, j'abrégeai l'opération en plaçant une ligature élastique sur l'intestin, et en sectionnant ce dernier au-dessous de la ligature. J'ai ainsi enlevé 14 centimètres du rectum, sur lequel l'ulcération remontait à 12 centimètres. La ligature s'est détachée au bout d'une douzaine de jours et l'intestin abaissé est resté parfaitement en rapport avec la plaie superficielle.

Au point de vue de la technique opératoire, je crois qu'il est avantageux, pour l'ablation du rectum par la voie périnéale, de commencer par extirper le coccyx et de pénétrer dès le début dans l'espace décollable postérieur, ce qui facilite singulièrement la section des releveurs et des aponévroses latérales du rectum.

De la stérilisation des solutions de cocaïne.

M. Reclus. — Dernièrement, M. Tuffier s'est préoccupé des différents moyens auxquels on peut avoir recours pour stériliser les solutions de cocaïne. Or, je crois que le problème a été résolu en 1898 par M. Hérissé, alors mon interne en pharmacie. Celui-ci put constater que le pouvoir rotatoire des solutions de cocaïne n'est aucunement modifié par l'ébullition; d'autre part je m'assurai que, dans la pratique, l'anesthésie était aussi bien obtenue avec une solution bouillie qu'avec une solution non stérilisée. M. Hérissé remplaça ensuite l'ébullition par le chauffage à 115° et à 120°, à l'autoclave, et les résultats furent identiques aux précédents. Il est à remarquer que les solutions stérilisées à l'autoclave se conservent indéfiniment; hier encore j'ai pu faire une opération importante en réalisant une anesthésie parfaite avec une solution de cocaïne ayant été portée à 120° et vieille de trente mois.

M. Nélaton. — M. Bouglé nous a adressé deux observations, au sujet desquelles vous m'avez chargé de vous faire un rapport.

Dans la première, il s'agit d'une fistule du canal de Sténon, d'origine traumatique, datant de quatorze ans. Notre confrère a employé avec succès, dans ce cas, le procédé de Langenbeck, en disséquant le canal sur une longueur de 2 centimètres à partir du point fistuleux, et en l'abouchant directement à la muqueuse buccale.

La deuxième observation a trait à une section des tendons des muscles long et court extenseurs du pouce; M. Bouglé a pratiqué la greffe autochthone suivant le procédé de M. Rochet (de Lyon). Le résultat a été excellent, et il semble qu'on peut en conclure à la supériorité de la greffe autochthone sur la greffe animale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er mars 1901.

De l'aérophagie ou fausse flatulence.

M. Mathieu. — J'ai eu l'occasion d'observer avec M. Follet plusieurs malades présentant le phénomène morbide auquel M. Bouveret a donné le nom d'*aérophagie* et qui consiste dans la déglutition d'air atmosphérique, lequel est ensuite expulsé par la bouche sous la forme d'éructations bruyantes, paroxystiques et inodores. Ces éructations peuvent être parfois produites à volonté par la pression de la région épigastrique, du creux sus-sternal, etc. Les sujets atteints d'aérophagie sont habituellement des névropathes dyspeptiques qui se plaignent, en dehors de leurs renvois gazeux, les uns simplement d'anorexie, de pesanteur épigastrique, etc.; les autres de vomissements, d'amaigrissement et de perte des forces.

Quels sont les rapports réciproques de l'aérophagie et des accidents gastriques? Récemment, MM. Lyonnet et Vincens ont soutenu que l'aérophagie était le phénomène primitif : la déglutition spasmodique de l'air amènerait la distension répétée, puis l'insuffisance motrice de l'estomac, d'où dériveraient ensuite les accidents dyspeptiques. Il est possible que les choses se passent ainsi dans un certain nombre de cas; j'estime cependant que, le plus souvent, ce sont les troubles gastriques qui précèdent l'aérophagie et que celle-ci est due à l'habitude que contractent peu à peu les malades de déglutir *involontairement* ou volontairement de l'air, pour se débarrasser des gaz qu'ils croient être la cause de la distension de leur estomac.

On sait, en effet, combien la phobie des gaz est fréquente chez les névropathes dyspeptiques : ces malades s'imaginent que si leurs aliments ne passent pas, c'est que leur estomac est gonflé par des gaz qu'ils essayent d'expulser. La déglutition, le plus souvent inconsciente, d'une petite quantité d'air ouvre le cardia et provoque une éructation qui amène un peu de soulagement. Peu à peu, les patients ne se contentent plus d'ouvrir un cardia récalcitrant, ils dépassent la mesure et insufflent véritablement leur estomac hyperesthésié. Celui-ci proteste contre l'arrivée de l'air qui le distend et l'éructation devient continue. Dès lors se trouve constitué un cercle vicieux dont les malades ne sortent plus : aérophagie inconsciente provoquant une pénible sensation de tension gazeuse, éructation en série qui soulage, nouvelle déglutition d'air, crise éructante et ainsi de suite.

Les indications du traitement résultent nettement de la notion du mécanisme de l'aérophagie. Il suffit d'ordinaire d'attirer l'attention du sujet sur la véritable nature de ce phénomène pour en obtenir la disparition. Quelquefois,

les choses ne se passent pas aussi simplement, surtout chez les hystériques, et il devient alors nécessaire d'avoir recours à des moyens plus sévères, parfois même à l'isolement, pour amener la guérison.

M. Linossier. — J'admets volontiers avec M. Mathieu que certains dyspeptiques s'exercent, quelquefois inconsciemment, à déglutir de l'air pour provoquer l'expulsion des gaz qui distendent leur estomac. L'aérophagie, ordinairement modérée, qui s'établit dans ces conditions, et qui peut guérir par un effort de volonté, est très différente de l'aérophagie hystérique, qui débute brusquement, avec fracas, et se montre souvent rebelle à tous les traitements.

L'ingestion de l'air ne se fait, du reste, pas de la même façon dans les deux cas : chez l'aérophage dyspeptique, elle est tout à fait comparable à la déglutition des liquides; chez l'aérophage hystérique, au contraire, elle est due, comme dans le mérycisme, à une contraction du diaphragme et des muscles inspirateurs du thorax avec occlusion de la glotte. A la faveur du vide intra-thoracique ainsi produit, l'air athmosphérique se précipite dans l'œsophage et pénètre même en petite quantité dans l'estomac; dans un second temps, les muscles de l'abdomen se contractent à leur tour, et l'estomac comprimé rejette au dehors une partie de son contenu : chez l'aérophage l'air seul est expulsé, chez le mérycole il y a rejet à la fois d'air et d'aliments, probablement parce que chez lui les spasmes musculaires sont plus énergiques.

Les gaz éructés sont un mélange d'air atmosphérique, d'air pulmonaire et de gaz de l'estomac. J'ai eu l'occasion d'en faire une analyse qui m'a montré qu'ils renfermaient, pour 100, 1.5 d'acide carbonique, 78.7 d'azote, 19.8 d'oxygène et des traces d'hydrogène sulfuré.

Un point intéressant est celui des rapports de l'aérophagie hystérique ou mérycisme gazeux avec la dyspepsie. Dans certains cas — ceux qui ont surtout attiré l'attention jusqu'ici —, l'aérophagie paraît indépendante de tout trouble digestif; mais, dans d'autres, elle peut coïncider avec des troubles gastriques dont le rôle est important, car ils entretiennent et aggravent la névrose au point que leur guérison peut amener la disparition ou l'atténuation de cette dernière.

M. Le Noir dit que l'aérophagie est assez fréquente chez le cheval; il rappelle que depuis longtemps déjà M. Bouchard a attiré l'attention sur les éructations que provoque chez les hystériques la compression du creux épigastrique.

M. Soupault fait remarquer qu'il n'est pas exceptionnel d'observer une aérophagie exclusivement œsophagienne, à laquelle l'estomac ne prend aucune part.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 20 février 1901.

Les échanges organiques dans le régime végétarien et les indications thérapeutiques de ce régime.

M. Albu. — A part quelques faits isolés, le régime végétarien n'a pas été jusqu'ici l'objet de recherches vraiment scientifiques. Aussi me paraît-il intéressant de relater les expériences que j'ai pu faire chez une femme déjà âgée, qui depuis six ans se nourrit exclusivement de substances végétales. Pendant les cinq jours que je l'ai observée, son régime s'est composé de 120 grammes de pain de Graham, de 400 grammes de pommes, de 400 grammes de prunes, de 200 grammes de raisin, de 64 grammes de noisettes (pesées sans coquille), de 76 grammes de dattes et de 100 grammes de salade avec du jus de citron; le poids du corps était de 37 kilogr. 1/2; ces aliments produisaient 1,400 calories (37.3 par kilogramme de poids du corps); ils renfermaient 34 gr. 13 centigr. d'albuminoïdes, 36 grammes de substances grasses et 225 grammes d'hydrates de carbone.

La diurèse était fort ralentie, car la patiente n'ingérait à peu près aucun liquide; elle excrétait chaque jour, tant avec les fèces qu'avec les urines, 5 gr. 09 centigr. d'azote; comme les 34 gr. 13 centigr. de substances albuminoïdes qu'elle absorbait en contenaient 5 gr. 46 centigr., on peut dire que, durant l'expérience, cette femme s'est maintenue en équilibre au point de vue des substances azotées.

Ce fait prouve que la pauvreté des végétaux en albuminoïdes n'empêche pas la nutrition de s'accomplir normalement, et, de plus, que la substitution d'albumine végétale à l'albumine normale est sans inconvénients. Il faut retenir, en outre, que, tandis que Voit estime 18 gr. 88 centigr. d'azote nécessaires chaque jour à un homme adulte et travaillant — quantité qui s'abaisse à 15 ou 16 grammes pour une femme ne se livrant pas à des travaux pénibles —, la patiente que j'ai observée se contentait de la dose minime de 5 gr. 46 centigr. d'azote *pro die*, et cela sans augmentation du taux des hydrocarbones.

En ce qui concerne l'utilité du régime végétarien dans l'état de santé, elle me paraît fort contestable, et cela parce que l'albumine végétale est, en somme, peu assimilable : on retrouvait dans les fèces de ma patiente le tiers de l'azote absorbé (1 gr. 79 centigr. par jour sur 5 gr. 46 centigr.); en outre, d'autres inconvénients de ce mode d'alimentation proviennent de la quantité considérable de mets à ingérer, et aussi de leur monotonie et de leur manque de saveur; enfin, il ne faut pas oublier la difficulté des approvisionnements, du moins en hiver.

Dans certains états morbides, au contraire, un régime purement végétarien peut rendre des services. En premier lieu, il convient de citer les névroses, et particulièrement la neurasthénie; je crois que l'alimentation végétale s'y montre efficace surtout par l'absence de tout élément irritant (alcool, thé, café, épices); il convient peut-être de faire intervenir, de plus, la richesse des végétaux en sels minéraux, lesquels exercent une influence spéciale sur les échanges organiques. Dans les névralgies des tabétiques, on a préconisé aussi l'emploi du régime végétarien, que j'ai vu réussir également dans quelques cas de sciatique; on peut expliquer cette action par deux hypothèses, soit que certaines névralgies témoignent d'une intoxication par des produits de désassimilation, intoxication qu'un changement de nourriture fait cesser, soit qu'elles dépendent plus simplement d'une constipation chronique qui disparaît par l'usage d'aliments végétaux. Dans les névroses de l'estomac et de l'intestin, j'ai, de même, obtenu des succès; mais il faut qu'il s'agisse d'affections purement fonctionnelles, en l'absence de toute lésion anatomique; en tout cas, la cure végétarienne ne doit pas être prolongée plus de quatre à huit semaines.

C'est sans doute par ses effets laxatifs que le même régime est parfois utile dans la colite muco-membraneuse, ainsi que dans les cirrhoses hépatiques et dans la lithiase biliaire.

Dans le traitement de l'obésité, l'alimentation végétale est à recommander, parce que, tout en apaisant la faim, elle contient peu d'albumine; mais elle n'est pas applicable à tous les obèses. Elle est favorable aux diabétiques si l'on choisit des légumes pauvres en amidon, et aussi aux goutteux, dont beaucoup doivent leur maladie à l'abus du régime carné. Je la crois applicable aux névroses cardiaques, particulièrement à la maladie de Basedow; dans les néphrites, elle a l'avantage de ménager l'épithélium rénal, si fragile, mais il est clair qu'elle ne saurait amener la guérison. Enfin, nombre d'affections cutanées, liées à des troubles des échanges organiques ou à des affections gastro-intestinales, sont heureusement influencées par elle; je citerai notamment le prurit, la furonculose, l'urticaire, l'érythème exsudatif polymorphe, surtout chez les enfants, l'érythème noueux, diverses variétés d'eczéma chronique.

La cure végétarienne est contre-indiquée, je l'ai déjà dit, dans toutes les affections organiques du tube digestif, et je compte comme telle l'atonie gastrique; il en va de même de la faiblesse cardiaque, et de tous les états d'affaiblissement; au reste, il ne faut pas oublier que certains individus, sans doute par suite d'une véritable dyscrasie, supportent mal le régime purement végétal.

Adénocarcinome du rein extirpé avec succès.

M. Schönstadt présente un enfant de six mois, auquel il a extirpé depuis onze jours une volumineuse tumeur du rein gauche. Ce nourrisson, faible et incomplètement développé, avait quatre semaines quand sa mère remarqua une grosseur des dimensions d'une noix dans la moitié gauche de l'abdomen, grosseur qui s'accrut rapidement, si bien qu'elle atteignait le volume d'un poing d'adulte quand le petit malade fut amené à M. Schönstadt au commencement de février. On constatait alors un néoplasme dur et élastique, facile à mobiliser, dont la zone de matité, de l'étendue de la paume de la main, était nettement distincte de celle de la rate. On pensa à un kyste du mésentère ou du pancréas.

L'incision de von Bergmann-Czerny fit reconnaître qu'il s'agissait, en réalité, d'une tumeur solide du rein, dont l'énucléation fut très facile. L'examen histologique révéla que cette tumeur avait la structure de l'adénocarcinome; Birch-Hirschfeld et Engler estiment que cette variété de cancer du rein provient des restes du corps de Wolff : or, il n'existait ici aucune trace de tissu surrénal ni de fibres musculaires lisses. Ce cas est le premier où une telle tumeur ait été extirpée avec succès.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 25 février 1901.

Les intoxications professionnelles par des substances réduisant l'hémoglobine.

M. Brat. — Les symptômes des intoxications qui ont pour effet de transformer l'hémoglobine en méthémoglobine consistent en vertige, en céphalées et en une véritable ébriété (ivresse anilinique); plus tard surviennent de la somnolence, de violents vomissements, du refroidissement des extrémités, des irrégularités et des arrêts de la respiration, sans que le nombre des pulsations soit diminué. En outre, dans l'intoxication par la nitrobenzine, j'ai noté l'opisthotonos. Enfin, l'ictère hémaphéique est un des symptômes les plus caractéristiques. Tous ces accidents sont fréquents dans les industries où l'on emploie l'aniline; les dangers de cette dernière substance me paraissent plus grands qu'on ne le dit généralement.

En ce qui concerne le diagnostic précoce de ces intoxications, l'examen spectroscopique du sang obtenu par piqûre a une importance capitale, en montrant le spectre d'absorption de la méthémoglobine; de même l'apparition dans l'urine de substances déviant à gauche la lumière polarisée; dans deux cas j'ai constaté aussi de la glycosurie.

Au point de vue du traitement, on doit avoir recours aux inhalations d'oxygène et à la respiration artificielle.

Chez des animaux intoxiqués artificiellement, et que le séjour dans l'oxygène pur ne suffit pas à sauver, on peut avantageusement recourir à l'injection intra-veineuse de bi-carbonate de soude; mais pour que cette injection amène la guérison, ce qu'elle ne peut faire qu'en élevant l'alcalinité du sang, il faut qu'elle soit précédée d'une saignée; peut-être cette méthode pourrait-elle rendre des services dans les cas graves d'intoxication chez l'homme.

Sur l'oxydation incomplète du sucre dans l'organisme.

M. F. Müller, à propos de la récente communication de M. P. Mayer sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 55), rappelle que, chez les animaux soumis à la narcose par l'acétone, il a constaté dans l'urine les réactions de l'acide glycuronique. C'est à cette même substance que sont dues les propriétés réductrices de l'urine dans le diabète curarique.

M. Bial rapproche l'excrétion d'acide glycuronique par les diabétiques de la pentosurie fréquente chez ces malades.

M. Löwy fait observer que les urines de densité élevée (1,030 à 1,035) contiennent souvent de grandes quantités d'acide glycuronique. Ce symptôme s'observe chez des individus atteints de diabète ou de glycosurie alimentaire, mais soumis à un régime sévère. Il révèle le peu de tolérance de l'organisme pour les hydrates de carbone.

Narcose par un mélange de chloroforme et d'oxygène.

M. Aronson déclare que, d'après ses expériences, le mélange de chloroforme et d'oxy-

gène n'offre aucun avantage pour l'anesthésie. Si M. Wohlgemuth, dans une précédente séance, a pu apporter de bons résultats obtenus par cette méthode (Voir *Semaine Médicale,* 1901, p. 38), c'est uniquement parce qu'il a employé de l'oxygène sous pression; mais de l'air, également comprimé, eût présenté les mêmes avantages.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Sérums névrotoxiques, par M. C. Delezenne.

Les propriétés toxiques du sérum sanguin à l'égard des hématies appartenant à des animaux d'espèce différente ne se limitent pas aux seuls globules rouges. Toute cellule, en effet, est susceptible d'être altérée ou détruite par les cytotoxines des sérums normaux. M. Delezenne vient de montrer récemment que la cellule nerveuse ne fait pas exception à cette règle; mais s'il suffit de l'examen rapide d'un échantillon de sang recueilli dans des conditions convenables pour se rendre compte de l'action d'un sérum étranger sur ce sang, ce n'est que par une analyse minutieuse des troubles fonctionnels qu'il détermine et des lésions qu'il provoque qu'on peut affirmer la toxicité de ce même sérum pour la cellule nerveuse. De plus, pour atteindre l'élément nerveux, la névrotoxine introduite dans les vaisseaux doit, au préalable, franchir la barrière endothéliale qui la sépare de la cellule nerveuse. L'expérience a prouvé à l'auteur que les effets toxiques, nuls ou peu marqués lorsque le sérum est introduit dans l'organisme par la voie veineuse ou sous-cutanée, sont des plus nets quand la toxine est portée au contact immédiat de l'élément nerveux par le procédé de l'inoculation intracérébrale. Tel est le fait qui résulte de l'étude comparative entreprise par M. Delezenne sur la toxicité de plusieurs sérums normaux; suivant, en effet, que l'on pratique l'injection sous la peau ou dans les veines ou, au contraire, dans les centres nerveux, on trouve des différences considérables dans la toxicité du sérum, différences faciles à mettre en évidence en prenant pour terme de comparaison la dose mortelle pour le lapin dans les différents cas.

L'auteur s'est d'abord adressé au sérum d'anguille, sérum cytotoxique dont l'action nocive sur la cellule nerveuse après introduction par les voies habituelles (peau, péritoine et vaisseaux) est aujourd'hui bien connue. Porté directement au contact des centres nerveux suivant la méthode de Roux, le sérum d'anguille produit des accidents passagers chez le lapin à la dose de 1 millimètre cube par kilogramme d'animal, 5 millimètres cubes suffisant pour déterminer la mort en cinq à dix minutes. Or, injecté dans la veine marginale de l'oreille, ce même sérum d'anguille ne tue au bout du même laps de temps qu'à la dose de 0 c.c. 2. Inoculé directement dans les centres nerveux, il est donc environ 40 fois plus toxique qu'injecté dans les vaisseaux, et près de 200 fois plus toxique qu'introduit sous la peau. Les accidents nerveux consécutifs à l'inoculation intracérébrale ne diffèrent pas essentiellement par leur nature de ceux que l'on observe à la suite de l'introduction du poison par une autre voie. Ils présentent cependant un degré inaccoutumé d'acuité et de violence.

Après s'être ainsi assuré que les injections intracérébrales constituent une méthode propre à mettre en évidence les propriétés névrotoxiques d'un sérum indépendamment de tout autre effet cytolytique, M. Delezenne a étudié l'action de sérums qui ne sont nocifs, inoculés par les voies habituelles, qu'à des doses très élevées. Pour cela, il s'est adressé au sérum de canard et a choisi le chien comme animal d'épreuve. Dans le but d'augmenter la toxicité du sérum, on avait pratiqué sur les canards, dans l'espace de deux mois, cinq ou six injections intrapéritonéales et progressivement croissantes d'une émulsion aseptique de cerveau, cervelet, bulbe et moelle de chien. La quantité de matière nerveuse injectée en une fois était assez considérable : les doses initiales de 8 à 10 grammes étaient rapidement poussées à 15 et même 20 grammes. Les canards qui résistaient à ces injections revenaient rapidement, après une période passagère de fièvre et d'amaigrissement, à un état de santé normal. Prélevé huit à dix jours après la dernière injection, le sérum fut toujours employé aussi frais que possible. La dose mortelle du sérum ainsi préparé a été de 0 c.c. 5 à 0 c.c. 6 par kilogramme d'animal, alors que de pareilles doses, quand il s'agit de sérum normal, ne produisent pas le moindre accident et qu'il en faut deux fois plus pour déterminer des phénomènes nerveux de quelque gravité. Dans la plupart des cas, la mort survint d'une façon presque foudroyante par paralysie des muscles de la respiration. Quand les quantités injectées étaient moins fortes, on voyait d'abord apparaître des mouvements convulsifs faisant place, dans une seconde phase, à une paralysie sensitivo-motrice étendue à tous les organes placés sous la dépendance de l'axe cérébro-spinal. L'asphyxie progressive qui en résultait pouvait être combattue par la respiration artificielle; les chiens se comportaient donc, dans ces cas, comme après une section sous-bulbaire suivie de destruction de la moelle.

Si la dose de sérum injectée est sensiblement plus faible (0 c.c. 1 à 0 c.c. 2 par kilogramme), ce sont les phénomènes d'excitation qui dominent la scène, avec crises épileptiformes, voire même avec accès d'épilepsie franche; la paralysie et les troubles sensitifs n'atteignent leur maximum que beaucoup plus tard. La mort des animaux est encore la règle, mais elle ne survient le plus souvent que de six à douze heures après l'injection.

Quant à la question de la spécificité du sérum névrotoxique, M. Delezenne a fait une série d'expériences qui lui paraissent militer en faveur de l'affirmative, ce qui constituerait un trait d'union de plus reliant les sérums névrotoxiques artificiels aux autres sérums cytotoxiques préparés jusqu'ici. (*Ann. de l'Inst. Pasteur,* octobre 1900.) — F. M.

Un cas de mélanodermie phtiriasique avec cachexie et pigmentation de la muqueuse buccale, par M. P. Chatin.

Il est connu depuis longtemps que la phtiriase peut déterminer des pigmentations cutanées fort étendues, rappelant celles de la maladie bronzée; si l'on tient compte, en outre, que les individus qui sont ainsi envahis par les parasites se trouvent en même temps en état de misère physiologique — simulant l'asthénie des addisoniens —, on comprendra combien le diagnostic de ces faits peut être délicat. Ce qui tranche généralement la question en pareille occurrence, c'est la constatation de taches pigmentées sur la muqueuse buccale, symptôme que l'on considère comme caractéristique de la maladie bronzée. Cependant l'existence de ces taches a été signalée dans quelques rares cas de cachexie phtiriasique, et M. P. Chatin en fait connaître un nouvel exemple.

Il s'agit d'un chiffonnier de soixante-dix-huit ans qui entra à l'hôpital absolument couvert d'énormes poux de corps; l'amaigrissement et l'affaiblissement étaient extrêmes, le sommeil était rendu presque impossible par le prurit; cet état datait de deux mois environ, et c'est aussi depuis cette époque que le malade avait remarqué un changement de couleur de sa peau.

En effet, il existait une mélanodermie intense, assez uniforme, ayant son maximum aux points où le frottement des vêtements est le plus accusé (partie supérieure du dos et de la poitrine, racine des membres, ceinture); par contre, cette pigmentation n'était pas exagérée au niveau des mamelons, de la verge et du scrotum. Dans la bouche, on remarquait, sur la face interne des deux joues, des taches ardoisées nombreuses, ayant de 4 à 5 millimètres de diamètre. Enfin l'asthénie, quelques troubles gastro-intestinaux, de vagues douleurs lombaires et épigastriques, la toux et l'oppression, complétaient la ressemblance du tableau morbide avec celui de la maladie d'Addison : seul, le fait que la peau des mamelons et des organes génitaux ne présentait pas une coloration plus foncée que le reste du tégument s'accordait mal avec ce dernier diagnostic, sans être cependant suffisant pour le faire rejeter, et ce ne fut que l'évolution des troubles qui permit de résoudre la question. En effet, au bout de trois mois de séjour à l'hôpital, la situation avait changé du tout au tout : les forces étaient revenues et la mélanodermie s'éclaircissait chaque jour, tandis que les taches pigmentaires de la bouche avaient complètement disparu. (*Ann. de dermatol. et syphiligr.*, décembre 1900.) — F. F.

Contribution à l'étude des réflexes tendineux dans la fièvre typhoïde, par M. P. Remlinger.

Les opinions les plus opposées ont été émises, concernant l'état des réflexes tendineux au cours de la fièvre typhoïde; c'est ce qui a engagé l'auteur à reprendre l'étude de cette question, en se basant sur les observations de 96 dothiénentériques dont il a quotidiennement exploré les réflexes.

Chez 29 de ces sujets, le phénomène du genou était absent; 3 d'entre eux sont morts, soit 10.34 %; ajoutons que chez 15 des survivants, l'abolition du réflexe persistait au moment de l'*exeat*. Une simple diminution du même réflexe a été notée 17 fois, avec une mortalité de 11.76 % (2 décès). 22 patients avaient conservé des réflexes patellaires normaux; 2 sont morts (9.09 %). Enfin, dans 28 cas ces réflexes étaient exagérés, et la mortalité s'est élevée à 25 % (7 décès).

Il paraît donc manifeste que, si l'abolition ou la diminution des réflexes rotuliens n'a aucune valeur pronostique, leur exagération est un indice de malignité de l'affection, ce qui s'explique par la coïncidence fréquente de ce symptôme avec les formes ataxiques ou ataxo-adynamiques.

M. Remlinger a également étudié, chez les mêmes patients, le clonus du pied; ce dernier coexistait 16 fois avec l'exagération du phénomène du genou; dans les 5 autres cas, le réflexe patellaire était 2 fois normal, 2 fois diminué, 1 fois aboli. Cette dissociation est attribuée par l'auteur à ce que la trépidation épileptoïde serait un phénomène d'origine musculaire, comme le soutiennent les Allemands, alors que le réflexe rotulien aurait sa source, ainsi que l'enseignent les classiques, dans la moelle elle-même. A propos du clonus du pied, il est intéressant de signaler que ce symptôme, dans 8 cas, n'a apparu qu'au moment de la défervescence, et que, chez 2 de ces patients, son apparition a même coïncidé avec des sueurs profuses et de la polyurie; il semble donc que parfois il ait la signification d'un phénomène critique. La mortalité, chez les malades présentant la trépidation épileptoïde du pied, a été élevée, puisque 6 sont morts, soit 28.57 %.

Chez 3 de ses dothiénentériques, M. Remlinger a observé que la percussion du tendon d'Achille provoquait un clonus du pied très intense, qu'il propose de nommer *trépidation épileptoïde achillienne;* dans 2 cas, ce mode particulier de clonus coexistait avec de l'exagération du réflexe achillien, mais dans un fait ce dernier était complètement aboli; il y a donc là une dissociation analogue à celle que nous venons de signaler entre la trépidation épileptoïque vulgaire et le réflexe patellaire.

Un autre phénomène également non décrit jusqu'ici, et que l'auteur a eu l'occasion de remarquer dans 2 cas, est la trépidation des orteils à la suite de la percussion du tendon rotulien; chez les deux malades qui la présentaient, tous les réflexes tendineux étaient très exagérés.

Enfin, M. Remlinger signale, sous le nom de *réflexe rotulien contra-latéral*, la production du réflexe rotulien *des deux* côtés, quand on percute *un seul* tendon; les mouvements d'extension de la jambe sont, d'ailleurs, plus marqués du côté où l'on pratique la percussion. Ce phénomène existait chez deux dothiénentériques qui avaient tous leurs réflexes tendineux en général, et les patellaires en particulier, fort exagérés. (*Rev. de méd.*, janvier 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Un cas de surdité verbale pure passagère, par M. O. Veraguth.

L'auteur a observé, dans le service de M. von Monakov, un homme de quarante-deux ans, malade depuis un traumatisme de la région frontale gauche. L'accident n'avait pas eu de suites immédiates graves; mais, six semaines

après, le patient se plaignait encore de maux de tête, de vertiges et de bourdonnements d'oreilles. A l'examen, on trouva de l'inégalité pupillaire, un rétrécissement concentrique du champ visuel pour les couleurs, et un certain degré de dyslexie : le sujet pouvait lire, mais au bout de quelques lignes sa vue se troublait et il se déclarait incapable de continuer. En outre, le sens stéréognostique était légèrement altéré. Dans les antécédents, on notait de l'alcoolisme, mais il faut ajouter que cet homme était abstinent depuis six ans.

Six mois après l'accident, on constata que le malade, qui se trouvait dans la salle d'attente, attendant son tour de consultation, ne répondait pas à l'appel de son nom; un voisin dut lui faire signe qu'on l'appelait. A chaque question, il répond : j'entends qu'on me parle, mais je ne comprends pas. Par contre, il reconnaît un son de trompe dans la rue, de même que le ronflement de la machine électrique ou le tic tac d'une montre. Il parle spontanément sans présenter le moindre trouble de la parole et lit sans difficulté. Il raconte que cet état est survenu à la suite d'un voyage pendant lequel il s'est laissé aller à boire de nouveau du vin, et se souvient d'avoir eu trois mois auparavant un accès analogue, au cours duquel il avait remarqué qu'il ne comprenait plus la personne qui lui parlait; s'étant baissé pour cacher son trouble, la compréhension lui était revenue peu à peu. Il en fut de même pour l'accès actuel, qui guérit au bout de quelques jours, à la suite d'un fort saignement de nez. Un nouvel examen, pratiqué ultérieurement, permit de constater une sténose de la mitrale, mais pas le moindre trouble du langage ni de l'entendement. La mort survint un an plus tard des suites d'une pneumonie et de la lésion valvulaire.

L'autopsie révèle une atrophie considérable de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche; la première temporale est amincie et présente dans son milieu une dépression; le premier sillon temporal, de même que les sillons central, interpariétal et deuxième frontal sont plus profonds qu'à l'état normal et remplis de liquide séreux. A droite, on remarque aussi un amincissement notable de la première circonvolution temporale; le sillon temporal qui la limite inférieurement a une profondeur de 2 centimètres. Sur la coupe, la substance blanche du cerveau se montre atrophiée et semée de points hémorrhagiques; l'écorce est également plus mince qu'à l'état normal, notamment dans les régions précitées. Nulle part, on ne trouve la moindre trace d'une lésion en foyer, pas plus dans la substance médullaire que dans l'écorce.

D'après la classification de Lichtheim-Wernicke, ce cas devrait être étiqueté « aphasie sous-corticale sensorielle ». C'est bien une aphasie sensorielle, puisqu'il n'y a aucun trouble des organes moteurs de la parole, et cette aphasie est sous-corticale, la parole spontanée n'étant pas atteinte et le malade ne présentant pas trace de paraphasie. En adoptant la terminologie de M. Dejerine, il faudrait parler de « surdité verbale pure », dénomination plus exacte que M. Veraguth croit préférable à la précédente.

Si l'on cherche à expliquer les symptômes cliniques par la lésion anatomique, force est de reconnaître l'absence de tout foyer sous-cortical. L'atrophie des circonvolutions temporales relevée dans ce cas le rapproche de celui qui a été publié par MM. Sérieux et Dejerine, et où il existait une polioencéphalite chronique avec atrophie presque totale des petites cellules pyramidales et disparition des fibres d'association; mais, dans le fait relaté par l'auteur, l'examen de l'écorce par la méthode de Nissl ne permit pas de constater d'atrophie des cellules pyramidales. Ces deux observations démontrent que le syndrome de Lichtheim-Wernicke peut être produit par une lésion de l'écorce cérébrale sans participation de la substance sous-corticale, mais il est difficile de se rendre actuellement compte de la nature de cette lésion; le résultat négatif des recherches de M. Veraguth par la méthode de Nissl autorise même à penser que ce trouble peut, dans certains cas du moins, être purement fonctionnel.

En ce qui concerne la nature passagère de l'affection, l'auteur estime que l'on doit incriminer l'alcoolisme et l'artériosclérose des artères cérébrales. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 3-4.) — A. J.

Contribution au traitement de la rupture de l'utérus, par M. H. Schmit.

En cas de rupture de l'utérus avant que l'accouchement se soit fait, on est généralement d'accord pour extraire le fœtus par les voies naturelles ou par une laparotomie, selon que ledit fœtus est encore dans l'utérus ou a pénétré entièrement dans la cavité abdominale.

Mais si l'accouchement est déjà terminé, quelle conduite doit on tenir? Faut-il opérer ou non, et comment doit-on traiter la déchirure? C'est à la solution de ces questions que s'est attaché M. Schmit qui publie, pour y contribuer, 19 observations de rupture utérine recueillies dans le service de M. Schauta.

La plupart de ces ruptures étaient le résultat d'un traumatisme subi en dehors de l'hôpital. Il ne s'agissait que 6 fois d'une rupture spontanée, l'accident étant survenu 3 fois à la clinique et 3 fois au dehors. Dans 10 cas, la rupture était complète, dans 9 incomplète; 3 fois, le fœtus se trouvait dans la cavité abdominale; une fois le placenta seul y avait émigré; dans un autre cas, des anses intestinales avaient pénétré dans l'utérus.

Des 9 femmes atteintes de rupture incomplète, 2 moururent sans traitement; les 7 autres furent traitées par le drainage, et 5 d'entre elles guérirent. Sur les 10 cas où il s'agissait de rupture complète, 4 fois on procéda à une opération (qui fut 2 fois une amputation supravaginale, 1 fois une hystérectomie vaginale et 1 fois une hystérectomie abdominale), et il y eut 2 morts; 6 fois on se contenta du drainage, et 3 patientes succombèrent. La rupture complète est donc beaucoup plus grave que l'incomplète.

M. Schmit estime, d'après ses observations personnelles et d'après 160 faits recueillis dans la littérature, que le drainage donne des résultats bien supérieurs à ceux de l'intervention, et cela pour deux causes : d'abord, ce sont les cas les plus graves qui sont soumis à une opération; secondement, il y a de grandes chances d'infection au cours de l'intervention, parce que l'utérus, le plus souvent infecté, entre en contact avec les anses intestinales et le péritoine. Aussi l'auteur — sauf indication urgente d'opérer — préfère-t-il introduire à travers la déchirure, jusque dans la cavité abdominale, des lanières de gaze iodoformées destinées non à tamponner, mais à drainer. Cette méthode de traitement lui paraît devoir être préférée aussi à l'expectation pure. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, septembre 1900.) — E. C.

La prophylaxie et le traitement des hernies consécutives à la laparotomie, par M. Gottschalk.

Comme précaution essentielle pour éviter les hernies après l'ouverture du ventre, l'auteur recommande avant tout de ne pas faire d'incision en croix, le point d'entrecroisement, en pareil cas, étant prédestiné aux hernies. En ce qui concerne les sutures, il en fait habituellement, pour fermer les plaies abdominales, un double rang : l'étage profond comprend le péritoine, le fascia inférieur, le muscle droit et le fascia supérieur; l'étage superficiel intéresse seulement le tissu cellulaire sous-cutané et la peau. M. Gottschalk suture ce dernier plan de dedans en dehors avec une soie armée de deux aiguilles, en ayant soin de comprendre l'aponévrose dans la suture. Il insiste sur la nécessité de la propreté au sens chirurgical du mot, et, pour protéger la plaie pendant l'opération, il conseille de fixer le péritoine à la peau par des pinces à forcipressure; les suppurations jouent, en effet, un grand rôle dans l'étiologie des hernies. Après l'intervention, les malades doivent porter une ceinture pendant six mois ou un an.

S'il se produit une hernie avec adhérences étendues entre l'intestin ou l'épiploon et le sac, on est généralement obligé d'opérer. M. Gottschalk recommande alors le procédé suivant, qu'il a employé avec succès chez 5 malades dont il relate les observations détaillées :

On commence par faire sur l'orifice de la hernie une incision ovalaire, se terminant en pointe en haut et en bas. La cavité abdominale est ouverte dans l'angle supérieur de la plaie et les adhérences sont détachées avec soin, de dedans en dehors. Quand le sac herniaire est libre, le lambeau de peau est réséqué, ainsi que le péritoine, l'épiploon et le tissu cicatriciel qui lui sont adhérents. Le point le plus important, aux yeux de l'auteur, est la préparation des diverses couches de la paroi abdominale, pour pouvoir réunir exactement et largement les fascias et les muscles droits; plus les extrémités de la plaie sont éloignées, plus on doit pénétrer profondément entre les différentes couches de la paroi abdominale. Un pansement au sparadrap contribuera, après l'opération, à diminuer la tension de la suture. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 2.) — E. C.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Le « réflexe cardiaque » et sa signification clinique, par M. A. Abrams.

Il y a trois ans environ, M. Abrams a décrit sous le nom de *réflexe cardiaque* un phénomène qui jusque-là n'avait pas encore été observé et qui consiste dans une contraction du myocarde se produisant sous l'influence de frictions exercées avec un instrument mousse au niveau de la région précordiale; cette contraction est facile à constater à l'aide de la radioscopie si l'on maintient l'écran fluorescent près de la paroi antérieure du thorax. Depuis, l'auteur a eu l'occasion de se rendre compte que la connaissance de ce réflexe — qu'il avait d'abord signalé simplement à titre de curiosité — offre en réalité un intérêt pratique incontestable et peut, en particulier, faciliter le diagnostic différentiel, souvent malaisé, entre la dilatation du cœur et l'épanchement péricardique.

Pour provoquer le réflexe dont il s'agit, il faut pratiquer des frictions assez vigoureuses en se servant, de préférence, d'un morceau de caoutchouc (la gomme à effacer convient très bien à cet effet). La contraction du myocarde est surtout manifeste chez les enfants et chez les sujets ayant un pannicule adipeux et une musculature peu développés. Elle est, du reste, très variable comme intensité : à peine marquée chez quelques individus, elle se traduit chez d'autres par un déplacement des limites du cœur de 25 millimètres de chaque côté. Dans la plupart des cas, la contraction est, cependant, plus prononcée pour le ventricule gauche que pour son congénère. En général, le phénomène persiste tout au moins pendant deux minutes à partir du moment où l'on cesse les frictions; en cas de dilatation cardiaque, la durée du réflexe est beaucoup plus considérable.

Il convient de remarquer qu'un phénomène diamétralement opposé s'observe pour le poumon : une irritation artificielle des téguments du thorax s'accompagne d'une dilatation pulmonaire pouvant être constatée même sans l'aide des rayons de Röntgen et dont l'intensité varie en raison directe du degré et de l'étendue de l'excitation cutanée. Une friction énergique limitée à la région précordiale suffit pour que le poumon, dilaté sous l'influence de cette manœuvre, vienne recouvrir le cœur et que la matité cardiaque superficielle se trouve ainsi masquée en grande partie par la sonorité pulmonaire. Mais cette dilatation réflexe est tout à fait transitoire, et dans l'espace de deux minutes le poumon reprend ses dimensions habituelles.

Cela étant, supposons avoir affaire à un cas où la percussion de la région précordiale permet de constater l'existence d'une zone de matité dépassant les limites normales, sans qu'il soit pourtant possible de trancher le diagnostic en faveur d'une dilatation du cœur plutôt que d'un épanchement péricardique. D'après M. Abrams, la manœuvre en question va immédiatement nous fixer à cet égard. Si, après avoir procédé à des frictions énergiques au niveau du cœur et avoir laissé s'écouler deux minutes — laps de temps nécessaire pour la disparition du réflexe pulmonaire —, nous constatons une diminution dans l'étendue de la matité, c'est que nous sommes en présence, non pas d'un exsudat péricardique, mais d'une dilatation du cœur.

L'auteur considère ce signe comme pathognomonique et lui attribue une valeur de beaucoup supérieure à celle que présentent les moyens usuels de diagnostic différentiel entre les deux affections dont il s'agit. (*Med. Record,* 5 janvier 1901.) — L. CH.

Le traitement chirurgical de la tuberculose rénale primitive, par M. O. G. Ramsay.

Le traitement de la tuberculose rénale primitive est devenu presque exclusivement chirurgical. Cette maladie peut, il est vrai, céder spontanément; mais, comme on ignore les conditions dans lesquelles sa guérison se produit, il paraît légitime de la traiter comme on ferait pour une tumeur maligne. C'est sur une statistique de 304 cas de cette affection, opérés et en partie inédits, qu'est basé le présent travail.

L'auteur considère la néphrotomie comme une intervention simplement palliative, qui supprime les symptômes inquiétants mais nécessite parfois une néphrectomie secondaire. Elle convient aux malades dont l'état général est gravement affecté, et à ceux qui présentent des foyers tuberculeux dans d'autres parties du corps ou qui sont atteints d'une affection organique grave. M. Ramsay recommande de faire l'incision sur le point le plus fluctuant, et aussi en arrière que possible; on ouvre avec le doigt les abcès secondaires, on irrigue la cavité et on la tamponne avec de la gaze iodoformée; il est important de ne pas laisser la plaie se refermer. Sur un total de 55 néphrotomies, l'auteur a compté 37 morts plus ou moins rapides, 8 améliorations et 10 guérisons; mais une seule de ces dernières lui semble à peu près définitive.

La résection d'une portion du rein est considérée comme dangereuse par M. Ramsay, parce que les tubercules se développent d'une manière très insidieuse et ne sont pas reconnus dans leur phase de début; aussi n'est-on jamais sûr de les enlever tous. De 9 résections pratiquées par Max Wolff, 2 seulement ont eu des résultats durables. Quant à la néphrectomie primitive, l'auteur la croit légitime quand le rein seul est atteint, ou lorsqu'il n'existe qu'un petit foyer pulmonaire qui paraît susceptible de guérison. Elle est indiquée à titre secondaire dans les cas où, après la néphrotomie, il subsiste une fistule gênante, ou quand la santé générale de l'opéré commence à donner des inquiétudes.

M. Ramsay entre dans des détails circonstanciés sur la technique de cette intervention. Il conseille de la faire, si possible, par la voie extra-péritonéale, d'enlever l'uretère ou même la portion de la vessie adjacente à l'embouchure de ce canal. Il a rassemblé 191 cas de néphrectomie primitive avec 106 guérisons dont 80 lui paraissent durables, et 49 cas de néphrectomie secondaire avec 23 guérisons.

L'auteur estime, en définitive, que la néphrectomie associée à l'urétérectomie est susceptible d'amener la guérison définitive de la tuberculose rénale dans 55 % des cas; et il pense que cette proportion augmentera à mesure que le diagnostic de la maladie deviendra plus précis et la technique opératoire plus parfaite. (*Ann. of Surgery*, octobre 1900.) — E. C.

Appendicite avec rupture de l'appendice ayant donné passage à un lombric, par M. P. Schwankhaus.

L'observation publiée par l'auteur se rapporte à un garçon de treize ans, qui fut pris brusquement de nausées, de météorisme et de vomissements bilieux très fréquents, et chez lequel M. Schwankhaus, appelé quelques heures après l'apparition de ces symptômes, diagnostiqua une appendicite avec péritonite généralisée et occlusion intestinale. Le jeune malade succomba au bout de vingt-quatre heures.

A l'autopsie, la cavité abdominale fut trouvée pleine de pus. L'extrémité libre de l'appendice présentait une perforation vis-à-vis de laquelle, entre la masse intestinale et le péritoine, on voyait un gros lombric femelle. L'examen le plus minutieux de l'intestin ne permit de découvrir aucun autre orifice qui eût pu livrer passage à l'entozoaire. L'appendice renfermait un entérolithe ayant le volume d'un haricot et qui se laissa énucléer assez facilement. La présence de cette concrétion, jointe à l'existence pendant la vie de symptômes incontestables d'appendicite, ne plaide guère en faveur d'une perforation directe des tuniques de l'appendice par l'ascaride, en l'absence de toute inflammation antérieure. Quoi qu'il en soit, le fait relaté par M. Schwankhaus est assez singulier pour mériter d'être signalé. (*Amer. Practitioner and News*, 1er janvier 1901.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

La claudication douloureuse par utéropathie, par M. B. De Luca.

Chez un certain nombre de femmes, l'auteur a observé une démarche particulière, caractérisée par ce fait que les patientes avancent avec peine, en titubant et en boitant d'une façon très accentuée. Cette claudication bilatérale n'est, d'ailleurs, pas uniforme; tantôt, en effet, — et c'est le cas le plus fréquent — la jambe, déjà détachée du sol, s'arrête brusquement, comme en contracture, à une phase plus ou moins avancée de son oscillation, et le pied se pose avant que le pas normal soit accompli; tantôt, au contraire, c'est le membre appuyé qui se raidit et s'arrête dans son mouvement de propulsion progressive, et force ainsi le pied de l'autre jambe à se poser immédiatement pour maintenir l'équilibre. De ces troubles il résulte que tous les pas sont inégaux; si on y ajoute les mouvements de compensation qui ont lieu dans le tronc, on se rendra facilement compte de la fatigue qu'entraîne la marche chez ces malades.

Cette claudication est due, à ce que déclarent les femmes qui en sont atteintes, à de violentes douleurs apparaissant subitement dans les divers groupes musculaires des membres inférieurs, spécialement dans les muscles de la région antérieure des cuisses, soit dès le début de la marche, soit seulement après un certain temps; quand les patientes résistent à ces douleurs, celles-ci ne tardent pas à s'atténuer, puis à disparaître; elles cessent dans la position assise et surtout couchée; tout au plus persiste-t-il dans ces conditions une sensation de pesanteur à la région sacro-lombaire avec irradiation dans les cuisses.

L'affection a généralement un début insidieux et une marche chronique; elle apparaît à l'une des grandes étapes de la vie génitale de la femme (menstruation, grossesse, ménopause); les règles et la grossesse l'aggravent.

L'examen physique, chez les 3 femmes dont M. De Luca rapporte l'observation, ne révélait rien de particulier dans les divers organes, l'appareil génital mis à part; il n'existait notamment ni lésions articulaires, ni myosite, ni névrite, ni symptômes d'une intoxication ou d'une infection chronique (syphilis, alcoolisme, saturnisme); il n'y avait non plus aucun stigmate d'hystérie.

Dans ces conditions, l'attention de l'auteur fut attirée tout naturellement du côté de l'utérus, et, dans les 3 cas en question, il trouva des lésions très nettes; il s'agissait une fois de rétroversion, une fois de latéroversion, une fois enfin de prolapsus avec antéversion. Aussi n'hésite-t-il pas à rapporter à ces déviations utérines les troubles de la marche présentés par ses patientes; et, de fait, dans le seul cas qui ait été soumis à l'intervention chirurgicale, la guérison complète a été obtenue par l'opération d'Alexander. (*Riforma med.*, 7 février 1901.) — F. F.

37 laparotomies pour plaies de l'abdomen, et statistique de 1,291 cas de lésions analogues traités de 1893 à 1900, par M. F. Camaggio.

Ayant pratiqué pour plaie de l'abdomen 37 laparotomies (dont 19 exploratrices) avec 8 morts, tandis que la guérison survint spontanément dans une série parallèle de 23 cas où l'intervention n'avait pas eu lieu — soit que le patient l'eût refusée, soit que l'état général eût été considéré comme trop grave, soit enfin que l'expectation eût semblé préférable —, M. Camaggio a eu l'idée de rassembler toutes les observations de plaies abdominales traitées à l'Ospedale de'Pellegrini e di S. Maria di Loreto, à Naples, durant la période qui s'étend de l'année 1893 au milieu du mois de septembre 1900.

Disons tout de suite que le total auquel il est arrivé s'élève à 1,291 cas : 759 furent opérés, avec 196 morts (25.87 %); les 532 autres, qui ne furent soumis à aucune intervention, donnèrent seulement 70 décès (13.15 %).

Mais cette statistique globale n'a qu'une valeur relative; afin de pouvoir faire des comparaisons utiles, il importe d'établir des distinctions.

C'est ainsi que, pour ce qui est des cas traités par la laparotomie, 311 sont relatifs à des plaies par coup de couteau, vérifiées *non pénétrantes* à l'ouverture du ventre; il y eut 30 morts, soit 9.64 % : la laparotomie exploratrice n'est donc pas une intervention d'une bénignité absolue.

Chez 381 autres malades, également laparotomisés pour coups de couteau, on trouva des lésions viscérales; la mortalité s'éleva à 32.02 % (122 décès); 65 fois, enfin, la laparotomie fut pratiquée pour blessure par arme à feu, et elle eut 42 fois une issue fatale, soit une léthalité de 64.61 %.

En ce qui concerne maintenant les cas non opérés, il s'agissait, chez 221 blessés, de plaie certainement pénétrante par coup de couteau; 50 succombèrent (22.62 %); 158 fois on soupçonnait seulement la pénétration, et il n'y eut que 8 décès, soit 5.06 %. Quant aux blessures par arme à feu, la statistique en comprend 44 cas; 24 fois la plaie était sûrement pénétrante, 20 fois elle l'était probablement; or, l'issue fatale survint 16 fois (36.36 %), et uniquement pour des faits de la première catégorie.

Enfin, dans un dernier groupe M. Camaggio réunit les observations de contusion de l'abdomen traitée ou non par la laparotomie; des 111 cas qu'il en a rassemblés, il n'y en a que 2 qui donnèrent lieu à une intervention; les deux opérés succombèrent, ainsi que 18 des 109 autres blessés; la mortalité totale atteint 16.51 %.

C'est surtout la comparaison des chiffres correspondant aux blessures par coup de couteau qui est intéressante : la léthalité en cas de plaie pénétrante, de 36.62 % chez les laparotomisés, s'abaisse à 29.23 % chez les blessés traités par l'expectation; mais, comme le fait observer l'auteur, il est probable que chez un certain nombre de ces derniers la plaie, quoique pénétrante, n'intéressait pas les viscères; aussi, pour que les proportions soient comparables, il faut établir la mortalité totale des cas traités par la laparotomie, qu'il y eût ou non des lésions viscérales; or, en faisant ainsi entrer en ligne de compte les observations de simple laparotomie exploratrice, la mortalité des cas traités chirurgicalement n'est plus que de 21.96 %.

Bien que ces chiffres soient plutôt favorables à l'intervention, M. Camaggio s'élève contre l'abus que font de la laparotomie certains chirurgiens, qui vont même jusqu'à ouvrir le ventre pour rechercher si la plaie a réellement traversé la paroi; il estime que l'immobilisation — et pour l'assurer il va jusqu'à proscrire l'aseptisation de la plaie —, ainsi que l'administration d'opium, assurerait dans bien des cas la guérison en dehors de tout acte opératoire. (*Gazz. internazionale di medicina pratica*, 15 et 31 octobre 1900.) — F. F.

Contribution à l'étude bactériologique du sang dans la gastro-entérite aiguë, par MM. G. Pieraccini et M. Nencioni.

Dans le but de déterminer si les phénomènes généraux qu'on observe dans la vulgaire indigestion — accident dont la pathogénie est, somme toute, assez mal fixée — sont dus purement à une intoxication gastro-intestinale ou si, au contraire, les microbes qui fourmillent normalement dans le tube digestif interviennent en passant dans le torrent circulatoire, MM. Pieraccini et Nencioni ont ensemencé du sang recueilli sur 11 malades atteints d'indigestion, qu'ils divisent en trois groupes, selon que la symptomatologie était plutôt gastrique (4 cas), également gastrique et intestinale (4 cas) ou à peu près exclusivement intestinale (3 cas). Or, chez ces 11 sujets les essais de culture, faits avec toutes les précautions nécessaires, sont restés constamment négatifs; la question paraît donc bien tranchée en faveur de la nature simplement toxique de l'indigestion.

Il semble, d'ailleurs, qu'une altération profonde de la paroi intestinale soit nécessaire pour que cette paroi se laisse traverser par des éléments microbiens; c'est ainsi que dans un cas d'appendicite, dans un d'occlusion intestinale et dans un de cirrhose de Laënnec avec gastrite chronique et entérite ulcéreuse hémorrhagique — ces trois faits s'étant terminés par la mort — les cultures, pratiquées dans les mêmes conditions que précédemment, donnèrent des colonies de colibacille; par contre, chez une jeune femme ayant succombé à un empoisonnement par des champignons, le résultat des ensemencements demeura stérile, même avec du sang prélevé six heures seulement avant la mort. (*Riforma med.*, 14, 15 et 16 janvier 1901.) — F. F.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon. — M. le professeur DEBOVE.

Pathogénie et traitement de l'obésité.

Nous avons eu à plusieurs reprises l'occasion d'étudier dans le service un malade atteint d'adipose, qui, pesant 147 kilogrammes au moment de son admission, perdit 53 kilogrammes en moins d'un an sous l'influence d'un régime alimentaire spécial. Je n'insisterai d'ailleurs pas sur l'histoire de cet homme, que j'ai présenté l'an passé à l'Académie de médecine et dont l'observation a été publiée dans tous ses détails (1).

Il ne me paraît cependant pas inutile d'attirer une fois de plus votre attention sur quelques-uns des problèmes que suscite l'étude de l'obésité, particulièrement sur la pathogénie et le traitement de cette affection. L'occasion m'en est fournie par un patient que je soigne en ville depuis près d'un an, et dont je vais tout d'abord vous exposer l'histoire clinique :

Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, prédisposé à l'obésité par ses antécédents héréditaires : son père était goutteux, sa mère et son grand-père étaient obèses; enfin une arrière grand'mère du côté maternel l'était au point que, vers la fin de sa vie, elle ne pouvait plus entrer dans une voiture de place et n'osait plus sortir dans la rue parce qu'on se retournait sur son passage.

Avec de tels antécédents, il aurait fallu à cet homme, pour échapper à l'obésité, une alimentation très modérée et beaucoup d'exercice.

Or, il mangeait trop. Lui-même raconte qu'il avait bon appétit et passait pour une bonne fourchette. Il aimait particulièrement les viandes grasses, les farineux, le macaroni, le boudin, les pâtisseries, les plats sucrés, etc., sans compter le pain dont il mangeait en abondance.

Les inconvénients de ce régime étaient d'autant plus grands que notre malade, dont la profession était sédentaire, prenait fort peu d'exercice physique; il a vécu d'abord près de sa mère, s'est marié de bonne heure, se plaisait au foyer domestique et sortait fort peu. Je soupçonne volontiers qu'une sorte de paresse due à sa constitution entrait pour une bonne part dans sa sagesse.

Plutôt chétif dans l'enfance, il n'avait commencé à engraisser que vers dix-huit ans, âge où l'obésité apparaît d'ordinaire; celle des enfants est souvent le fait de causes spéciales dont je n'ai pas à m'occuper en ce moment. Comme il ne s'est pas pesé d'une façon régulière, j'ignore la progression qu'a suivie son obésité. Mais quand je le vis, au mois de mars 1900, son embonpoint lui était devenu fort gênant.

Il pesait 117 kilogrammes, poids exagéré pour sa taille qui, étant de 1 m. 66, aurait comporté environ 66 kilogrammes; il dépassait donc de cinquante et un kilogrammes son poids normal.

Et il ne s'agit pas seulement ici d'une question de plastique, de forme extérieure, mais surtout de troubles apportés dans le fonctionnement de plusieurs systèmes par cet embonpoint excessif.

Avant tout, l'obésité porte sur les fonctions intellectuelles, qu'elle amoindrit.

Les obèses n'avaient pas bonne réputation au temps des Lacédémoniens qui les croyaient privés d'intelligence et de mémoire, et les excluaient des charges de l'Etat. Shakespeare n'en pensait pas mieux lorsqu'il écrivait :

Fat paunches have lean pates.

Notre homme n'était pas tombé si bas. Cependant il était d'une extrême apathie intellectuelle; il s'endormait constamment et avait de véritables crises de narcolepsie. Se couchant vers dix heures et demie du soir, il dormait jusqu'à deux heures du matin; à partir de ce moment le sommeil était interrompu, et il se levait trois ou quatre fois par heure; il sortait définitivement du lit à six heures du matin, mais quelques minutes après, envahi par un sommeil invincible, il dormait deux heures dans un fauteuil.

Pendant la journée, il était pris, en écrivant, d'irrésistibles crises de sommeil, dont il était tiré par la chute de la plume lui tombant des doigts. Il n'était pas rare qu'au cours d'une conversation il s'endormît profondément; ses amis étaient obligés de le pincer ou de lui donner des tapes sur l'épaule pour le réveiller.

Plusieurs fois même, il lui est arrivé de s'endormir debout et de tomber. Quelques-unes de ces chutes ont eu des suites fâcheuses : un jour il a cassé une glace contre laquelle il était appuyé; une autre fois il est tombé dans un escalier et s'est fait une plaie contuse dont il subsiste encore des traces.

Ces troubles cérébraux qui l'inquiétaient, et inquiétaient encore plus son entourage, n'étaient pas les seuls. Le moindre mouvement lui était devenu pénible et était une véritable cause de fatigue; c'était pour lui un travail considérable que de monter à son appartement situé au cinquième étage. D'autres actes qui exigent une énergie bien moins grande lui étaient devenus malaisés : ainsi, il ne pouvait plus lever les bras en l'air et avait de la peine à se laver le cou; lorsqu'il s'arrêtait dans un urinoir, il était obligé de s'appuyer contre les parois; enfin, le nettoiement après une garde-robe lui était très difficile.

Les mouvements respiratoires se faisaient d'une façon très insuffisante; le moindre effort provoquait de la dyspnée.

La graisse avait sans doute envahi le cœur comme les muscles de la vie de relation et les muscles respirateurs, car le pouls était mou, dépressible, légèrement accéléré; la surcharge graisseuse du cœur entrait probablement pour une certaine part dans la production de la dyspnée sous l'influence de causes minimes.

Les digestions étaient lentes, s'accompagnaient de formations gazeuses qui obligeaient le malade à desserrer sa ceinture pendant la période digestive.

Quant aux fonctions génitales, il est presque inutile d'en parler ; vous savez le proverbe : un bon coq n'est jamais gras; les Latins disaient aussi des gens obèses, qu'ils sont

..... *in venerem segnes nocturnaque bella.*

Hippocrate enfin avait déjà remarqué que, « parmi les infirmités qu'occasionne très souvent le trop grand embonpoint, il faut ranger la stérilité. C'est un fait constaté non seulement dans l'espèce humaine, mais encore chez les femelles de tous les autres animaux ».

La peau, distendue, avait une très grande finesse et s'irritait facilement; le sujet avait un intertrigo très prononcé des parties génitales et du sillon interfessier, et quelques placards d'eczéma sur les jambes.

Les urines ne contenaient ni sucre ni albumine.

Ainsi donc, notre malade présentait bien tous les caractères de l'obésité, tous les troubles qui résultent de l'insuffisance graisseuse des divers tissus : difficultés des mouvements de la vie de relation, gêne des mouvements respiratoires, de la circulation périphérique, troubles cérébraux.

Cette adiposité anomale avait une cause prédisposante, l'hérédité : il y avait eu plusieurs obèses dans la famille. Les causes efficientes étaient une nourriture trop abondante et un exercice insuffisant; le patient accumulait des réserves de graisse, les recettes étant très supérieures à la dépense dans son économie.

Toutefois la vraie cause, la cause déterminante de l'obésité nous échappe encore, car nous pouvons toujours faire maigrir un homme gras, mais non engraisser un homme maigre. J'ai vu bien des sujets maigres résister à tous les traitements ayant pour but de les faire engraisser. Or, ce je ne sais quoi qui fait l'obèse, nous savons bien qu'il est transmis par l'hérédité, mais c'est tout.

Nous aimons à masquer notre ignorance des causes par des théories. D'ailleurs les théories, vous le savez, sont indispensables au progrès des sciences; je vous en donnerai donc une; elle ne sera pas définitive — aucune théorie ne peut l'être —, il suffit qu'elle rende compte de tous les faits observés dans le problème en question.

A mon avis, l'obésité est due à un trouble du système nerveux. Voici ce que j'entends par là :

La quantité d'aliments que nous ingérons tous les jours n'est pas exactement proportionnelle à nos besoins. Lorsque nous dépassons notre ration d'entretien, une certaine partie des aliments absorbés est détruite par une série de dédoublements et d'oxydations; s'il en était autrement, un sujet qui dépasserait tant soit peu sa ration quotidienne d'entretien s'accroîtrait indéfiniment. Il y a donc un appareil régulateur qui préside à la destruction des matières ingérées en excès et qui modère les combustions pendant les périodes de jeûne pour maintenir l'équilibre de la nutrition. Or, tout appareil régulateur, quel que soit son mode de fonctionnement, appartient au système nerveux; c'est donc un appareil nerveux qui est dérangé chez les gens obèses.

L'influence du système nerveux sur la nutrition est établie par des expériences si nombreuses qu'on n'a que l'embarras du choix. Ainsi nous avons vu (1) des hystériques, privées complètement d'aliments, qui pouvaient réduire leurs oxydations au minimum, n'éliminer que 7 grammes d'urée par jour et ne perdre que 4,300 grammes en quinze jours. Au contraire, j'ai connu une femme, en proie à un violent chagrin, qui mangeait tous les jours, à tous les repas, insuffisamment il est vrai, et qui en deux semaines perdit 15 livres, par conséquent beaucoup plus que la malade soumise à l'inanition. La première observation prouve que sous l'influence du système nerveux les dépenses peuvent être réduites au minimum; la seconde que, sous cette même influence, il peut se produire une dénutrition et, par conséquent, un amaigrissement rapide.

Il y a donc bien un appareil nerveux qui règle les combustions, les accélère ou les ralentit, amène l'oxydation des éléments absorbés ou provoque leur dépôt sous forme de graisse.

Ce que j'attribue à un trouble nerveux, M. Bouchard le rattache à un ralentissement de la nutrition. De sa théorie à la mienne il n'y a qu'un pas ou, plus exactement, c'est la même théorie présentée sous des formes différentes. Il s'agit toujours chez nos malades d'un ralentissement de la nutrition. Mais je crois qu'il faut, pour expliquer ce ralentissement, invoquer le trouble nerveux, le système nerveux étant, en définitive, le régulateur de la nutrition.

Ce trouble nerveux est primitif ou secondaire, primitif lorsqu'il survient sous l'influence d'une cause qui nous échappe et qui peut être héréditaire, secondaire quand il apparaît comme effet d'une cause facilement constatable, telle que la goutte, le diabète, la chlorose, la ménopause, l'arrêt de développement des testicules, le myxœdème, etc.

Si l'obésité doit être attribuée à un trouble de l'appareil régulateur des combustions, son traitement comprendra deux périodes; j'appellerai la première, période d'alimentation insuffisante, et la seconde, période de régulation volontaire.

(1) DEBOVE. Du traitement de l'obésité. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 6 mars 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 85.)

(1) DEBOVE et FLAMAND. Recherches expérimentales sur l'hystérie. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 14 août 1885 et *Semaine Médicale*, 1885, p. 294.)

Pour faire maigrir un sujet, il faut le soumettre à une alimentation insuffisante; il faut diminuer ses revenus, de façon à l'obliger à puiser dans les réserves qu'il a accumulées par une sorte d'économie exagérée. Mais qu'est-ce qu'une alimentation insuffisante? Evidemment celle qui ne suffit pas à couvrir la dépense de l'organisme; et ceci nous conduit à l'évaluation de la dépense et de la recette.

Les aliments que nous ingérons servent à l'entretien de notre corps, à son accroissement, au maintien de la chaleur animale, au travail effectué.

Laissons de côté l'accroissement du corps, qui n'a lieu qu'à un certain âge, et supposons ici qu'il s'agisse seulement des adultes. La portion des aliments nécessaire à l'entretien matériel des tissus est assez restreinte, et nous pouvons encore ne pas en tenir compte dans le cas particulier.

La plus grande partie des aliments est employée à produire de la chaleur et du travail. Vous savez que chaleur et travail sont des termes identifiés. Reste donc que la valeur d'un aliment est représentée par sa valeur thermique, et la ration d'entretien peut être exprimée par un nombre de calories. On l'estime, pour un homme au repos, à 43 calories par kilogramme de poids; un quart en plus, c'est-à-dire 54 calories par kilogramme, serait nécessaire pour un homme qui se livrerait à un travail pénible.

Donc, l'alimentation est insuffisante lorsqu'elle devient notablement inférieure à 43 calories par kilogramme. Nous disons notablement inférieure, parce qu'il se produit dans l'économie de véritables accommodations, l'individu qui reçoit moins d'aliment diminuant automatiquement ses combustions, comme un homme dont les revenus diminuent peut encore maintenir l'équilibre de son budget en restreignant ses dépenses.

Ainsi, la valeur alimentaire d'une substance peut s'apprécier par sa valeur thermique. Or, le nombre des calories fournies par 1 gramme de substance alimentaire est, pour les hydrates de carbone et les albuminoïdes, de 4 calories 1, et pour les graisses, de 9 calories 3.

Tous ces aliments peuvent se remplacer dans des proportions isodynames, et quelle que soit leur nature ils sont susceptibles de donner lieu à des formations de graisse.

Il y a même des produits alimentaires qui ne peuvent directement produire de la graisse, et qui cependant font engraisser; je citerai l'alcool, dont la valeur thermique est élevée, puisque la combustion de 1 gramme d'alcool produit 7 calories. Aussi un homme qui prend de l'alcool engraisse, parce que pendant qu'il brûle son alcool, lequel fournit les calories nécessaires à son entretien, il ne brûle pas les autres aliments qui restent en excès et servent à former des dépôts de graisse dans les tissus.

Ceci dit, il vous sera facile d'apprécier la valeur nutritive, ou si vous aimez mieux la valeur calorifique ou la valeur « engraissante » (excusez cette locution barbare) des aliments, en vous reportant à un des tableaux qui ont été publiés à cet effet et qui indiquent la composition de chaque aliment, entre autres à celui de König (1). Vous rappelant, en effet, que la ration d'entretien est de 43 calories par kilogramme au repos, si vous connaissez la valeur thermique des aliments, il est très simple, étant donné le poids d'un sujet, de calculer sa ration d'entretien.

Prenons pour exemple un homme qui pèse 70 kilos. Sa ration d'entretien est de $70 \times 43 = 3{,}010$ calories. Supposons qu'on veuille l'alimenter avec du lait, lequel contient, par 100 grammes, 3 gr. 50 centigrammes d'albuminoïdes, 4 gr. 90 centigr. de carbone et 3 gr. 70 centigr. de graisses. Les albuminoïdes et les hydrates de carbone ayant la même expression thermique (4.1), nous pouvons les additionner, ce qui fait 3 gr. 50 centigr. + 4 gr. 90 centigr. = 8 gr. 40 centigr. Leur combustion fournira $8.40 \times 4.1 = 34$ calories 44.

La combustion des graisses donnera, d'autre part, $3.70 \times 9.3 = 34$ calories 41.

Additionnant ces deux quantités, nous trouvons : $34.44 + 34.41 = 68$ calories 85, c'est-à-dire que la combustion de 100 grammes de lait fournit 68 calories 85.

Comme 3,010 calories sont nécessaires pour la ration complète d'un homme de 70 kilogrammes, un calcul élémentaire nous montre qu'il lui faut ingérer un peu plus de 4 litres de lait par jour.

Remarquez aussi que la combustion de la graisse du lait d'une part, des matières albuminoïdes et des hydrates de carbone de l'autre, produit, à peu de chose près, le même nombre de calories; donc l'écrémage, qui enlève la graisse, diminue de moitié la valeur nutritive du lait, et le lait écrémé sera un excellent aliment pour les cures d'amaigrissement. Si le lait n'est pas écrémé, il faut, pour faire maigrir un homme de 70 kilogrammes, une ration inférieure à 4 litres.

Il serait facile de faire pour tous les aliments un calcul analogue à celui que nous venons de faire pour le lait. Il suffirait de se reporter à la table de König et de déterminer la valeur thermique des aliments ingérés.

Ces calculs étaient nécessaires pour préciser notre théorie; il n'est pas utile d'y recourir chaque fois dans la pratique.

Pour faire maigrir un sujet, il faut le mettre à une ration insuffisante, sans qu'il souffre de la faim et sans qu'il éprouve le moindre trouble général.

Afin de calmer la faim en maintenant l'alimentation insuffisante, il suffit d'avoir recours à des aliments dont la valeur thermique est peu élevée, même sous un volume considérable. J'ordonne le lait, de préférence écrémé, coupé d'eau ou de thé, les légumes verts (choux, épinards, salades), les fruits frais.

Une particularité sur laquelle j'appelle votre attention, sans pouvoir vous en donner l'explication, c'est que les sujets qui s'alimentent avec des végétaux frais, de la viande crue, etc., enfin avec ce que j'appellerai de la matière vivante, supportent l'alimentation insuffisante beaucoup mieux que les autres.

Je laisse boire les malades à volonté, et pour cela j'ai plusieurs raisons. Le supplice de la faim n'est pas bien pénible, celui de la soif est atroce. Si l'on oblige les malades à manger peu, il est utile de les laisser boire à volonté. Comme l'eau entraîne les produits de combustion de l'organisme, ce n'est pas impunément que chez certains sujets, en diminuant la quantité des boissons, on diminuerait celle des urines; la privation des liquides peut provoquer des crises de colique néphrétique, auxquelles les obèses sont particulièrement prédisposés. D'ailleurs l'eau n'engraisse pas (je parle de l'eau et non des boissons alcooliques), je crois l'avoir démontré naguère dans un travail en collaboration avec M. Flamand (1) : à l'aide de recherches ayant porté sur une hystérique, puis sur l'un de nous, j'ai fait voir que, l'équilibre de poids étant obtenu par une ration d'entretien, on ne le fait pas varier en faisant varier la quantité d'eau ingérée.

Cette proposition que l'eau n'engraisse pas paraît contredire ce qu'on observe chez les gens soumis au régime sec; ceux-ci maigrissent, il est vrai, mais c'est parce que, privés de boisson, ils mangent moins; mettez un obèse devant un succulent repas, permettez-lui de manger de tous les plats à discrétion, mais défendez-lui de boire, il ne fera pas honneur à votre cuisine. La privation de boissons agit indirectement en diminuant l'appétence.

Il faut aussi avoir grand soin de maintenir la liberté des garde-robes. La cure est rendue plus rapide par l'usage de purgations légères qui rendent une partie des aliments inutiles, car on n'est pas engraissé par ce qu'on a ingurgité, mais par ce qu'on a digéré, et les purgations provoquent de petites indigestions qui font rejeter par les garde-robes des matières non encore digérées. Je connais des obèses qui ont recours à ce procédé toutes les fois qu'ils font un petit « extra ».

Ces principes étant posés, voyons quelle application nous en avons fait à notre malade. Lorsqu'il commença son régime, le 21 mars 1900, son poids était de 235 livres. Il refusa le lait, pour lequel il avait un véritable dégoût, et se nourrit de légumes verts et de fruits à discrétion. Aussitôt que vint l'été, il se livra à une véritable débauche de fruits nouveaux. Quand il avait faim dans la rue, il mangeait une orange ou une banane. Il buvait du thé léger avec de l'eau. Avant chaque repas, il prenait 10 gouttes de teinture d'aloès pour entretenir la liberté du ventre.

Voici la progression suivie dans la diminution du poids :

Le 21 mars	il pesait	....	235	livres
Le 23	—	—	235	—
Le 24	—	—	234	—
Le 25	—	—	233	—
Le 26	—	—	231	—
Le 23 avril	—	....	213	—

A ce moment, je permis du bouillon dégraissé, du café après le déjeuner. Le régime fut continué jusqu'au 30 juin : à cette date, le malade ne pesait plus que 189 livres.

Pendant la période qui s'étend du 30 juin au 10 août, le régime fut moins sévère, à cause d'un séjour à la campagne; cependant, au retour à Paris, le poids était tombé à 178 livres.

Bien que le régime, depuis cette époque, n'ait jamais été très strictement suivi, le poids s'est abaissé à 159 livres le 9 décembre, à 157 livres le 14 décembre; depuis il s'est relevé à 163 livres.

Donc notre malade a perdu en neuf mois 72 livres, c'est-à-dire près du tiers de son poids, soit plus de 125 grammes par jour. La diminution a été beaucoup plus rapide au début, comme cela arrive toujours; c'est ce qu'on a exprimé en comparant la première graisse brûlée à la dette flottante d'un Etat. Pour nous, nous dirons que la régulation nerveuse des combustions est automatique, et qu'elle restreint d'autant plus les dépenses que les réserves ont plus diminué : aussi les restreint-elle moins au début de la cure qu'à la fin.

Examinons maintenant quelle a été l'influence du traitement sur la santé générale, si ce traitement a été difficile à suivre, et si les résultats obtenus se maintiendront. Je n'ai qu'à citer textuellement ce que le malade a répondu à un de mes élèves : « Mon insomnie nocturne et mes somnolences de la journée sont remplacées par un sommeil réparateur; la gêne des mouvements a disparu peu à peu, la montée des escaliers m'est devenue facile, la marche n'est plus fatigante. » Aujourd'hui, le patient va facilement de Notre-Dame-de-Lorette à la place de l'Opéra, de là au Théâtre-Français, puis à la place de la République. Les mouvements étendus des bras se font sans difficulté; l'intertrigo a disparu; les migraines, autrefois fréquentes, sont rares; le travail intellectuel est incomparablement meilleur. Le malade a tellement maigri qu'il est difficilement reconnu par les personnes qui ne l'ont pas vu depuis plusieurs mois; cet amaigrissement a eu pour conséquence l'apparition de vergetures à la partie inférieure de l'abdomen et sur les cuisses. Enfin les appétits sexuels, presque éteints, se sont réveillés.

(1) J. König. Chemie der menschlichen Nahrungs- und Genussmittel. I. Teil. : Chemische Zusammensetzung der menschlichen Nahrungs- und Genussmittel, nach vorhandenen Analysen mit Angabe der Quellen zusammengestellt und berechnet. Berlin, 1879.

(1) Debove et Flamand. De l'influence de l'eau sur la nutrition. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 11 déc. 1885 et 26 mars 1886, et *Semaine Médicale*, 1885, p. 422 et 1886, p. 129.)

Ces résultats sont analogues à ceux que nous avons obtenus chez le premier sujet dont je vous ai rappelé l'histoire au début de cette leçon et dont vous pouvez vérifier l'état, car il est resté à l'hôpital où il a trouvé des occupations. Il a cessé tout régime et n'a augmenté que de quelques livres : son poids actuel est encore inférieur de 50 kilogrammes au poids qu'il avait à son entrée dans notre service.

Je pourrais multiplier les observations. Laissez-moi seulement résumer celle qu'a faite sur lui-même un médecin de trente-neuf ans, obèse et goutteux par hérédité. Sous l'influence d'une alimentation insuffisante, il a maigri en quatorze mois de plus de 30 kilogrammes : pesant au début 119 kilogr. 500, il pèse aujourd'hui 89 kilogr. 400. Voici le régime alimentaire qu'il s'est imposé:

1er déjeuner. — Une tasse de thé au lait.

Repas de midi. — Une ou deux tranches de viande, un peu de légumes ou de salade, 100 à 150 grammes de pain, un peu de fromage, fruits à discrétion, une tasse de café noir sans sucre.

Repas du soir. — Un demi-litre de lait chaud sucré, 30 à 50 grammes de pain, fruits à discrétion.

L'amaigrissement a été supporté sans fatigue. Le seul inconvénient a consisté en cinq ou six crises violentes d'hyperchlorhydrie, que la craie préparée et le bicarbonate de soude ont calmées. Jamais de constipation; au contraire, après le lait du soir, il y a eu assez fréquemment des selles molles, presque de la diarrhée.

Ce régime n'a pas été difficile à suivre. Le malade déclare même qu'il l'a suivi *avec plaisir;* l'amélioration notable constatée au bout d'une dizaine de jours l'a vivement encouragé, et il affirme qu'à aucun moment il n'a ressenti ni dégoût, ni lassitude.

La plupart des sujets ne sont pas aussi faciles à traiter, et on n'obtient des résultats satisfaisants qu'à certaines conditions. Une des premières est d'obliger le malade à manger seul; car il est cruel de se priver lorsqu'on est au milieu de gens qui mangent à leur appétit des mets paraissant d'autant plus succulents qu'ils ont l'attrait du fruit défendu; c'est le supplice de Tantale. Aussi est-il préférable, chaque fois qu'on le peut, de placer le patient dans une maison de santé; il n'y sera pas exposé à la tentation de plats qu'on passe devant son nez, aux quolibets des autres convives, à entendre des objections de ce genre : « Vous allez vous ruiner la santé... A votre place j'enverrais promener mon médecin... », et autres paroles plus désobligeantes encore pour nous. Dans une maison de santé, le malade nous obéit mieux, et ce système a de grands avantages ici comme partout où il faut l'obéissance du patient.

Maintenant, les résultats de la cure se maintiendront-ils? Je vous répondrai que cela dépend du sujet.

J'ai dit, en effet, que le traitement devait se diviser en deux périodes : période d'alimentation insuffisante et période de régulation volontaire.

Une fois l'amaigrissement obtenu, le malade devra suivre un régime atténué et se peser fréquemment, de façon à restreindre son alimentation ou à la faire plus abondante, suivant le résultat des pesées. Son appareil nerveux de régulation ne fonctionnant plus normalement, il substituera ainsi à la régulation automatique une régulation volontaire.

Mais le régime que je préconise n'a-t-il pas des inconvénients? — Je n'en ai vu aucun. Certains sujets parlent bien de sensations désagréables, se plaignent d'autant plus qu'ils sont plus nerveux et plus incapables d'un effort de volonté. Cette volonté qui leur échappe, tâchez de l'avoir pour eux.

Je crois pouvoir passer sous silence les divers régimes que les médecins préconisent pour faire maigrir. On peut multiplier ces régimes à l'infini, mais ils ont tous pour base le principe de l'alimentation insuffisante qu'on réalise de différentes manières; aussi me contenterai-je en terminant d'examiner avec vous l'action de l'hydrothérapie, celle des bains turcs, des eaux minérales, de l'exercice, de certains médicaments.

De l'hydrothérapie je n'ai qu'une chose à dire, c'est que jamais je n'ai constaté qu'elle eût fait maigrir un obèse.

Quant aux bains turcs, il est des malades qui les fréquentent dans l'espoir de maigrir; ils se pèsent chaque jour à l'entrée et à la sortie du bain et s'en vont très satisfaits d'avoir perdu 1 kilogramme; il est vrai que c'est 1 kilogramme de sueur et qu'ils récupéreront bientôt ce poids dès qu'ils auront bu à leur soif. Lorsqu'ils auront ainsi, pendant des semaines, laissé le matin 1 kilogramme qu'ils auront repris le soir, ils seront aussi avancés qu'au début de leur cure.

Les eaux minérales peuvent-elles faire maigrir? Oui, indirectement, si elles sont purgatives, parce qu'elles provoquent alors une série d'indigestions; mais elles n'ont pas par elles-mêmes d'action sur l'obésité. On voit cependant des malades qui reviennent plus maigres après une cure dans certaines stations d'eaux minérales. Cela tient souvent à la mauvaise qualité des tables d'hôte (je parle surtout des stations étrangères). On pourrait fermer, par exemple, telle station que je connais; pourvu qu'on laissât subsister les hôtels, les cures d'amaigrissement continueraient.

Les médecins de villes d'eau se fient, d'ailleurs, si peu à l'action de leurs eaux qu'ils prescrivent en même temps des régimes qu'on peut varier à volonté, mais qui produisent leur effet pourvu qu'ils alimentent insuffisamment le sujet soumis à la cure.

Je ne veux pas dire pour cela qu'il faille renoncer aux eaux thermales, car elles ont le grand avantage de séparer le malade de son milieu et de lui imposer un genre de vie qu'il n'observerait pas chez lui. Je ne crois donc pas, je le répète, à l'action des eaux dans le traitement de l'obésité, mais je crois très bien aux effets obtenus dans certaines stations d'eaux minérales, et ces effets seront d'autant meilleurs que le médecin aura eu plus d'empire sur son malade. C'est ce qui se passe dans les maisons de santé où on exerce une surveillance régulière sur des sujets naturellement indociles.

Passons maintenant à l'exercice physique. Vous serez peut être étonnés qu'il donne dans la pratique des résultats tout différents de ceux auxquels on pouvait s'attendre. Théoriquement, l'exercice augmente la dépense, et l'individu brûle tous ses aliments, et même une partie de sa graisse. Dans la réalité, il n'est pas rare de voir, à la suite d'exercices prescrits, l'appétit augmenter chez les obèses; de là une alimentation plus abondante qui est suivie d'engraissement. Pour faire maigrir, il faudrait que l'exercice allât jusqu'au surmenage, et le surmenage ne doit jamais être conseillé.

Parmi les médicaments préconisés pour faire maigrir, laissant de côté les purgatifs sur lesquels je vous ai déjà dit mon opinion, je ne parlerai ici que de la médication thyroïdienne, et pour la déconseiller. Sans doute, la thyroïdine fait maigrir certains sujets, mais les résultats merveilleux qu'elle a donnés dans quelques cas ont tous été obtenus chez des individus dont l'obésité était en relation avec une insuffisance des fonctions thyroïdiennes et représentait une variété de myxœdème fruste.

Le plus souvent, l'obésité ne pouvant être rattachée à l'insuffisance thyroïdienne, le traitement par la thyroïdine n'est pas indiqué; il est même dangereux, car il donne lieu parfois à des troubles cardiaques graves; il a même pu, étant imprudemment employé, occasionner la mort.

Je citerai ici les remarques que M. Javal (1) a faites sur lui-même en essayant la médication thyroïdienne, et l'accident mortel survenu à un de ses maîtres qui fut mon intime ami.

C'est en 1896 que M. Javal expérimenta cette médication. Avec un de ses maîtres, il prit tous les jours, pendant deux semaines, un lobe de glande thyroïde de mouton qu'un boucher apportait frais tous les matins et qu'ils mangeaient cru. Pendant les quatre premiers jours, leur poids tomba de 1,800 grammes, puis il resta stationnaire. M. Javal n'avait éprouvé aucun malaise, son pouls ne s'était pas accéléré et il aurait continué l'expérience, si son collaborateur n'avait été pris de tachycardie, de vertiges, et presque de syncopes; il vit subitement son pouls, qui ne battait d'habitude qu'à 45, s'élever à 70; puis il eut des crampes, des fourmillements et une oppression considérable. Il cessa la médication, mais mourut subitement très peu de jours après. « Je n'ai su que plus tard, ajoute M. Javal, que mon maître avait depuis longtemps une lésion cardiaque, et qu'il avait eu déjà une crise d'angine de poitrine. »

Le malade dont je vous ai tout au long rapporté l'histoire, avait essayé aussi de la thyroïdine il y a deux ans. Il continua ce médicament pendant huit jours, mais il fut pris de palpitations, son pouls s'éleva à 100 et 110 pulsations par minute. Sur le conseil de son médecin, il cessa son traitement; l'accélération du pouls persista une huitaine de jours encore. L'amaigrissement amené par ce médicament aurait été de 2 ou 3 livres en une semaine.

Si, d'ailleurs, la thyroïdine ou tout autre médicament faisait maigrir, dès qu'on en cesserait l'usage l'embonpoint reviendrait, et il faudrait recommencer indéfiniment, ce qui est impossible; tandis qu'on peut fort bien continuer sans inconvénient un régime alimentaire atténué, comme celui que je conseille.

En vous conformant aux règles que je viens de vous tracer, vous réussirez certainement à guérir l'obésité; mais, ne l'oubliez pas, ce succès dépendra beaucoup moins de vous que de l'énergie du malade. Il en est, vous le savez, qu'il faut renoncer à guérir, parce qu'ils ne le veulent pas. C'est ce qui vient de m'arriver avec une cliente qui m'a déclaré qu'elle ne pouvait suivre mon régime parce qu'il l'engraissait, et qu'elle avait, d'ailleurs, remarqué qu'elle engraissait d'autant plus qu'elle mangeait moins. Que faire après une telle remarque? Les malades se sont souvent moqués des médecins et ont raconté sur eux mille histoires amusantes; combien le seraient davantage celles que nous pourrions, à notre tour, raconter sur les malades, si nous n'étions enchaînés par le secret professionnel!

(1) Javal. De l'obésité; hygiène et traitement. (*Thèse de Paris*, 1900.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mars 1901.

Rôle de certains nématodes dans l'étiologie de l'appendicite.

M. Metchnikoff. — J'ai eu l'occasion, depuis quelque temps, de constater la présence d'œufs d'ascaride ou de trichocéphale dans les matières fécales de malades atteints d'appendicite. Le traitement vermifuge qui fut alors institué amena la guérison de l'appendicite sans qu'il fût nécessaire de recourir à une opération.

J'ai tout lieu de penser que dans beaucoup d'autres cas, les troubles appendiculaires reconnaissent la même cause.

A la fin de l'année dernière, j'ai lu dans la *Semaine Médicale* l'observation d'un malade atteint d'accidents graves ayant simulé une appendicite avec péritonite généralisée, accidents qui disparurent à la suite de l'expulsion de deux lombrics.

D'autre part, il existe dans la littérature toute une série de faits dans lesquels l'opération ou l'autopsie ont permis de constater la

présence de vers intestinaux dans l'appendice (A ce sujet, voir plus loin, p. 86). Il est donc bien établi aujourd'hui que les nématodes sont la cause d'un grand nombre d'appendicites.

Le rôle de ces parasites est double : ils exercent d'abord leur influence, mécanique ou chimique, directement sur l'appendice ou les parties voisines; ils agissent, en outre, indirectement, par l'intermédiaire des microbes qu'ils introduisent dans la muqueuse. Il est donc indispensable désormais d'examiner les matières fécales dans les maladies de l'intestin, comme on le fait pour les expectorations dans les affections de l'appareil respiratoire et pour l'urine dans les maladies des voies urinaires.

On a pensé que si l'appendicite frappe plusieurs membres d'une même famille, c'est qu'il s'agit de quelque tare héréditaire commune. Il est impossible d'invoquer cette cause pour les petites épidémies d'appendicite qui s'observent de temps en temps dans les pensionnats. Il est, au contraire, très facile d'expliquer ces faits par la consommation, dans la même famille ou dans la même institution, de légumes crus souillés par des déjections humaines.

Il est bien établi, en effet, que les deux espèces de nématodes que nous trouvons dans les appendicites se transmettent par des larves renfermées dans les enveloppes de l'œuf. Les embryons mûrissent en dehors du corps humain, dans la terre ou dans l'eau souillées par les matières fécales d'individus infestés d'ascarides ou de trichocéphales. C'est cette eau impure, ainsi que les légumes et les fruits, qui servent de véhicule aux parasites intestinaux.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de dire quelle est la proportion des cas d'appendicite reconnaissant pour cause ces helminthes.

Il y a certainement des appendicites qui ont une autre origine; néanmoins il est indiqué, en présence du grand nombre de sujets porteurs de nématodes, de soumettre les matières fécales à l'examen microscopique, particulièrement en cas d'appendicite.

Les œufs d'ascaride, étant toujours répartis assez régulièrement dans les déjections, peuvent être reconnus en quelques minutes. Les œufs de trichocéphale, au contraire, sont le plus souvent déposés dans le cæcum, et se trouvent par suite éliminés inégalement par les matières; il est donc prudent de faire plusieurs examens.

Comme un seul ver est capable d'obstruer l'appendice ou d'ensemencer ses parois, il est possible que, dans des cas rares et particulièrement difficiles pour le diagnostic, ce soit un lombric ou un trichocéphale mâle qui provoque l'accident. Alors l'examen des selles ne pourra donner aucune indication, et les vermifuges seront seuls à même d'assurer le diagnostic. Il est donc sage d'administrer quelquefois ces médicaments, même lorsque l'examen microscopique des matières fécales est resté négatif. Autrefois, on prescrivait de temps en temps des vermifuges aux enfants; depuis un certain nombre d'années cette pratique a été abandonnée. C'est là peut-être une des causes de l'augmentation de fréquence de l'appendicite, signalée par plusieurs cliniciens dans ces derniers temps. La consommation plus grande des légumes et des fruits crus, que l'on trouve maintenant en toutes saisons, l'arrosage des terrains maraîchers par les eaux d'épandage, enfin la négligence de la cure vermifuge expliquent, selon moi, un bon nombre de cas d'appendicite.

De l'ensemble de ces faits, il résulte un certain nombre de règles que je résume de la façon suivante :

1° Dans tous les cas suspects d'appendicite, on doit pratiquer l'examen helminthologique des matières fécales;

2° Toutes les fois que c'est possible, il faut instituer le traitement vermifuge (santonine contre les ascarides, thymol contre les trichocéphales);

3° Les personnes menacées d'appendicite doivent s'abstenir de manger des légumes crus, des fraises, etc., et de boire de l'eau non bouillie ou non filtrée;

4° La proscription des aliments crus et des eaux impures constitue de même une excellente mesure prophylactique;

5° Enfin, il convient d'examiner les selles de temps en temps, surtout chez les enfants, et d'administrer des vermifuges.

Hématémèses infectieuses.

M. Cornil communique l'observation d'une malade qui a succombé ces jours-ci à une péritonite généralisée, après avoir présenté des hématémèses abondantes.

L'autopsie n'a permis de rattacher ces hémorrhagies à aucune lésion de la muqueuse gastro-intestinale, qui était saine dans toute son étendue. L'origine de la péritonite est restée également obscure : les cultures de l'exsudat péritonéal démontrèrent bien l'existence de diplocoques et de streptocoques en chaînettes, mais la porte d'entrée de ces microbes ne put être déterminée.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 25 février, 4 et 11 mars 1901.

Maltosurie chez certains diabétiques.

MM. R. Lépine et **Boulud** (de Lyon). — Outre la glycose, on a parfois décelé, dans l'urine des diabétiques, des pentoses et de petites quantités de sucre déviant à gauche la lumière polarisée. D'après des recherches que nous poursuivons depuis plusieurs mois, on peut y rencontrer aussi de la maltose.

Nous observons en ce moment à l'Hôtel-Dieu de Lyon une femme d'une quarantaine d'années atteinte de diabète grave. Certains jours, le chiffre du sucre (compté comme glycose) donné par le polarimètre est *beaucoup* plus élevé que le chiffre indiqué par la liqueur de Fehling; or, après que l'urine a été portée à l'ébullition en présence de l'acide chlorhydrique, on observe une forte *diminution* du chiffre polarimétrique et une *augmentation* très sensible du chiffre donné par la liqueur cupro-potassique. C'est précisément ce que doit produire l'hydrolysation de la maltose : ce dernier sucre étant environ *trois fois plus* dextrogyre que la glycose, lorsqu'il est transformé en glycose par l'hydrolysation, on a nécessairement une forte diminution de la déviation polarimétrique, et comme, d'autre part, il réduit la liqueur de Fehling *moins* que ne fait la glycose, il faut qu'après l'hydrolysation le chiffre de la réduction augmente.

Nous signalons en passant le fait qu'il est *essentiel* d'opérer sur des urines *déféquées*.

Chez un chien à qui nous avons enlevé complètement le pancréas, il y a cinq semaines, et que nous maintenons en vie grâce à une alimentation carnée très copieuse, nous observons certains jours, exactement comme chez la malade en question, que le chiffre du sucre indiqué par le polarimètre est beaucoup plus élevé que celui qui est accusé par la liqueur de Fehling, et qu'après hydrolysation les chiffres sont de *sens inverse*. C'est surtout quand l'animal mange un peu de soupe (outre son kilogramme de viande) que le phénomène est bien accusé.

Nous l'avons encore constaté passagèrement chez une douzaine de chiens privés de pancréas, mais que nous n'avons pu conserver que peu de temps en vie. Nous ne l'avons pas trouvé chez plusieurs chiens après l'ingestion de phloridzine.

Le double dosage dont il vient d'être question permet, au moyen d'une formule connue, de doser la maltose en présence de la glycose. Mais nous avons réussi à la doser aussi *par différence*, en employant le liquide de Barfoed qui, comme on sait, réduit seulement la glycose.

De l'action du chloroforme sur le pouvoir réducteur du sang.

MM. Lambert et **Garnier**. — On sait depuis longtemps que l'urine des sujets soumis à la chloroformisation possède des propriétés réductrices, mais il a été impossible d'élucider jusqu'ici le mécanisme de ce phénomène que l'on a tour à tour essayé d'expliquer par la présence, dans l'urine en question, de glycose, de chloroforme en nature ou d'une substance réductrice dérivée du chloroforme.

Or, nous avons vu que si l'on place une quantité égale de sang défibriné de bœuf ou de cheval dans deux récipients identiques, mais dont l'un est traversé par un courant de vapeurs chloroformiques, tandis que dans l'autre il ne passe que de l'air, le sang contenu dans le premier vase présente, au bout d'une heure, un pouvoir réducteur notablement plus grand que le sang témoin; comme le procédé de dosage que nous avons employé élimine le chloroforme qui aurait pu se dissoudre dans le sang, force est d'admettre qu'il se produit aux dépens du chloroforme un composé doué de propriétés réductrices (acide formique, acide trichlorométhylglycuronique), ou bien que le chloroforme met en liberté un sucre réducteur provenant de la dissociation d'une molécule protéique.

Valeur de l'oxygène dans le traitement de l'intoxication par l'oxyde de carbone.

M. N. Gréhant. — Certains auteurs ont soutenu que les animaux placés dans une atmosphère d'oxygène comprimé résistent à des proportions d'oxyde de carbone mortelles en toute autre circonstance. Je viens de faire quelques expériences destinées à vérifier et à préciser cette donnée.

J'ai pu m'assurer ainsi qu'un chien qui respire de l'air contenant 1 % d'oxyde de carbone meurt en vingt minutes, au lieu qu'un mélange d'oxygène et d'oxyde de carbone dans les mêmes proportions peut être respiré parfois pendant plus de deux heures sans causer la mort.

En outre, j'ai dosé l'oxyde de carbone dans le sang d'animaux intoxiqués par un séjour de treize à quinze minutes dans de l'air renfermant 1 % de ce gaz, et placés ensuite soit dans l'oxygène à 90 %, soit dans l'air pur; le sang artériel des animaux de la première série ne contient plus, au bout d'une heure, pour 100 c.c., que 1.1 d'oxyde de carbone contre 18.8 d'oxygène, alors que ces chiffres sont respectivement, chez les animaux ayant séjourné trois heures (soit un temps triple) dans l'air atmosphérique, 4.5 pour l'oxyde de carbone et 16.6 seulement pour l'oxygène.

Ces expériences démontrent bien l'utilité, chez les sujets intoxiqués par l'oxyde de carbone, des inhalations d'oxygène, ce gaz hâtant d'une façon notable l'élimination et la disparition du toxique.

Propriétés coagulantes du mucus.

MM. Charrin et **Moussu**. — Nous avons établi récemment (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 28) les propriétés coagulantes du mucus des voies respiratoires de grands mammifères. Des nouvelles recherches viennent de nous montrer qu'on ne peut pas accroître, comme on le fait pour les produits microbiens, la résistance des animaux à l'action du mucus; en effet, par l'injection répétée de doses minimes, il se forme, sans accidents bien apparents, des caillots plus ou moins volumineux que l'autopsie décèle ensuite, surtout dans le cœur droit. C'est là une cause jusqu'ici méconnue de thromboses et d'embolies.

Quant à l'origine de la mucine, elle nous paraît double, à la fois épithéliale et bactérienne, car cette substance existe dans certaines cultures déjà vieilles, notamment dans celles du bacille pyocyanique, et on la trouve également dans la muqueuse intestinale *aseptique* d'enfants morts avant d'avoir respiré ni tété.

Production expérimentale et nature des granulations chromatophiles des leucocytes.

M. H. Stassano adresse une note de laquelle il ressort que l'on peut faire apparaître, dans la sérosité péritonéale du cobaye, des leucocytes renfermant les divers types de granulations chromatophiles décrites par Ehrlich, en injectant, dans le péritoine, du sang laqué de pigeon, ou une solution d'acide citrique, ou encore du venin de serpent, etc. Il semble donc que ces granulations résultent simplement soit d'affinités, soit de réactions chimiques provoquées dans les globules blancs par les substances si diverses que ces éléments peuvent fixer en circulant à travers les tissus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mars 1901.

De l'intervention chirurgicale dans le traitement de la septicémie puerpérale.

M. Tuffier. — Depuis la communication dans laquelle je vous ai rapporté 3 observations

d'hystérectomie vaginale pour infection puerpérale (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 263), je n'ai fait qu'une nouvelle intervention pour la même affection; j'ai pratiqué cette fois l'hystérectomie abdominale et la malade n'en a pas moins succombé à l'infection.

J'ai réuni un total de 45 interventions, qui ont donné en bloc 28 guérisons et 17 morts; il s'agissait 40 fois d'hystérectomies, dont 22 abdominales avec 15 guérisons et 7 morts, et 18 vaginales avec 10 guérisons et 8 morts.

M. Poirier. — Je crois que, dans les cas d'infection puerpérale légère, il faut toucher le moins possible à l'utérus. Une seule fois je me suis trouvé en présence d'un fait rentrant dans la catégorie de ceux pour lesquels on propose l'hystérectomie abdominale. La laparotomie me montra le fond de l'utérus coiffé par un paquet épiploïque volumineux, sous lequel il existait un gros abcès; il y avait une perforation de l'utérus, produite vraisemblablement au cours de manœuvres abortives. Je me bornai à réséquer l'épiploon infecté et à drainer l'utérus et le cul-de-sac postérieur; la malade guérit parfaitement. J'estime que, dans des cas analogues, on peut obtenir de beaux succès sans opération radicale.

M. Quénu. — Il y a trois ans, chez une femme atteinte d'infection puerpérale, je pratiquai une hystérectomie vaginale, à cause de la persistance des accidents malgré un curettage. Je dois dire que cette opération se fit sans la moindre difficulté. Pendant une dizaine de jours, je crus la malade guérie; puis elle fut prise d'éclampsie et succomba au vingt-sixième jour.

Tout récemment, j'ai vu, dans un autre cas, se développer une série d'accidents infectieux chez une femme que je n'ai pas opérée et qui a fini par succomber. Je me demande encore si une intervention aurait pu la sauver.

M. Chaput. — Je pense que le traumatisme occasionné par l'hystérectomie abdominale ne peut qu'augmenter la gravité de l'infection puerpérale, et qu'il est préférable de se contenter du curettage et de la désinfection utérine, qui, dans plusieurs cas en apparence désespérés, m'ont donné de très bons résultats; le drainage abdomino-utéro-vaginal pourrait être quelquefois très utilement associé au curettage. Quant à l'hystérectomie vaginale, elle me paraît contre-indiquée en raison de la friabilité de l'utérus, comme l'a dit M. Segond.

Splénectomie pour rupture de la rate.

M. Hartmann. — M. Auvray nous a remis une observation de rupture de la rate, au sujet de laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, qui, étant ivre, avait fait une chute dans le fossé des fortifications; notre collègue, appelé d'urgence auprès du blessé, ouvrit l'abdomen et, ayant constaté une rupture de la rate, pratiqua la splénectomie. La guérison se fit sans incident.

On a signalé un certain nombre de ruptures de la rate guéries spontanément; malgré la possibilité de cette terminaison heureuse, on peut dire que, dans les cas graves, la mort par hémorrhagie est pour ainsi dire fatale. L'intervention chirurgicale me paraît donc indiquée, et l'opération de choix est la splénectomie qui, sur 29 faits que j'ai pu réunir, a donné 17 guérisons et 12 morts.

M. Lejars. — J'ai eu l'occasion d'observer un exemple d'accidents péritonéaux tardifs, consécutifs à une rupture de la rate. Trois semaines après une contusion violente de l'abdomen, il existait dans le flanc gauche une tuméfaction considérable, coïncidant avec de la fièvre et un assez mauvais état général. Une laparotomie latérale me permit d'évacuer une énorme poche remplie de sang et de caillots, qui ne pouvait guère être que le résultat d'une rupture de la rate, survenue lors de l'accident antérieur.

M. Terrier. — J'ai opéré un cas analogue; je me suis borné à ouvrir la collection hématique et je n'ai pas pensé qu'il fût nécessaire de pratiquer la splénectomie.

De la valeur de la contracture de la paroi abdominale dans les contusions de l'abdomen.

M. Hartmann. — Je dois également vous faire un rapport sur deux observations de contusion de l'abdomen qui nous ont été communiquées par M. Mauclaire et par M. Roger (d'Agde). Je me bornerai à vous dire que ces deux faits, ainsi que tous ceux que j'ai observés moi-même, montrent que la contracture abdominale constitue une excellente indication au point de vue de l'intervention dans les contusions de l'abdomen. La présence de cette contracture suffit à indiquer avec certitude l'existence de lésions intrapéritonéales et nécessite une opération immédiate; son absence justifie, au contraire, l'abstention.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mars 1901.

Diagnostic de la dilatation de l'oreillette droite.

M. Teissier (de Lyon). — Il est assez facile de reconnaître cliniquement la dilatation de l'oreillette droite; en effet, lorsque les dimensions de cette oreillette sont augmentées, on trouve toujours au niveau de la région paravertébrale droite, entre la sixième et la neuvième côte, une zone triangulaire absolument mate qui se traduit, sur les épreuves radiographiques, par une tache sombre. D'ailleurs, j'ai pu vérifier sur le cadavre que l'oreillette droite, au fur et à mesure qu'on la dilate, vient s'appliquer exactement dans le sillon costo-vertébral, sans interposition de tissu pulmonaire, et que des fiches introduites à la partie postérieure des sixième, septième ou huitième espaces intercostaux traversent toujours l'oreillette droite lorsque celle-ci est augmentée de volume.

L'étendue de la zone de matité en question permet de se rendre compte des changements de volume de l'oreillette, car elle varie avec cette dernière. A la vérité, une matité semblable se rencontre dans certains cas d'insuffisance aortique accompagnée d'une augmentation de volume de l'aorte; mais c'est là un fait exceptionnel, et, dans la grande majorité des cas, cette matité témoigne d'une dilatation de l'oreillette.

La constatation de ce fait a une certaine importance, car j'ai remarqué qu'en se dilatant l'oreillette droite comprime toujours plus ou moins les veines pulmonaires, et c'est à cette compression qu'il faut attribuer les œdèmes et les congestions localisés qui surviennent si fréquemment au cours des cardiopathies.

Méningite cérébro-spinale consécutive à une otite purulente chronique.

M. Ribierre communique, au nom de M. Vaquez et au sien, l'observation d'une femme qui fut atteinte, au cours d'une otite suppurée chronique consécutive elle-même à une grippe, d'une méningite cérébro-spinale caractérisée par des douleurs occipitales et lombaires extrêmement vives avec irradiations du côté des membres inférieurs, signe de Kernig, etc. Deux ponctions lombaires furent pratiquées; la première donna issue à une sérosité louche, mais non purulente, contenant une grande quantité de polynucléaires. Le liquide de la seconde, franchement purulent, renfermait un microcoque restant coloré par le Gram, intracellulaire sur quelques points et qui se montra inoffensif pour la souris.

La malade ayant succombé une quinzaine de jours après le début des accidents, l'autopsie permit de constater l'existence d'une méningite suppurée de la base du cerveau et de la moelle, avec prédominance des lésions au niveau de la partie lombaire du canal rachidien. Le rocher, bien que ramolli et fongueux à l'intérieur, ne présentait à sa surface aucune trace d'effraction; force est donc d'admettre que l'infection du liquide céphalo-rachidien s'est effectuée, non pas directement, par ouverture d'un foyer septique, mais indirectement, par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques.

Traitement de quelques névralgies par les injections de sérum artificiel.

M. Bernard relate les observations de plusieurs malades atteints de sciatique, de pleurodynie, de lumbago ou de points de côté qui ont été traités avec succès par des injections sous-cutanées de sérum de Hayem, à la dose de 5 c.c., pratiquées au niveau des points douloureux.

M. Bruhl fait remarquer qu'il a signalé, il y a déjà plusieurs années, les bons effets des injections de sérum artificiel dans le traitement de la sciatique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 2 et 9 mars 1901.

Cystite hémorrhagique due au bacille d'Eberth.

M. Vincent. — La cystite est une complication rare de la fièvre typhoïde: sur plus de 1,200 cas de cette affection, je ne l'ai observée que deux fois au déclin de la maladie. Il s'agissait de jeunes gens âgés respectivement de vingt et un et de vingt-deux ans, sans antécédents génito-urinaires, et qui, ayant eu une fièvre typhoïde de moyenne gravité avec albuminurie légère et momentanée pendant la deuxième semaine, accusèrent tout à coup, au moment de la défervescence, de la pesanteur du bas ventre et des envies incessantes et très douloureuses d'uriner; les urines étaient troubles, hémorrhagiques, et les dernières portions renfermaient un dépôt blanchâtre mélangé de sang. Des lavages de la vessie amenèrent la guérison au bout de quatre ou cinq jours.

L'examen microscopique de l'urine centrifugée et du dépôt a montré de très nombreux globules sanguins, des cellules de l'épithélium vésical et des leucocytes en amas volumineux composés surtout de polynucléaires avec quelques grands mononucléaires. Il existait, en outre, entre les cellules, des bâtonnets ne prenant pas le Gram et affectant parfois la forme en navette. La culture a donné, dans les deux cas, le bacille d'Eberth en proportion très abondante.

Ce microorganisme se rencontre parfois dans l'urine des dothiénentériques (je l'ai trouvé 9 fois chez 46 malades), et, d'autre part, il peut se multiplier dans l'urine. Sa prolifération dans la cavité vésicale et la cystite consécutive s'expliquent donc aisément. Dans les deux cas que j'ai observés, cette complication s'est montrée assez bénigne.

De l'inversion du rythme normal de l'élimination et de la coloration des urines.

MM. Gilbert et **Lereboullet**. — On sait que normalement les urines digestives sont abondantes et les urines du jeûne rares. Chez plusieurs de nos malades, nous avons constaté le phénomène inverse, c'est-à-dire que les urines, abondantes le matin au réveil, sont rares après les repas. Ce fait s'observe dans les cirrhoses veineuses, surtout à la période pré-ascitique, dans les cirrhoses biliaires, dans certains cas de foie cardiaque, etc. Il s'explique par un retard dans l'absorption de l'eau au niveau de la muqueuse de l'intestin, retard dû à la pléthore portale. C'est donc un symptôme à ajouter à ceux qui traduisent le syndrome de l'hypertension portale.

Nous avons vu, d'autre part, chez un certain nombre de sujets atteints d'ictère à pigments biliaires vrais ou modifiés, une inversion du rythme colorant normal de l'urine, caractérisée par la teinte plus foncée des urines digestives et la teinte plus claire des urines du jeûne. Le passage des pigments biliaires au moment de la période digestive semble être la cause de cette inversion. Celle-ci a une valeur séméiologique assez grande, car elle permet, quand les urines ne sont pas riches en pigments biliaires, de déceler ceux-ci par l'examen fractionné, alors qu'à l'examen global leur présence passerait inaperçue.

Action de l'urine sur les globules rouges.

MM. Sabrazès et **Mongour** (de Bordeaux). — Quand on mélange à 1 c.c. d'urine 20 mm.c. de sang, les globules rouges se sédimentent, mais sans laisser diffuser leur hémoglobine; nous avons pu vérifier ce fait chez l'homme normal, ainsi que chez des cancéreux cachectiques, des diabétiques, des cardiaques, des albuminuriques, des syphilitiques et des tuberculeux, tous soumis au régime ordinaire de l'hôpital.

Par contre, nous avons constaté que les urines — très pauvres en chlorures — d'albuminuriques se nourrissant exclusivement de lait depuis plusieurs mois laquaient instantanément les hématies, quelle que fût la provenance de

ces dernières; on pouvait élever le taux de l'urée jusqu'à 30 grammes par litre sans faire cesser cette propriété, qui disparaissait, au contraire, dès que la teneur en chlorures était portée à 7 ‰. L'urine d'un sujet normal soumis depuis trois semaines au régime lacté absolu possède aussi le pouvoir de laquer les globules, mais elle le perd vingt-quatre heures après le retour à l'alimentation normale. Enfin les urines d'enfants élevés au sein ont également le même pouvoir, alors que le lait et les urines de la nourrice ne dissolvent ni les globules de celle-ci, ni ceux du nourrisson.

De ces faits on peut conclure que le régime lacté exclusif, prolongé durant plusieurs semaines, confère à l'urine la propriété de laquer les globules rouges, propriété qui est vraisemblablement en relation avec l'hypochlorurie. De là découle un moyen pratique de s'assurer, dans un cas donné, si la prescription du régime lacté est rigoureusement observée.

Les globules blancs dans l'abcès dysentérique du foie.

M. Rispal (de Toulouse). — Ayant eu l'occasion, dans ces derniers temps, d'observer trois malades atteints d'abcès dysentériques du foie, j'ai constaté chez les deux premiers une hyperleucocytose légère, alors que chez le troisième le nombre des globules blancs ne dépassait pas la normale. En ce qui concerne le pourcentage des différentes variétés de leucocytes, les chiffres que j'ai obtenus ne s'éloignent pas sensiblement de ceux qu'on trouve à l'état physiologique.

Il ne semble pas, par conséquent, que l'hyperleucocytose puisse être considérée comme un phénomène constant dans l'abcès dysentérique du foie, de même qu'il n'existe pas, dans cette affection, de modification de la formule hémoleucocytaire. Je crois donc que l'examen du sang n'a pas, pour le diagnostic différentiel de ces abcès, la valeur qu'on a voulu lui attribuer.

Le centre du sommeil.

M. Dubois (de Lyon). — M. Soca a rapporté récemment l'observation d'une jeune fille qui fut atteinte d'un sommeil prolongé pendant sept mois, et chez laquelle on trouva, à l'autopsie, une tumeur comprimant le plancher du troisième ventricule (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 351). Cette observation vient à l'appui des faits expérimentaux qui m'ont amené, il y a déjà plusieurs années, à admettre l'existence, entre le bulbe et le cerveau, d'un centre jouant un rôle prépondérant dans le mécanisme du sommeil et aussi du réveil. Quand, par suite du travail, de la fatigue, etc., une quantité suffisante d'acide carbonique s'est accumulée dans les tissus et dans le sang, il en résulte une parésie de la région en question; la température s'abaisse, les mouvements respiratoires diminuent de nombre et d'amplitude, et le sommeil se produit. Pendant celui-ci, l'acide carbonique continue à s'accumuler dans le sang; lorsque sa proportion est suffisante, le centre en question, au lieu d'être engourdi, se trouve excité; les mouvements respiratoires s'accélèrent et très rapidement, comme il arrive pour toute narcose produite par un gaz, le réveil arrive. En d'autres termes, c'est le même agent, l'acide carbonique, qui produit le sommeil et le réveil.

Du pouvoir agglutinant de quelques sérums humains vis-à-vis des hématies de l'homme.

MM. Camus et **Pagniez.** — On sait que le sérum d'un animal peut être agglutinant pour les globules d'une autre espèce; or, il résulte de nos expériences que le sérum humain est susceptible, à l'état pathologique, d'agglutiner aussi les globules d'un autre homme. Nos recherches ont porté sur 35 sérums que nous avons essayés sur des hématies tant de sujets sains que de malades.

Avec le sérum d'individus normaux, nous n'avons jamais obtenu d'agglutination; toutefois nos expériences sur ce point sont trop peu nombreuses pour que nous puissions conclure à l'absence de tout pouvoir agglutinant.

Au contraire, un grand nombre des sérums pathologiques avec lesquels nous avons expérimenté étaient doués de propriétés agglutinantes manifestes. Ils agglutinaient les hématies des sujets sains, mais n'avaient quelquefois aucune action sur les hématies d'autres malades.

Ces sérums actifs provenaient, en général, de sujets anémiés, cachectiques, dont beaucoup étaient tuberculeux. Les globules d'un patient fournissant un sérum très agglutinant sont parfois complètement réfractaires à l'agglutination par d'autres sérums. De même que pour les sérums des animaux, le chauffage à 58° ou à 60° diminue sans la détruire complètement la propriété agglutinante des sérums humains.

On peut conclure de ces recherches que le sérum de l'homme malade peut se comporter à l'égard des hématies d'un individu de la même espèce comme le sérum d'un animal vis-à-vis des globules d'un animal d'une autre espèce.

M. Gley. — Il ressort également de ces expériences qu'on ne saurait plus admettre, comme on l'a cru longtemps, que les humeurs d'un animal peuvent être injectées impunément à un autre sujet de la même espèce. Du reste, il a été démontré récemment que le sérum de chat est toxique pour les autres chats.

Présence de trichocéphales dans l'appendice iléo-cæcal.

M. Girard communique l'observation d'une fillette de huit ans qui fut atteinte, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, d'une péritonite généralisée. Une laparotomie ayant été pratiquée, on débarrassa la cavité abdominale du liquide séro-purulent qu'elle contenait, et on referma le ventre après avoir réséqué l'appendice iléo-cæcal. On constata alors que cet organe, en apparence sain, était en réalité obstrué par une masse constituée par deux trichocéphales, un mâle et une femelle.

En l'absence de toute inflammation appendiculaire, on peut admettre que ces parasites sont restés étrangers au développement de la péritonite; celle-ci était probablement d'origine blennorrhagique, la petite fille en question étant atteinte d'une vulvite assez intense.

Variations de la chromatine nucléaire au cours de la spermatogenèse.

M. Regaud (de Lyon) adresse une note dans laquelle il démontre que, pendant la spermatogenèse, la chromatine nucléaire subit des changements quantitatifs et histochimiques considérables. Il en conclut que, loin d'être un élément constamment identique, la chromatine est, au contraire, très variable quant à sa constitution. Sans toucher à la théorie soutenant que l'hérédité se transmet avec la chromatine nucléaire, M. Regaud déclare qu'il lui paraît difficilement admissible que la chromatine soit une *matière héréditaire* au sens strict du mot, et encore moins que chaque qualité héréditaire soit représentée par une particule de chromatine.

M. Renaut (de Lyon). — Il semble bien résulter de la note de M. Regaud que la chromatine n'est pas la substance héréditaire puisque, par définition, celle-ci doit demeurer invariable pendant son passage dans les noyaux des termes successifs de la série séminale. Et si cette substance héréditaire ne fait que passer *avec* la chromatine, il faut avouer qu'ici encore elle demeure insaisissable.

M. Loisel estime, au contraire, que la constatation des variations de la chromatine pendant la spermatogenèse ne suffit pas pour infirmer la théorie de l'hérédité de Weissmann.

Liquide céphalo-rachidien et méningite chronique dans un cas de maladie de Friedreich.

MM. Barjon et **Cade** (de Lyon) envoient une note dans laquelle ils disent avoir constaté, à l'autopsie d'un homme atteint de maladie de Friedreich, la présence d'éléments cellulaires, d'ailleurs assez rares, dans le liquide céphalo-rachidien, éléments constitués à peu près exclusivement par des lymphocytes et des globules rouges; il existait, en outre, une pachyméningite cérébrale très accentuée, lésion non encore signalée dans la maladie de Friedreich.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 mars 1901.

Ulcère du Gabon.

M. Gaucher montre le moulage des lésions que portait aux membres un homme ayant séjourné deux ans à Grand-Bassam, puis neuf années au Congo belge, et qui, durant ce séjour, a été atteint tous les ans, à la saison des pluies, de boutons et d'ulcérations sur les membres; on donne à ces lésions, dans le pays, le nom de craw-craw.

L'an dernier, quinze jours après son retour en France, le malade a présenté de nouveau les mêmes symptômes. On voit sur l'un des moulages l'aspect des ulcérations en pleine activité qui couvraient la jambe gauche. Leur diamètre varie de celui d'une lentille à celui d'une pièce de 2 francs; leurs bords sont surélevés, non décollés, souvent taillés à pic; le fond est de couleur rouge vif. Les autres membres portent de nombreuses cicatrices pigmentées d'un brun noir, se décolorant peu à peu du centre à la périphérie. Ces ulcères, comme les ulcères annamites et tous ceux des pays chauds, ont de grandes analogies avec certaines manifestations syphilitiques; l'aspect des cicatrices est identique dans les deux cas. De plus, ces ulcères tropicaux offrent tous cette particularité d'être aggravés par l'application des solutions antiseptiques les plus diluées, mais de guérir rapidement sous l'influence de simples pansements à l'eau bouillie.

M. Hudelo. — J'ai soigné l'an dernier un bouton d'Alep datant de plusieurs mois, qu'un malade avait rapporté de Perse. Je n'ai obtenu aucune amélioration avec les pansements antiseptiques; les applications d'eau bouillie, au contraire, ont amené une guérison complète en une quinzaine de jours.

M. Moty. — On s'accorde généralement à réserver le nom de craw-craw à des lésions cutanées dues à une filaire (*filaria perstans*) et ne ressemblant pas à l'ulcère du Gabon.

Quant à l'action nocive des antiseptiques sur les ulcères des pays chauds, elle est incontestable lorsqu'il s'agit d'une lésion ancienne. Mais quand l'ulcère est pris au début, comme on peut le faire parfois dans le pays d'origine, j'ai remarqué, au contraire, que les pansements antiseptiques ont de bons effets.

M. Barbe. — Il me paraît nécessaire de distinguer l'ulcère gabonnais du craw-craw, qui ne forme pas d'ulcérations, mais se caractérise par des formations papuleuses laissant des cicatrices pigmentées, couleur chocolat.

M. Gaucher. — Je n'ai employé la dénomination de craw-craw que parce qu'elle m'avait été donnée par le malade lui-même et que dans ces pays on appelle ainsi toutes les affections ulcéreuses. Mais il vaudrait mieux, en effet, réserver ce nom aux lésions provoquées par la filaire.

Je ne suis pas aussi convaincu que M. Moty de l'efficacité des antiseptiques, même au début de la maladie. J'ai soigné pour un ulcère annamite un fonctionnaire qui m'a affirmé n'avoir tiré aucun profit des applications antiseptiques, bien qu'elles eussent été faites, en Annam même, sur les lésions initiales.

M. Sabouraud. — Ces ulcères des pays tropicaux sont-ils inoculables?

M. Moty. — J'ai tenté sans succès sur moi-même l'inoculation de l'ulcère annamite.

M. Bastian. — J'ai obtenu quelques inoculations positives, mais seulement chez des sujets déjà porteurs de ces lésions.

Urologie du peladique.

M. Jacquet présente, au nom de M. Portes et en son nom, des graphiques figurant la composition des urines de 59 peladiques. On voit que dans tous les cas de pelade au début ou à la période d'état, limitée ou très étendue, il est de règle de constater de la polyurie, une hyperchlorurie très considérable, de l'hypophosphaturie et de l'hyposulfaturie. Quand l'affection est en voie de guérison, le taux des chlorures s'abaisse, au contraire, et se rapproche de la normale.

L'analyse chimique du sang, pratiquée dans un cas, démontrait qu'à l'hyperchlorurie correspondait une hypochlorémie manifeste.

Les peladiques semblent donc bien souffrir d'une véritable déchloruration, et ce fait permet de prévoir l'action bienfaisante des injections de chlorure de sodium dans cette dermatose, hypothèse d'ailleurs confirmée par l'expérience.

Il ne faudrait pas conclure de ces observations que de pareils troubles hémo-urologiques sont spéciaux à la pelade. Il n'y a là qu'un

processus dystrophique qui peut se rencontrer dans un très grand nombre d'états pathologiques.

M. Sabouraud. — J'ai étudié les tracés urologiques de 33 sujets chauves. On note chez eux, comme chez les peladiques, une hyperchlorurie et une hypophosphaturie très marquées, et, en plus, de l'hyperacidité urinaire, ce qui ne se voit pas dans la pelade. Sauf cette particularité, les tracés urologiques des chauves sont superposables à ceux que nous venons de voir. J'ai voulu faire ce rapprochement pour prouver, comme le reconnaît, du reste, M. Jacquet lui-même, qu'il n'y a rien de spécifique dans les notions fournies par l'urologie en pareil cas.

M. G. Beaudoin. — Je ne suis pas certain que l'hyperchlorurie soit une indication formelle de prescrire des chlorures. Une série d'observations m'a montré qu'en administrant des phosphates aux phosphaturiques on ne fait qu'augmenter la phosphaturie. Pour diminuer celle-ci, il faut s'efforcer de restreindre les éliminations physiologiques, en assurant, par exemple, le repos moral et physique et en administrant de l'arsenic.

Action de l'érysipèle sur le lupus.

M. Hallopeau. — Voici un malade atteint de lupus du visage et des membres, dont les nombreuses ulcérations se sont rapidement cicatrisées sous l'influence d'un érysipèle limité à la face. Cette action favorable des toxines érysipélateuses sur les éléments lupiques n'est pas constante; c'est ainsi que je n'ai jamais pu obtenir d'amélioration en traitant, avec M. H. Roger, des sujets atteints de lupus par l'injection sous-cutanée des toxines contenues dans les cultures d'érysipélocoque.

M. Gaucher. — Au même titre que l'érysipèle, toutes les infections peuvent amener la rétrocession du lupus. J'ai constaté le fait une fois pour la variole.

M. Barthélemy. — L'intervention d'un érysipèle au cours d'un lupus n'est pas toujours sans danger. J'ai le souvenir d'un lupique de l'hôpital Saint-Louis, qui, au cours d'un traitement par les scarifications, fut atteint d'érysipèle de la face et mourut de complications méningées.

M. Verrières. — J'ai observé 7 cas d'érysipèle chez des lupiques; aucun ne guérit de son lupus, mais un d'eux succomba à l'affection intercurrente.

M. E. Besnier. — Pour ma part, je n'ai jamais vu de guérison complète du lupus à la suite d'un érysipèle. Les bénéfices que celui-ci pourrait donner ne me paraissent pas en rapport avec les dangers auxquels il expose (endocardite, néphrite et même mort). Il n'y a donc pas lieu de souhaiter, comme on le faisait autrefois, que les sujets atteints de lupus contractent l'érysipèle.

Leucoplasie linguale au cours d'une syphilis conceptionnelle.

M. Gaucher. — La jeune femme que je vous présente, au nom de M. Barbe et au mien, a été atteinte il y a quatre ans de syphilis conceptionnelle. Trois ans plus tard se développa chez elle une leucoplasie linguale. La malade étant venue nous consulter en octobre 1900, nous l'avons soumise pendant trois mois, sans succès, à un traitement local par des attouchements de bichromate de potasse et à un traitement général par des pilules mercurielles. A partir du 4 février dernier, nous avons eu recours aux injections sous-cutanées quotidiennes de benzoate de mercure. Les plaques leucoplasiques rétrocédèrent alors en quelques jours et la guérison complète survint en moins de deux semaines. Ce succès si rapide dépend probablement beaucoup plus du traitement mercuriel interne poursuivi d'octobre à janvier, que des quelques injections pratiquées en février.

Le mari de cette femme avait eu, en 1892, un chancre à la verge pour lequel un médecin avait prescrit le traitement mercuriel. Depuis, il n'avait rien observé d'anormal dans sa santé, mais depuis trois semaines il présente également de la leucoplasie linguale.

Il faut remarquer que le mercure, si efficace dans les leucoplasies syphilitiques précoces, comme c'était ici le cas, est généralement sans effet sur ces manifestations lorsqu'elles sont tardives.

M. E. Besnier. — J'ai observé, à Saint-Louis, de la leucoplasie buccale chez une femme n'ayant jamais eu aucun symptôme de syphilis. J'ai cependant cru devoir rapporter à cette dernière infection les lésions leucoplasiques, le mari de la malade étant un tabétique syphilitique; car je pense aujourd'hui qu'une femme ayant conçu d'un syphilitique reste bien rarement indemne.

Traitement du molluscum contagiosum par la teinture d'iode.

M. Balzer dit avoir obtenu une guérison complète, dans un cas de molluscum contagiosum confluent du cuir chevelu, en faisant, au niveau des éléments, des attouchements répétés de teinture d'iode.

M. Hallopeau déclare que ce traitement lui a toujours donné des succès, à condition de vider d'abord le contenu du molluscum par expression et de badigeonner avec la teinture d'iode la cavité ainsi formée.

M. Barthélemy estime que l'efficacité de ce procédé doit varier avec le siège des lésions, car il n'en a jamais retiré de bons effets dans les cas de molluscum siégeant à la face interne des cuisses ou dans les plis génito-cruraux; il a dû, en pareille occurence, recourir à l'excision.

Applications de permanganate de potasse contre le lupus.

M. Hallopeau présente 4 malades atteints de tuberculose cutanée et traités par le procédé de Butte qui consiste à recouvrir les parties malades, chaque jour pendant un quart d'heure, de compresses imbibées d'une solution de permanganate de potasse à 2 %; on peut y ajouter des applications locales du même médicament en poudre. C'est surtout sur le lupus ulcéreux que l'action a été le plus favorable; dans le lupus érythémateux l'amélioration n'est pas constante; enfin ce traitement est resté inefficace en cas de lupus *non exedens*. Quoi qu'il en soit, cette méthode a l'avantage de produire une amélioration très rapide lorsqu'elle se montre efficace; elle peut donc servir de préparation à la photothérapie qui, dans les lupus étendus, n'agit que très lentement.

M. J. Darier. — Aucun des malades que nous montre M. Hallopeau ne peut être considéré comme guéri. Le permanganate de potasse a produit la simple épidermisation que l'on détermine assez aisément par d'autres procédés.

Sycosis pubien et suppurations génitales.

M. Gastou. — Chez un certain nombre de malades des deux sexes, j'ai constaté à la face interne des cuisses, autour ou au niveau des organes génitaux, des lésions cutanées prenant tantôt l'aspect du sycosis, tantôt celui de l'eczéma ou encore des pyodermites séborrhéiques. On observe généralement, chez ces mêmes malades, soit une blennorrhagie, soit un écoulement vaginal ou uréthral, dans lequel existent les microorganismes (diplocoques, staphylocoques, bacilles, etc.) que l'on trouve aussi dans le pus des folliculites en question. Il paraît donc exister un rapport évident entre ces écoulements génitaux et les altérations cutanées.

M. Hallopeau. — Ces lésions coïncidant avec de la séborrhée des autres régions, je crois qu'elles sont aussi de nature séborrhéique.

M. Gaucher dit avoir observé une éruption bromique ressemblant au lichen simplex aigu, à la suite de l'administration de bromoforme; cette éruption disparut avec la suppression du médicament.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 27 février 1901.

De la valeur diététique et thérapeutique du régime végétarien.

M. Rosenheim. — A propos de la communication que M. Albu nous a faite sur ce sujet au cours de la dernière séance, je tiens à déclarer que le régime végétarien exclusif me semble nuisible, d'abord parce qu'il renferme une quantité d'albumine insuffisante et ensuite parce qu'il diminue la résistance aux infections; d'ailleurs, les sujets qui l'observent strictement ne peuvent pas fournir une somme de travail aussi considérable que lorsqu'ils prennent une alimentation normale. D'une façon générale, j'y ai complètement renoncé dans ces dernières années, et j'ai recours au régime lacto-végétarien (lait, beurre, légumes secs, pâtes alimentaires, etc.), qui présente les mêmes avantages sans avoir les inconvénients que je viens de signaler; j'y ajoute souvent des jaunes d'œufs, aliment peu azoté et très riche en substances grasses. J'emploie avantageusement ce régime dans l'ulcère de l'estomac, notamment chez les patients qui manifestent du dégoût pour la viande. Il est contre-indiqué dans les catarrhes chroniques de l'intestin grêle; par contre, il donne les meilleurs résultats dans toutes les affections du gros intestin, depuis la simple entérocolite muco-membraneuse jusqu'aux plus graves lésions dysentériques. Contre la constipation, il me paraît inutile de recourir à l'alimentation exclusivement végétale, l'usage de fruits absorbés avec leurs noyaux et leur peau se montrant efficace. Le régime lacto-végétarien, par sa richesse en graisse, se montre aussi très utile chez les neurasthéniques.

M. Grawitz. — On ne peut généraliser les conclusions tirées par M. Albu du cas qu'il a étudié. Etant donné le poids très faible de sa patiente, surtout déduction faite du tissu adipeux, il n'est pas étonnant que le régime extrêmement pauvre en albumine auquel elle se soumet suffise à assurer chez elle l'équilibre au point de vue de l'azote. Je crois néanmoins que l'alimentation purement végétale peut rendre des services dans les affections nerveuses, en diminuant les processus de fermentation dans le tube digestif.

M. Senator. — Quoique les albuminoïdes végétaux soient utilisables aussi bien que ceux d'origine animale, je donne, comme M. Rosenheim, la préférence à l'alimentation lacto-végétarienne, dont j'ai obtenu d'excellents effets, notamment dans l'entérocolite muco-membraneuse, dans les insomnies névropathiques et dans certaines maladies de la peau (psoriasis, furonculose).

M. Schönstadt. — On ne saurait comparer le régime lacto-végétarien à l'alimentation strictement végétale, puisqu'il comporte l'absorption d'albumine animale. En ce qui concerne le végétarisme pur, il détermine une diminution notable des forces, ce qui s'explique parce que 50 % à peine des albuminoïdes végétaux sont parfois assimilés; pour maintenir l'équilibre de la nutrition, il faudrait absorber des quantités énormes d'aliments, 1,740 grammes environ de pain, par exemple, alors qu'on ne peut guère en manger plus de 800 grammes par jour; aussi le régime végétarien constitue-t-il un véritable jeûne progressif. Du reste, il n'est pas exempt d'inconvénients; en 1854 éclata à la prison de Wartenbourg, dont les détenus ne recevaient à peu près que des aliments végétaux, une épidémie de scorbut à laquelle 256 prisonniers sur 1,850 succombèrent en un temps très court, et qui disparut dès qu'on revint au régime mixte; ces mêmes prisonniers, employés à des travaux de culture, montraient une résistance au travail très inférieure à celle des paysans voisins qui, alimentation mise à part, se trouvaient dans des conditions d'existence sensiblement analogues. D'ailleurs il n'est pas exact, comme le prétendent les apôtres du végétarisme, qu'il existe des populations exclusivement végétariennes.

M. Fürbringer. — Il semble bien, d'après quelques exemples empruntés au sport cycliste, que l'alimentation végétale soit compatible avec un travail musculaire considérable; mais encore peut-on se demander si l'effort effectué par les individus auxquels je fais allusion n'eût pas été plus grand avec un régime normal. Parmi les patients auxquels j'ai prescrit le végétarisme, j'en ai vu de nombreux y renoncer après une courte période de bons effets, attribuables sans doute à la suggestion; cependant ce mode d'alimentation, quand il a pu être continué, m'a donné des succès dans les neurasthénies sexuelles, ainsi que chez les obèses, pour lesquels il re-

présente une cure d'amaigrissement assez facile à supporter, et chez les sujets soumis à l'abstinence des boissons alcooliques. En ce qui concerne les néphrites, la goutte, etc., le régime lacto-végétal est seul indiqué.

M. A. Meyer. — D'expériences que j'ai faites sur moi et sur deux autres personnes, au cours d'une période de quatorze jours pendant laquelle notre alimentation fut strictement végétale, il résulte que ce régime élève légèrement le taux de l'acidité gastrique.

M. Ewald. — Je ne nie pas que certains individus puissent supporter le végétarisme exclusif; mais il faut pour cela un tube digestif spécial.

M. Hauchecorne s'attache à démontrer, par des exemples empruntés à tous les groupes zoologiques, que les animaux carnivores sont supérieurs aux herbivores tant au point de vue de la force physique que de l'intelligence.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 4 mars 1901.

Résection totale de l'estomac.

M. F. Krause relate l'observation d'une femme de quarante-deux ans, atteinte d'un cancer pylorique non adhérent mais remontant, sur la grande et sur la petite courbure, presque jusqu'au cardia. Devant l'étendue des lésions, qui rendait impossible la gastrostomie, l'orateur se décida à réséquer tout l'estomac et à suturer le cardia au duodénum. La guérison fut parfaite.

De ce fait, M. Krause tire la conclusion que le cancer gastrique doit être extirpé toutes les fois que l'opération est possible, c'est-à-dire tant qu'il n'existe pas d'adhérences aux organes voisins ni de généralisation ganglionnaire et que l'état du patient lui permet de supporter une telle intervention.

Dans certains cas, l'orateur a fait l'opération en deux temps : quelques semaines après une gastrostomie ayant permis au malade de reprendre des forces, il a pratiqué une gastrectomie totale ou une extirpation du pylore.

L'emploi thérapeutique de l'oxygène.

M. A. Baginsky rend compte des résultats obtenus dans son service par les inhalations d'oxygène. Au total, de 215 enfants ainsi traités, 195 ont succombé; la proportion des survies est donc assez faible. Ce moyen lui a cependant donné des succès dans 3 cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone; par contre, quand il s'agissait de paralysie diphtérique du cœur ou de croup descendant, de bronchopneumonie, d'œdème pulmonaire aigu, d'infection cardiaque, d'urémie, etc., les guérisons furent rares. Toutefois, les inhalations produisent une euphorie momentanée, facilitent la respiration et améliorent le pouls; aussi leur emploi est-il recommandable.

M. Michaelis déclare que chez les sujets atteints de tuberculose miliaire ou de phtisie avancée, l'oxygène détermine un soulagement que ne saurait donner aucun autre remède. L'orateur a eu un succès éclatant chez une emphysémateuse cyanosée et en proie à de violents accès de suffocation, qui, après 50 ou 60 inhalations, put être considérée comme guérie. Dans un cas d'intoxication morphinique grave, il est aussi parvenu, par ce moyen, à prolonger la vie pendant vingt quatre heures.

Pour rendre durables les effets de l'oxygène, il suffit d'envoyer les patients à la montagne. En ce qui concerne l'air comprimé, il ne saurait remplacer les inhalations d'oxygène, car il est impossible, par exemple, de faire pénétrer dans un poumon emphysémateux plus d'air qu'il n'en contient, alors que le moindre apport d'oxygène produit des effets bienfaisants.

M. von Leyden estime injustifié le discrédit dans lequel l'emploi de l'oxygène est tombé en Allemagne. Comparable en cela aux médicaments les plus vantés, ce n'est que bien rarement que ce gaz est directement curatif, mais dans nombre de cas il concourt à la guérison, en mettant le patient à même de résister au mal.

Dr VILLARET.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des affections grippales par l'usage externe d'acide salicylique.

Se basant sur ce fait que la grippe, tout comme le rhumatisme, est particulièrement fréquente pendant les saisons froides et humides et a pour les muqueuses une prédilection analogue à celle du rhumatisme à l'égard des séreuses, M. le docteur L. Bourget, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lausanne, a essayé de combattre les affections grippales par un procédé identique à celui qu'il a jadis préconisé contre le rhumatisme (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 327) et qui consiste, en principe, à introduire dans l'organisme de l'acide salicylique, ou certains dérivés volatils de ce médicament, *par la voie cutanée*. A cet effet, notre confrère se sert d'un liniment aromatique dont voici la formule :

Acide salicylique..........		4 grammes.
Salicylate de méthyle......		10 —
Essence d'eucalyptus.....	ãã	5 —
Beurre de muscade.......		
Essence de sauge..........		3 —
Huile camphrée............		30 —
Alcoolat de genièvre.......		120 —

Le patient étant couché, on pratique, au moyen de ce mélange, une friction sur la poitrine et sur le dos jusqu'à ce que les téguments soient fortement imbibés de liquide, puis on couvre le malade soigneusement jusqu'au menton. La chaleur du lit active l'évaporation des ingrédients aromatiques dont se compose le liniment et qui favorisent l'absorption par la peau de l'acide salicylique, qu'on peut déjà déceler dans les urines au bout de vingt à trente minutes. Aussi l'action du médicament s'exerce-t-elle très rapidement et le patient ne tarde-t-il pas à éprouver une sensation de bien-être.

Au cours de plusieurs épidémies récentes de grippe, M. Bourget a eu maintes fois l'occasion d'appliquer ce moyen de traitement, et il en a toujours obtenu d'excellents résultats.

Ajoutons que les frictions dont il s'agit offrent, entre autres avantages, celui de désinfecter les voies respiratoires supérieures, surtout si le malade prend soin de faire de temps à autre de fortes inspirations sous ses couvertures. Notre confrère utilise souvent cette propriété du liniment ci-dessus formulé et, dans son service, tout individu atteint d'une affection des organes respiratoires est soumis, quelques heures après son admission, à une friction pratiquée avec cette mixture aromatique.

Un procédé de suture des muscles droits de l'abdomen en cas de hernie médiane post-opératoire.

Lorsque la cicatrice résultant d'une laparotomie médiane n'est pas assez résistante, les muscles droits de l'abdomen ne tardent pas à subir des modifications importantes dans leur position, et cela pour deux raisons : d'une part, les bords latéraux de ces muscles étant fixés par les aponévroses des muscles larges de l'abdomen, leurs bords médians finissent, sous l'influence de l'action énergique de la presse abdominale, par se porter complètement en avant; d'autre part, les fibres de la musculature latérale de l'abdomen se dirigeant à droite et à gauche de la ligne médiane, leur contraction a pour résultat d'écarter de plus en plus l'un de l'autre les muscles droits, sur lesquels ils agissent par l'intermédiaire des aponévroses communes. Afin de remédier à cet état de choses, M. le docteur A. Hammesfahr (de Bonn) conseille de recourir au procédé suivant :

Les muscles droits étant complètement libérés d'abord du côté antérieur, puis en arrière, et cela sans qu'il soit nécessaire d'endommager leurs gaines ni d'ouvrir la cavité péritonéale, on enfonce une aiguille semi-mousse, armée d'un gros fil d'argent, dans le bord latéral du muscle droit gauche, et, après l'avoir conduite à l'aide de la main gauche sous ce muscle, on la fait ressortir entre son tiers moyen et le tiers interne, puis on l'amène de l'autre côté de la ligne blanche où elle est enfoncée entre le tiers interne du muscle droit et son tiers moyen pour passer en arrière et être ensuite dégagée au niveau du bord latéral de ce même muscle. Une série de fils est ainsi disposée entre l'appendice xiphoïde et la symphyse pubienne, à des intervalles de 3 à 4 centimètres. Ces fils une fois liés, les bords médians des muscles droits se trouvent non seulement juxtaposés mais se recroquevillent même en dedans, comme cela a lieu pour les lèvres de la plaie intestinale dans l'entérorrhaphie par le procédé de Lembert.

M. Hammesfahr recommande de se servir d'une aiguille semi-mousse, afin d'éviter les hémorrhagies, ainsi que la blessure de l'intestin ou même de la main qui accompagne l'instrument sous le muscle droit.

Traitement de l'érysipèle par l'emploi simultané de teinture d'iode et d'ichtyol.

Depuis plus d'un an, M. le docteur N. G. Keirle (de Baltimore) traite avec succès l'érysipèle par l'association de deux moyens qui sont assez souvent employés séparément contre cette affection, mais sans donner alors des résultats aussi satisfaisants. Voici en quoi consiste le procédé préconisé par notre confrère :

On commence par circonscrire la région malade par un badigeonnage à la teinture d'iode, pratiqué non pas sur le bourrelet marginal, mais à une distance de 50 à 75 millimètres. Il faut avoir soin de déposer plusieurs couches de teinture, vu la desquamation des parties superficielles de la peau. Puis on applique sur toute la zone ainsi délimitée une pommade composée de 4 grammes d'ichtyol et de 30 à 60 grammes de vaseline. Par-dessus on dispose une couche de gaze qu'on recouvre d'une compresse chaude, laquelle est renouvelée toutes les quatre heures environ. Au bout de douze heures, on procède à un lavage de la peau suivi d'une nouvelle application de pommade ichtyolée et, au besoin, d'un second badigeonnage à la teinture d'iode.

Sous l'influence de ce moyen, la guérison se produirait régulièrement dans l'espace de trois ou quatre jours, alors même qu'on n'instituerait pas de traitement général. Sur 30 cas dans lesquels M. Keirle a eu recours au procédé en question, il n'a observé qu'un échec partiel dans un fait où l'inflammation s'était étendue au delà de l'anneau de teinture d'iode, mais là encore un nouveau badigeonnage, pratiqué à une certaine distance du premier, a suffi à arrêter l'extension du processus érysipélateux.

L'urée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Croyant pouvoir attribuer l'antagonisme qui existe entre les affections goutteuses et la tuberculose à ce fait que les tissus et les humeurs de l'organisme surchargés d'acide urique et d'urée constituent un milieu défavorable au développement du bacille de Koch, un médecin anglais, M. le docteur H. Harper (de Nottingham), s'est demandé s'il ne serait pas utile, chez les phtisiques, de recourir à l'emploi de l'urée. Depuis plus d'un an et demi notre confrère a eu l'occasion d'instituer, à cet égard, nombre d'essais, et les résultats qu'il a obtenus ont pleinement justifié sa manière de voir. M. Harper administre l'urée pure, soit par la bouche, à la dose de 1 gr. 30 centigr. répétée trois ou quatre fois par jour, soit en injections hypodermiques, auquel cas il commence par injecter 2 gr. 50 centigr. d'urée dissous dans 15 grammes d'eau distillée; les injections sont pratiquées tous les jours et la quantité de médicament est progressivement portée à 4 grammes, dose qui ne produit pas le moindre trouble local ni général.

Chez tous les malades que notre confrère a soumis au traitement en question, le diagnostic de tuberculose avait été confirmé par l'examen microscopique des crachats et l'affection était restée absolument rebelle à tous les moyens employés antérieurement. Or, l'usage de l'urée détermina, dans l'espace de quelques semaines, une amélioration considérable se traduisant non seulement par une atténuation très marquée des signes stéthoscopiques avec diminution de la toux et de l'expectoration, mais encore par une augmentation du poids du corps.

Il va de soi que, avant de recourir à l'emploi de l'urée, il convient d'analyser les urines du patient afin de se rendre compte de la quantité de cette substance éliminée par les reins. De plus, il importe naturellement de ne pas négliger le traitement hygiénique et d'assurer, en particulier, une nourriture abondante et aussi riche en azote que possible.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Kystes hydatiques du foie chez l'enfant.

A la fin du mois de janvier est venue se montrer à nous une fillette qu'à deux reprises vous m'avez vu opérer dans le service pour un volumineux kyste hydatique du foie. Elle a dû à la méthode de Pierre Delbet, c'est-à-dire à la résection sans drainage de la poche capitonnée, une guérison complète. Mais avant de résumer son histoire thérapeutique, intéressante à plusieurs égards, laissez-moi vous dire quelques mots des kystes hydatiques du foie chez l'enfant. Non pas que l'âge imprime de bien grandes particularités à l'évolution du parasite, mais parce que, dans un service de chirurgie infantile, c'est une tumeur abdominale assez fréquente, utile par conséquent à connaître.

Cette fréquence relative ne ressort pas de ce qu'on peut lire chez les auteurs anciens. Trousseau, par exemple, nous déclare que « la somme totale des faits d'hydatides chez les enfants, connus et publiés dans l'histoire de la médecine, se réduit à 18, dont 9 sont des tumeurs du foie »; et sur cette lésion, Barrier, Rilliet et Barthez restent muets dans leurs traités classiques. Or, à l'hôpital Trousseau, depuis octobre 1892, j'en ai opéré au moins 11, dont 7 observations (1) ont été publiées dans la thèse de mon élève Guilaine (2), et je retrouve dans mes notes l'histoire de deux malades que vous avez pu étudier cette année.

Ce qui semble exact, c'est que la rareté est très grande pendant la première enfance, et cela s'explique assez bien si l'on songe qu'à cet âge les sujets ne boivent guère que du lait, et que le rôle des eaux potables, des légumes non cuits paraît considérable pour introduire dans l'organisme humain l'embryon hexacanthe. Plus tard, on conçoit que cette cause de rareté n'existe plus, mais je signalerai que parmi les 8 petits malades dont j'ai actuellement l'observation sous les yeux, il y a une fille de quatre ans et demi, un garçon de sept ans et 6 sujets au-dessus de dix ans.

Je n'ai rien à vous dire de général sur les troubles digestifs, qu'à plusieurs reprises, cependant, j'ai observés plus intenses qu'ils n'ont coutume de l'être chez l'adulte. En particulier, la fillette de quatre ans et demi, qui est restée salle Valleix du 1er février au 16 juillet 1900, souffrait depuis quatre mois d'anorexie, de vomissements, de constipation opiniâtre, d'amaigrissement considérable, et depuis un mois elle ne prenait que du lait pour toute nourriture. Deux fois j'ai noté de l'ictère, dont Pontou relate 3 observations sur 22 cas, en sorte que ce symptôme serait moins exceptionnel que chez l'adulte.

Quant à l'examen local, vous remarquerez seulement que, plus à l'aise grâce à la souplesse des côtes, la tumeur paraît se développer plus vite, devenir plus rapidement apparente, déformer plus nettement le thorax : en particulier, le premier enfant que j'ai opéré, en 1893, portait une poche énorme qui refoulait en dehors les fausses côtes droites, d'où une asymétrie extraordinaire du thorax. Quand, dans cette poche rénitente, mais non pas à vrai dire fluctuante, vous sentirez, par la percussion, le frémissement hydatique, le diagnostic sera tout de suite établi; mais c'est là un symptôme des plus inconstants, et on ne peut même pas décider avec certitude à quelle variété anatomique de kyste il appartient : pour sa production, les uns ont voulu faire entrer en jeu la présence, les autres l'absence de vésicules filles. Or, mon élève Audion a publié deux cas où j'ai noté ce symptôme (1) : il s'agissait dans l'un d'une poche à contenu exclusivement liquide, dans l'autre d'un kyste à nombreuses vésicules filles.

Le diagnostic est facile lorsque, dans la partie supérieure de l'abdomen, existe une tumeur arrondie, rénitente, limitée, dont la matité est continue avec celle du foie. Encore plus que chez l'adulte, puisque chez l'enfant l'hydropisie de la vésicule est exceptionnelle au point d'être négligeable, on peut dire que toute tumeur globuleuse de l'hypocondre est un kyste hydatique du foie.

Mais quelquefois la tumeur, moins superficielle, moins nettement limitée, reste incluse dans un gros foie, où cependant on croit sentir par la palpation profonde une poche plus ou moins volumineuse, obscurément fluctuante : dans ces conditions, on peut se tromper et prendre pour un kyste hydatique un sarcome hépatique. Cela m'est arrivé une fois, dans un cas où, il est vrai, la masse, partout lisse, arrondie, rénitente, présentait en un point une bosselure suspecte. Depuis, dans deux faits de ce genre, j'ai porté le diagnostic exact parce qu'un gros foie uniforme, un peu inégal en un point ou deux, recouvert par une paroi où les veines sous-cutanées étaient volumineuses, m'avait paru fort suspect. D'autant plus qu'on constate, en pareille occurence, un amaigrissement insolite; mais ce dernier phénomène n'a rien d'absolu, et la fillette dont je vous rappelais tout à l'heure l'histoire en est la preuve.

C'est là, me direz-vous, une occasion de recourir à la ponction exploratrice pour assurer le diagnostic. Or, dans ces circonstances, vous devez la proscrire absolument. J'ai été instruit à cet égard, dès le début de ma pratique, par un fait qui concerne l'adulte, mais qui se reproduirait certainement chez l'enfant. Tout jeune docteur, j'ai été appelé auprès d'un homme qui, atteint de troubles digestifs graves et d'une grosse tumeur du lobe gauche du foie, était presque sûrement porteur d'un petit cancer, non palpable, de l'estomac, et d'un gros foyer métastatique dans le foie. Mais la tumeur était ronde, nettement circonscrite, un peu fluctuante, en sorte que, croyant ne pas me compromettre, je proposai d'élucider le cas par la ponction exploratrice : selon mes prévisions, je ne vis sortir que du sang par l'aiguille aspiratrice, mais à ma grande surprise le malade mourut en une dizaine d'heures, avec tous les signes d'une hémorrhagie intrapéritonéale.

Aussi, chez les trois enfants où un sarcome était probable, mais où on était en droit de tenter la chance d'une erreur de diagnostic avec un kyste, ai je pratiqué délibérément la laparotomie exploratrice. Et quand j'ai vu des veines énormes sillonnant la surface du foie, quand j'ai constaté une fois avec quelle peine, par le thermocautère et le tamponnement à la gaze aseptique, j'ai arrêté le sang que donnait une éraillure superficielle faite accidentellement avec la pointe du bistouri, je me suis félicité de n'avoir pas enfoncé dans un semblable organe l'aveugle aiguille de l'aspirateur. Je vous dirai, dans un instant, qu'il faut, à mon sens, rejeter toutes les méthodes basées sur la ponction; donc, ni pour le diagnostic, ni pour le traitement, ne ponctionnez jamais un kyste hydatique du foie.

Pour terminer cette courte revue des erreurs de diagnostic possibles, je vais résumer l'histoire d'un enfant chez lequel j'ai cru à un abcès froid de la paroi thoracique. Sans doute, en fouillant de près l'anamnèse, on aurait pu trouver des signes capables d'attirer l'attention : depuis deux mois le jeune malade, un garçon de onze ans, avait perdu l'appétit, avait du dégoût pour les aliments gras, avait présenté un léger ictère passager, s'essoufflait facilement, avait une toux sèche, quinteuse, sans expectoration. Mais cette toux, la perte de la gaîté, ne devaient-elles pas aussi faire redouter la tuberculose, chez ce garçon dont deux frères sur neuf étaient morts de méningite? Et n'était-ce pas un abcès froid costal que cette tumeur indolente, fluctuante, mate, irréductible, grosse comme une orange, vue par hasard par la mère, quatre jours auparavant, du neuvième au dixième espace intercostal, sur la verticale de l'angle de l'omoplate?

Ce fut ma conclusion et, sans songer même à un kyste du foie, je priai mon interne R. Petit d'opérer l'enfant. Sous la peau et la couche musculaire normale, le bistouri ouvrit, en effet, une collection purulente, mais il n'y avait pas, contrairement à l'habitude, de membrane enkystante très nette, et surtout nous fûmes très surpris de voir sortir quelques peaux blanchâtres, puis deux petites vésicules transparentes : les côtes n'étaient pas dénudées, mais le neuvième espace était perforé, et par là le doigt entra dans un kyste hydatique du foie. Un lambeau de membrane se présenta dans la plaie, fut saisi avec une pince, et d'un bloc toute la membrane hydatide fut retirée. Après drainage, le jeune malade guérit sans aucun incident : opéré le 12 novembre 1895, il quitta le service le 2 janvier 1896; en juillet 1898 M. Guilaine l'a revu en bonne santé.

La suppuration spontanée du kyste est, chez l'enfant, une complication rare : je l'ai encore observée chez une fillette, sur laquelle je n'ai pas conservé de notes circonstanciées, et qui a très bien guéri après incision et drainage du kyste.

Lorsque le kyste est ainsi suppuré, l'incision suivie d'un large drainage est la seule méthode applicable, et elle donne de bons résultats : mes deux petits malades ont très bien guéri, et même la guérison fut rapide pour le garçon dont je viens de vous parler. Mais lorsque le kyste n'est pas suppuré, on a davantage discuté sur le procédé à mettre en œuvre.

Il y a une vingtaine d'années, la ponction était encore la méthode de choix. Seule employée avant l'ère antiseptique, elle resta dominante tant que la technique chirurgicale ne fut pas pour ainsi dire impeccable; complétée ou non par une injection parasiticide, elle compte encore quelques partisans : pas beaucoup parmi les chirurgiens de métier, mais quelques-uns parmi les médecins, parfois séduits par cette opération si bénigne, si facile, si rapide et capable d'être efficace. Car, sans contredit, elle donne de temps à autre des guérisons remarquables, et quand elle échoue on n'a pas perdu grand'chose, surtout de nos jours où, grâce à l'antisepsie, on n'a presque plus à craindre l'infection secondaire de la poche.

Mais, malgré cette simplicité et cette innocuité, je ne vous conseillerai pas de tenter jamais la chance de succès que comporte cette méthode, parce qu'elle n'est pas exempte de tout inconvénient pour l'avenir, même à supposer que vous soyez absolument sûrs de votre asepsie. En effet, à travers l'orifice créé par l'aiguille dans l'enveloppe peu élastique du kyste, il semble bien que quelques gouttes de liquide puissent s'écouler : la preuve en est fournie par les accidents d'urticaire possibles après cette petite opération; mais si l'urticaire, indice d'un peu d'intoxication, est négligeable, il faut se souvenir que dans ce liquide sont contenus des éléments vivants, capables de se greffer dans le péritoine. Je sais bien que cette opinion est en contradiction avec la doctrine, longtemps admise comme absolue, de la nécessité des migrations d'animal en animal pour le développement des *scolex* successifs; dans le cas particulier, le passage par le chien serait indispensable. Mais il y a des faits assez nombreux prouvant que, si cette théorie est vraie dans son ensemble, on aurait tort de s'en prévaloir pour dormir sur les deux oreilles lorsque du liquide hydatique s'est écoulé dans le péritoine, et l'observation clinique a démontré qu'à l'origine des kystes hydatiques multiples de la cavité

(1) Deux de ces kystes ont trait à un seul enfant, opéré en 1894 et en 1898.

(2) J. Guilaine. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie chez l'enfant (*Thèse de Paris*, 1899).

(1) Audion. Deux observations de kyste hydatique du foie chez l'enfant. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, décembre 1898.)

abdominale on a coutume de trouver un kyste hydatique du foie accidentellement rompu.

Au cours d'une discussion récente sur ce sujet, à la Société de chirurgie, j'ai eu l'occasion de citer un cas de ce genre. En 1891 entra à l'hôpital Trousseau, dans un service de médecine, un enfant de dix ans atteint d'une angine phlegmoneuse. On le trouva subictérique et l'examen du foie révéla un kyste hydatique, en sorte que le petit malade fut adressé, dans le service de chirurgie, à M. Jalaguier. L'opération était décidée, lorsqu'en jouant dans la cour ce garçonnet tomba et son kyste se rompit, d'où réaction péritonéale, urticaire et épanchement que M. Jalaguier ponctionna : on obtint ainsi 4 litres 1/2 d'un liquide verdâtre, de mauvaise odeur. Après guérison, rien n'apparut du côté du foie, et l'enfant fut rendu à ses parents. En octobre 1892 on me l'amena pour une appendicite suppurée que j'opérai. A cette ouverture d'abcès succéda une éventration, que je fermai en octobre 1893 et à cette date je ne trouvai rien d'anormal dans le péritoine vers la région iliaque.

Il existait, toutefois, quelques troubles suspects, une grosseur dans l'hypocondre gauche, une douleur pongitive exagérée par la phonation et les grandes inspirations, de la gêne de la digestion avec diminution de l'appétit et météorisme après les repas. Ces symptômes s'accentuèrent et l'enfant, à ce moment âgé de treize ans, me fut amené de nouveau le 16 janvier 1894. Je constatai alors dans l'hypocondre gauche une tumeur rénitente, grosse comme une orange, mate, donnant le frémissement hydatique. A l'épigastre, sonorité normale, sauf au voisinage de l'appendice xiphoïde; à droite, le foie débordait les fausses côtes de trois travers de doigt et remontait haut dans le thorax.

Le 15 février, je pratiquai donc la laparotomie médiane sus-ombilicale, et je vis que la collection hydatique gauche était rétropéritonéale et non hépatique, et que vers le foie pendait une masse polykystique que j'eus beaucoup de mal à décortiquer; cela fait, j'arrivai, derrière elle, sur une tumeur rétropéritonéale dont l'ablation me mena sur les vaisseaux du hile rénal. A côté, vers la fosse iliaque droite, j'eus encore à énucléer un amas polykystique rétropéritonéal, plus petit. Enfin, dans l'abdomen, surtout vers l'estomac, il y avait des kystes petits et nombreux; en particulier, j'en extirpai, de l'épiploon, plusieurs, gros comme des noisettes.

L'opération, comme vous pouvez en juger, fut horriblement laborieuse; elle dura une heure un quart et ne fut pas supportée par l'enfant, qui le soir même mourait dans le collapsus.

Cette greffe d'hydatides dans le péritoine ou dans une cicatrice de laparotomie a paru à M. Potherat, l'an dernier, une hérésie zoologique. Mais les faits cliniques analogues à celui que je viens de rapporter se sont multipliés depuis quelques années; et d'ailleurs von Alexinsky (1) et Riemann (2) ont obtenu expérimentalement des résultats positifs chez le lapin : la greffe des scolex, des vésicules, échoue souvent, mais elle peut réussir.

Je vous signale seulement ce point spécial, car je ne veux pas reprendre dans son ensemble le procès de la ponction : la question est actuellement jugée entre chirurgiens. Pas plus que je ne veux vous parler de la méthode parasiticide, dans laquelle, après évacuation, on lave la poche à la liqueur de van Swieten, ou bien on injecte simplement, sans évacuation, un peu de cette solution dans la poche avec une seringue de Pravaz, de façon à tuer le parasite. Chez l'enfant, par exemple, Mlle Wilbouschevitch a publié un cas d'intoxication mercurielle aiguë et mortelle après une opération pratiquée de la sorte par M. de Saint-Germain.

Mais de cette possibilité de la greffe intra et rétropéritonéale va résulter un précepte pratique, dont vous allez avoir à tenir compte pour les deux méthodes dont il me reste à vous parler : le drainage de la poche ou sa réduction sans drainage, après capitonnage.

A ces deux opérations, en effet, il y a des temps communs : la laparotomie et l'ouverture large du kyste. Or, vous aurez soin, pendant cette ouverture, de ne pas laisser le liquide s'écouler dans le péritoine. C'est-à-dire que, dans la limite du possible, vous évacuerez d'abord par la ponction aspiratrice la poche largement mise à nu et peu à peu attirée au dehors à mesure qu'elle se videra et deviendra flasque ; puis vous inciserez franchement, mais en faisant couler le liquide hors du ventre, et après avoir soigneusement garni de compresses, aussitôt changées, l'espace compris entre la poche et l'incision péritonéale.

La poche étant ainsi vidée et attirée le plus possible au dehors, on en résèque tout ce qu'on a pu attirer; cela fait, deux méthodes sont en présence : ou bien, avec une série de points en chaîne, on suture la poche au péritoine, puis la tranche de section à la peau et l'on draine; ou bien on réalise la réduction sans drainage.

La marsupialisation avec drainage ne demande pas d'explication : c'est une méthode classique pour toutes les poches, abdominales ou autres, qu'on ne peut pas extirper ou qu'on n'ose pas abandonner à elles-mêmes. Pour le traitement des kystes hydatiques du foie, elle a constitué, il y a une vingtaine d'années, un très grand progrès sur les méthodes anciennes, et elle fut, pendant longtemps, seule employée.

Elle donne, en effet, d'excellents résultats définitifs. Je sais bien que, le jour où mon élève Guilaine a passé sa thèse, deux de ses juges ont bien voulu lui faire remarquer que ma statistique était déplorable : 2 morts sur 6 cas, il n'y avait pas de quoi être fier. Mais si ces critiques bienveillants avaient pris la peine de parcourir les observations correspondantes aux deux décès, ils y auraient d'abord trouvé celle de kystes multiples, intra et rétropéritonéaux, que je viens de résumer tout à l'heure, et peut-être auraient-ils conclu qu'elle n'a rien à voir avec la marsupialisation, ni même avec le traitement des kystes hydatiques du foie. Quant à l'autre, ils auraient vu qu'elle concerne aussi un cas très spécial, et heureusement fort rare : il s'agit d'un enfant de sept ans qui présentait dans l'épigastre, se prolongeant vers l'hypocondre droit, une tumeur bosselée, superficielle, laquelle se continuait dans la profondeur avec une grosse masse que l'on sentait gagner vers l'hypocondre gauche. Je diagnostiquai un kyste hydatique du foie à poches multiples, et je fis la laparotomie médiane le 22 septembre 1894. Je vis alors apparaître le lobe hépatique gauche, rempli par 4 ou 5 tumeurs arrondies, grosses comme des pommes d'api, blanches et opaques, ressemblant beaucoup à des masses de cancer secondaire du foie. J'attirai hors de l'abdomen tout ce lobe, je l'isolai avec des compresses, je vérifiai, d'un coup de bistouri, qu'il s'agissait bien de kystes hydatiques, et j'extirpai les poches, en réséquant le foie à leur base. La plaie hépatique fut en partie suturée, en partie tamponnée et j'en restai là, laissant une vaste poche dans le lobe droit; mais l'opération m'avait paru déjà assez longue. Le sujet succomba, et à l'autopsie on trouva dans le petit bassin de la sérosité louche, montrant qu'il y avait eu infection opératoire; il y avait, en outre, 5 kystes hépatiques et 2 kystes hydatiques du cœur, l'un à la pointe, l'autre, gros comme une orange, à la base du ventricule gauche.

Ces deux cas sont les seuls où j'aie perdu des opérés pour kystes hydatiques, du foie ou d'ailleurs. Tous les autres kystes hydatiques que j'ai observés jusqu'à cette année, chez l'adulte ou chez l'enfant, ont été traités par la marsupialisation et ont guéri. Je puis donc dire, avec tous mes collègues, d'ailleurs, que la marsupialisation est une bonne méthode, efficace et non dangereuse. Mais elle a des inconvénients, et surtout elle exige un temps très long, des pansements répétés. Je n'ai pas noté les fistules interminables, et en particulier les écoulements biliaires secondaires, signalés par quelques chirurgiens; bien que toujours — et c'est un point sur lequel M. Walther, si je me souviens bien, a attiré notre attention — il y ait eu, à un moment donné, des accidents fébriles notables (la paroi kystique paraissait cependant suinter plutôt que suppurer), en fait, je n'ai pas eu d'accidents inquiétants, ni même sérieux. Je reconnais toutefois que la cure est longue, que les cas ne sont pas rares où elle exige quatre, cinq et six mois. Si donc on pouvait trouver une méthode procurant la guérison en trois semaines, comme pour un kyste de l'ovaire, ce serait fort appréciable. Or, c'est ce que depuis quelques années M. Pierre Delbet a cherché à réaliser.

Quels prédécesseurs a eus M. Delbet? Quels chirurgiens, à l'étranger, ont cherché à réduire sans drainage la poche oblitérée? Quelles ressemblances et quelles différences relève-t-on entre leurs procédés et celui de M. Delbet? On a discuté un peu sur toutes ces questions d'historique et de priorité, et je ne veux pas entrer dans ces débats : le fait est que, parmi nous, c'est M. Delbet qui a enseigné la méthode de réduction après capitonnage de la poche, et que cette oblitération par capitonnage paraît bien lui appartenir en propre.

En principe, cette manière de faire m'avait séduit, et j'avais résolu, dès que se présenterait un cas favorable, de demander le concours de M. Delbet pour l'opérer devant vous. L'occasion ne tarda pas à se produire, car le 8 juin 1900 entrait à notre salle Valleix une fillette de treize ans portant dans l'hypocondre droit, sous les fausses côtes rejetées en dehors, un kyste hydatique à diagnostic évident; ce qui ne l'empêchait pas d'avoir subi des diagnostics et des traitements variés, depuis la pommade de ciguë jusqu'à la quinine à l'intérieur, jusqu'à la proposition d'une gouttière pour mal de Pott.

Le 15 juin, M. Delbet voulant bien m'aider, vous m'avez vu opérer : une incision longue de 20 centimètres fut tracée à droite sur le bord externe du grand droit, et je mis à nu un kyste gros comme une tête de fœtus, situé à la face convexe et séparé de la vésicule biliaire par une couche de tissu hépatique épaisse d'environ un travers de doigt. La cavité fut ouverte, vidée, séchée avec des compresses et, cela fait, il fut aisé de prendre avec une pince la membrane germinative, qui vint d'une seule pièce. En sorte qu'il restait sous nos yeux la seule membrane adventice, fibreuse, bien sèche, apte à la suture. De haut en bas furent placés, puis noués, trois points de catgut, en capiton; et le tout fut enfoui sous un surjet à la Lembert qui ferma l'incision de la paroi kystique. La paroi abdominale fut ensuite suturée en étages : un surjet au catgut sur le péritoine, un sur la gaine du muscle droit, un enfin sur la peau.

Quand on a eu sous les yeux cette vaste poche, où fatalement persistent plus ou moins d'espaces morts dans lesquels s'accumulera du sang, on se rend compte qu'il suffit de bien peu de septicité opératoire pour que la suppuration locale vienne faire échouer la tentative de cure rapide. En fait, les observations ne sont pas très rares où cette suppuration a eu lieu : mais il faut dire tout de suite que l'infection est restée limitée au kyste, dont on a obtenu la guérison après incision secondaire. C'est ce qui arriva, en particulier, chez quatre malades dont M. Quénu a entretenu la Société de chirurgie; et pendant assez longtemps je me suis demandé si cela n'allait pas survenir chez ma jeune opérée.

Après l'intervention, en effet, elle a eu des acci-

(1) Von Alexinsky. Experimentelle Untersuchungen über die Verimpfung des multiplen Echinococcus in der Bauchhöhle. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, LVI, 4, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 360.)

(2) Riemann. Ueber die Keimzerstreuung des Echinococcus im Peritoneum; klinische und experimentelle Untersuchungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1899, XXIV, 1, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 438.)

dents fébriles, avec température oscillant entre 38° et 39°, avec perte de l'appétit et amaigrissement. Il n'existait pas, pendant les premiers jours, de douleurs abdominales ni de vomissements ; la plaie extérieure ne présenta à aucun moment une trace quelconque d'infection, rien de phlegmoneux n'apparut dans la paroi, et de jour en jour je conclus que rien ne m'incitait à drainer la poche. Cela dura, avec intensité, pendant un mois, et le seul phénomène local fut, de temps à autre, une douleur à la pression sur le bord interne (1) du muscle droit, un peu au-dessous du rebord costal, et une douleur dans l'épaule droite.

Les accidents s'atténuèrent au bout d'un mois environ, mais ils ne cessèrent pas, car ils persistaient à la date du 15 octobre. Le ventre était alors un peu ballonné, mais la palpation, la pression, la percussion n'y révélaient aucun empâtement, aucune tumeur. L'appétit, très capricieux, était toujours médiocre ; malgré de l'amaigrissement, l'état général restait assez bon. Cependant la température était très rarement normale, à 37° : elle oscillait presque toujours de 37°5 à 38°, avec de temps à autre, sans cause connue, sans rien de spécial localement, des séries d'ascension à 38°5, à 39° même.

Quoiqu'il n'y eût, au total, rien d'inquiétant, comme je voyais les troubles persister, je voulus en avoir le cœur net et, le 15 octobre, j'ouvris à nouveau le ventre de cette enfant. La douleur à la pression ayant toujours siégé vers l'épigastre, j'incisai en dedans de l'ancienne cicatrice et la seule chose anormale que je constatai fut qu'il existait des adhérences filamenteuses, minces, entre la paroi abdominale et la face convexe du foie. Cet organe, de volume normal, était seulement un peu abaissé : à l'inspection, à la palpation, je n'y trouvai aucune trace du kyste opéré en juin. La couleur était normale et en aucun point, pas plus à la face convexe qu'à la face concave, je ne pus percevoir un changement quelconque de consistance. Le lendemain soir, sans aucun trouble abdominal et à proprement parler sans aucun malaise, la température monta à 39°5, mais pour retomber le surlendemain à 38°2 le matin, à 38° le soir ; le jour suivant, au matin, elle était à 37°5, le soir à 37°, et à partir de ce moment l'apyrexie fut parfaite, l'appétit revint, la fillette engraissa. La réunion immédiate fut obtenue, sans même une trace de rougeur, et le 12 novembre la jeune malade nous quittait parfaitement guérie.

Que s'est-il passé qui explique cette fièvre bizarre et prolongée, dont j'eus brusquement raison par la libération de quelques adhérences minces, molles, en réalité insignifiantes ? Je n'en sais rien. Mais, en tout cas, la deuxième opération m'a permis de vérifier, pour le kyste que j'ai traité, l'excellence du résultat anatomique obtenu par la méthode de M. Delbet, que je crois la méthode de choix pour les cas où elle est applicable.

Bien entendu, il n'en saurait être question lorsque le kyste est suppuré ou communique avec les voies biliaires ; pas davantage quand la membrane germinative, en partie calcifiée, ne peut être entièrement enlevée. Car cette membrane, anhiste, parasitaire, n'est pas apte à la réunion immédiate, réalisable seulement si la paroi adventice, fibreuse, est partout accolée à elle-même grâce au capitonnage. Aussi, pour certaines cavités où il est malaisé de bien voir jusqu'au fond et de s'assurer qu'il ne reste rien de la membrane, doit-on examiner avec soin si la poche extraite est complète avant de procéder au capitonnage.

Quant au siège plus ou moins élevé du kyste vers la face convexe, il ne semble pas un obstacle au capitonnage : d'autant que, pour certaines poches minces, on peut laisser à la pression intra-abdominale le soin de l'accolement. Enfin, un cas de M. Bouglé prouve qu'il est possible de traiter ainsi avec succès deux kystes coexistants : chez le garçon opéré par ce chirurgien, le second kyste fut reconnu parce qu'il fut perforé accidentellement avec l'aiguille destinée à capitonner le premier.

D'ailleurs, quelle que soit la méthode employée, on n'est jamais sûr de ne pas méconnaitre une seconde poche, plus ou moins petite, capable de nécessiter plus tard une deuxième laparotomie. Ainsi, chez un garçon qu'en mars 1894 j'avais guéri, par marsupialisation, d'un kyste hépatique bombant dans le flanc droit, j'ai dû opérer, en mai 1898, un autre kyste volumineux, faisant saillie dans la ligne axillaire.

Et peut-être, chez la fillette que j'ai opérée avec M. Delbet, devons-nous craindre l'évolution ultérieure d'un kyste encore profond et petit. Car si, depuis ma deuxième laparotomie, tous les accidents généraux ont cessé, lorsque la jeune malade m'a été ramenée, à la fin de janvier, elle a dit qu'elle continuait, de temps en temps, à souffrir de l'épaule droite. Par l'exploration locale, je n'ai absolument rien trouvé de suspect, mais nous devons faire, à ce point de vue, quelques réserves pour l'avenir.

(1) Dans le travail de M. Bricet (*Thèse de Paris*, 1900), où cette observation est publiée, on lira, par suite d'une erreur de copie, que la douleur siégeait au bord externe du droit.

CLINIQUE MÉDICALE

Hospice de la Salpêtrière. — M. J. Voisin.

De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie.

Une opinion très répandue attribue aux affections intercurrentes, et particulièrement aux pyrexies, le pouvoir de modifier avantageusement la marche du mal sacré ; et les exemples ne manquent pas, en effet, d'épileptiques guéris, ou du moins notablement améliorés, à la suite d'une pneumonie, d'un érysipèle, etc.

Hippocrate avait déjà signalé le rôle de la fièvre intermittente à ce point de vue ; il n'ignorait pas que les accès paludéens peuvent remplacer les crises convulsives, ces dernières disparaissant même parfois d'une façon définitive. Plus tard, Van Swieten, Portal, Sauvages, et plus récemment encore Esquirol, Georget, Gérard, Rivière et Herpin, remarquèrent également cette propriété du paludisme ; ils observèrent, en outre, que nombre d'autres affections — surtout les fièvres éruptives, mais aussi les maladies aiguës de la tête, de la poitrine et de l'abdomen — sont susceptibles de produire les mêmes effets. Ces constatations cliniques devaient conduire à des tentatives thérapeutiques, et en 1844 Selade (de Bruxelles) s'efforça, sans succès d'ailleurs, de communiquer le paludisme à des épileptiques en les exposant au froid humide, chaque soir et à heure fixe.

Mais jusqu'ici il ne s'agit que de faits isolés ; il appartenait à Delasiauve d'introduire dans la science la notion générale que toute affection aiguë grave suspend, ou du moins rend plus rares, les paroxysmes convulsifs, notamment dans les épilepsies à manifestations fréquentes ; chez quelques individus, cette modification heureuse devient définitive ; chez d'autres, au contraire, le retour des accès est un signe avant-coureur de la convalescence. Depuis lors, la théorie de l'influence favorable des pyrexies sur le mal comitial est devenue classique, et on la retrouve dans tous les traités et dans toutes les monographies.

Cependant, cette règle comporte des exceptions, et il existe des affections fébriles, j'espère vous le démontrer bientôt, qui exercent sur l'épilepsie, non une action curative, mais au contraire une influence provocatrice. Je vais donc examiner successivement avec vous, aujourd'hui, les pyrexies qui atténuent et celles qui aggravent l'épilepsie.

Parmi les premières, et pour m'en tenir aux affections que nous avons observées dans le service, je citerai d'abord l'*érysipèle;* nous en avons eu 4 cas parmi nos épileptiques ; ces 4 patientes, qui avaient en moyenne deux ou trois accès par mois, et autant de vertiges, ont vu ces manifestations entièrement suspendues pendant la période aiguë de leur érysipèle ; mais, aussitôt la convalescence établie, les vertiges reparurent, bientôt suivis de crises convulsives.

L'influence de l'*anthrax*, déjà signalée par M. Quériaud, ne fut pas moins évidente chez une de nos malades, âgée de cinquante huit ans, diabétique et épileptique, ayant en moyenne un accès tous les quinze jours et un vertige par semaine. Le 2 mars 1900, débuta chez elle un anthrax de la région mastoïdienne droite, auquel succédèrent d'autres foyers de même nature dans le dos et spécialement sur l'omoplate du côté droit ; la mort survint le 12 avril dans le coma diabétique, sans qu'on eût observé, depuis le début de ces suppurations locales, le moindre accident épileptique.

En ce qui concerne la *pneumonie franche*, son action semble assez variable ; c'est ainsi que je puis vous citer deux faits ; dans les deux, le mal comitial demeura silencieux, il est vrai, durant toute l'évolution de la phlegmasie pulmonaire, mais pour se manifester de nouveau dès la convalescence ; or, tandis que chez l'une de ces malades crises et vertiges revinrent en moins grand nombre qu'auparavant, chez l'autre, au contraire, l'épilepsie, jusque-là très discrète, parut avoir reçu un coup de fouet ; les absences et les paroxysmes furent nombreux pendant la convalescence, et, par la suite, les vertiges se reproduisirent très fréquemment.

La *rougeole* a eu, chez trois fillettes du service qui en ont été atteintes, une influence identique à celle de la pneumonie dans ce dernier cas, c'est-à-dire frénatrice d'abord, et aggravante ensuite ; en effet, toute manifestation comitiale a été suspendue pendant la période d'éruption ; la convalescence, par contre, a été marquée par une recrudescence notable des accidents ; chez une de ces fillettes, la moyenne mensuelle des accès, de 4.33 avant la fièvre éruptive, s'est élevée à 76.66 après, tandis que les vertiges passaient de 23.66 à 30.50 ; chez les deux autres, l'augmentation fut respectivement, pour les paroxysmes, de 1.66 à 16 et de 0.33 à 1.66 et, pour les absences, de 0.2 à 1 et de 0 à 4.33.

Je ne vous dirai qu'un mot de la *tuberculose :* la phtisie pulmonaire arrivée à la période des cavernes, de même que la tuberculose aiguë, a sur la névrose convulsive un pouvoir d'arrêt évident. J'écrivais déjà, en 1897, dans mon traité de l'épilepsie : « Beaucoup de nos enfants sont tuberculeux... Eh bien, quand ces malades ont des poussées aiguës de tuberculose, vous voyez les accès diminuer de nombre et de durée, tandis qu'ils reparaissent aussitôt que l'amélioration pulmonaire se produit. »

La *variole*, le *rhumatisme articulaire aigu*, la *fièvre intermittente* prêteraient à des considérations analogues, mais je n'insisterai pas, n'ayant pas d'exemple à vous en montrer. Il en serait de même de la *vaccine*, d'après M. Féré. Cependant, je dois vous dire que toutes les épileptiques du service ayant été récemment revaccinées, il ne m'a pas été donné d'observer, depuis lors, de différence appréciable dans le nombre des accès, que le vaccin eût pris ou non.

Une petite épidémie qui se déclara l'an passé dans le service nous a permis de faire quelques remarques intéressantes non seulement sur le rôle de la *diphtérie* au point de vue qui nous occupe, mais encore sur les effets de la sérothérapie chez nos malades. Sur 19 enfants qui furent frappés, 4 étaient épileptiques. Pendant toute la durée de la période aiguë de la maladie, on nota la disparition complète des

manifestations comitiales; mais durant la convalescence, les vertiges et les accès reparurent, en nombre sensiblement égal à ce qu'ils étaient antérieurement.

Par mesure préventive, les 144 enfants qui me sont confiées, et dont 63 sont atteintes de mal sacré, reçurent à titre préventif des injections de sérum de Roux. On pouvait s'attendre à ce que cette introduction de substances toxiques dans leur organisme produisît chez elles des effets analogues à ceux d'une maladie infectieuse; or, il n'en fut rien, et la fréquence des crises et des absences resta ce qu'elle était d'ordinaire; peut-être faut-il attribuer cette particularité à ce que les produits solubles contenus dans le sérum antidiphtérique ont une action strictement élective sur la toxine diphtérique.

Par contre, chez 57 de ces fillettes survinrent après les injections des éruptions d'intensité, de forme et de siège extrêmement variables, qui — fait digne d'être noté — apparurent toujours plus tardivement, mais pour se manifester d'une façon plus accentuée, chez les idiotes complètes et chez les grandes épileptiques. Comment interpréter cette gravité relative et cette évolution retardée de l'érythème chez les sujets à déchéance intellectuelle très prononcée? On ne peut invoquer ici une auto-intoxication, car il n'existait, du côté de l'appareil urinaire, aucun symptôme qui permît d'incriminer une perturbation des fonctions rénales; aussi serais-je disposé à admettre l'intervention de troubles vasomoteurs dépendant de la défectuosité du système nerveux.

Telles sont les affections intercurrentes qui exercent sur l'épilepsie une influence favorable, au moins pendant leur période aiguë; il me reste à vous parler maintenant de celles qui ont, au contraire, une action fâcheuse sur le mal sacré.

Parmi elles, M. Féré a signalé la *scarlatine*, qu'il considère même comme pouvant provoquer l'apparition de l'épilepsie. Il y a quelques années, une petite épidémie éclatait dans mon service, frappant 19 malades dont 4 épileptiques; ces dernières moururent dans l'espace de quatre ou cinq jours, en état de mal; les 15 autres patientes guérirent sans encombre. Il semble donc bien que la scarlatine ait, chez les épileptiques, un pronostic tout particulièrement sévère.

J'en pourrai dire autant de la *grippe*, quoique l'influence de cette maladie paraisse moins funeste. Néanmoins elle augmente d'une façon certaine le nombre des accès, qui peuvent même devenir subintrants; c'est ainsi qu'une de mes malades eut 174 crises en vingt jours, et qu'une autre en présenta *214 dans une seule journée*. L'influenza est même susceptible de faire apparaître les manifestations comitiales chez un sujet jusque-là indemne, comme en témoigne l'exemple d'une fillette de quatre ans et demi qui, entrée dans le service le 16 novembre 1899, n'avait eu ni crises, ni vertige jusqu'au mois de janvier passé; à ce moment elle eut une atteinte de grippe, à l'occasion de laquelle elle fit jusqu'à 5 et 6 accès par jour; ceux-ci disparurent avec la maladie infectieuse. De même, chez les deux malades auxquelles je faisais allusion tantôt, les manifestations épileptiques reprirent leur fréquence habituelle dès la convalescence de la grippe; l'influence de cette dernière n'est donc pas durable. Les *complications pulmonaires* de l'influenza (broncho-pneumonie, congestion) exercent une action tout aussi fâcheuse, et chez une de nos fillettes, atteinte de congestion pulmonaire grippale, 320 crises se succédèrent dans une même journée.

La *fièvre typhoïde* est peut-être, des maladies infectieuses, celle dont l'effet défavorable sur le mal comitial est le mieux connu; dès 1893, M. Lannois (de Lyon) lui consacrait un mémoire spécial; j'ai également insisté sur ce point dans mon traité; enfin, tout récemment mon élève Lenoir a repris l'étude de cette question à l'occasion de sa thèse; aussi serai-je très bref : dans 2 cas, nous avons vu le nombre moyen des accès doubler pendant l'évolution d'une dothiénentérie, mais jamais nous n'avons observé dans ces conditions de crises en longues séries, encore moins d'état de mal.

Ces faits démontrent bien qu'il y a, ainsi que je vous le disais en commençant, des pyrexies qui exaspèrent et d'autres qui tempèrent l'épilepsie. Il resterait à établir le mécanisme de ces effets si variables; mais ici l'on ne peut que formuler des hypothèses, et c'est un terrain sur lequel mon incursion sera de peu de durée. Trois théories se présentent à nous, faisant intervenir soit l'hyperthermie, soit une localisation du processus morbide aux centres nerveux, soit enfin l'action des toxines sécrétées par les microbes, connus ou inconnus, de l'infection en cause. A la première on peut objecter qu'un même facteur, l'élévation de la température, ne saurait expliquer l'aggravation de l'épilepsie par certaines maladies fébriles (scarlatine, fièvre typhoïde) et son atténuation par d'autres (érysipèle, rougeole). A la seconde manque l'appui de l'observation clinique, puisque les affections dont il s'agit intéressent l'organisme tout entier et ne portent pas spécialement leur action sur le système nerveux. Reste la troisième, que je crois légitime d'adopter, au moins à titre provisoire, et qui attribue à la majorité des toxines microbiennes une action d'arrêt sur l'excitabilité de la zone motrice de l'écorce cérébrale, quelques-unes de ces toxines ayant, au contraire, le pouvoir d'augmenter cette même excitabilité.

En terminant cette étude des modifications apportées à la marche de l'épilepsie par les pyrexies, il ne me paraît pas inopportun d'attirer votre attention sur une particularité qu'il m'a été donné d'observer bien des fois. Vous savez que toute manifestation épileptique, même isolée, détermine une légère élévation de la température, laquelle ne dépasse pas, en temps ordinaire, 5 ou 6 dixièmes de degrés — je ne parle pas, bien entendu, des accès subintrants ni des états de mal, où le thermomètre monte fréquemment à 40° ou 41° —. Or, j'ai pu m'assurer que cette faible hyperthermie post-paroxystique devient notablement plus accentuée chez les épileptiques atteints d'une maladie intercurrente, où elle atteint communément 1°, voire même 2°. Cette brusque ascension thermique pourrait vous faire craindre l'apparition d'une complication; aussi est-il bon que vous soyez prévenus qu'il ne s'agit parfois, en pareille occurrence, que d'une crise ou même d'une simple absence passée inaperçue.

MÉDECINE PRATIQUE

La douche d'air comme moyen d'exploration de l'estomac.

Quels que soient les services qu'est susceptible de rendre la percussion de l'estomac, il est incontestable que, à lui seul, ce moyen de diagnostic ne suffit pas toujours à faire déterminer d'une façon exacte les dimensions et la situation de l'organe en question. Aussi le praticien se voit-il souvent obligé de recourir préalablement à la dilatation artificielle de l'estomac, soit en administrant au patient un mélange effervescent, soit en insufflant de l'air à travers une sonde œsophagienne introduite dans la cavité gastrique. Les deux procédés sont loin d'être exempts d'inconvénients et ne permettent guère de pratiquer un examen rapide. On a proposé, il est vrai — dans le but d'éviter les efforts de vomissements suivis de régurgitation alimentaire —, d'effectuer l'insufflation de l'estomac en introduisant la sonde non pas dans la cavité gastrique elle-même, mais seulement dans la partie supérieure de l'œsophage (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 381). Tout simplifié qu'il soit, ce cathétérisme œsophagien constitue cependant une manœuvre assez désagréable pour le malade aussi bien que pour le médecin. Or, M. le docteur R. Oehler (de Francfort-sur-le-Mein) a trouvé qu'on peut insuffler l'estomac sans avoir recours à l'emploi de la sonde, et cela tout simplement au moyen du procédé de Politzer, dont on se sert habituellement pour introduire, à travers la trompe d'Eustache, de l'air ou des vapeurs médicamenteuses dans l'oreille moyenne.

Voici quel est le *modus faciendi* adopté par notre confrère :

Le patient étant étendu sur le dos, le tronc découvert, on introduit dans l'une de ses narines l'embout d'une poire à insufflation, en même temps qu'on obture complètement la narine du côté opposé. Puis on engage le malade à faire un mouvement de déglutition en avalant une gorgée d'eau et, au même moment, on exerce sur le ballon en caoutchouc une pression, sous l'influence de laquelle l'air pénètre avec la gorgée d'eau dans la cavité gastrique. Chez les individus à paroi abdominale peu développée, on peut, pour ainsi dire, suivre *de visu* le mouvement de l'air qui se porte vers le fond du viscère. En général, il suffit de répéter la manœuvre trois fois pour obtenir le degré nécessaire de dilatation et pour pouvoir ensuite pratiquer la percussion et la palpation dans les meilleures conditions possible.

Il convient, en outre, de faire remarquer que le procédé préconisé par M. Oehler permettrait non seulement de préciser les limites de l'estomac, mais encore de se rendre compte de l'existence de troubles de la motricité de cet organe. En l'absence de toute insuffisance motrice, l'estomac, une fois dilaté, commence au bout de quelques minutes à se contracter : les contours du viscère deviennent plus nets et plus résistants à la palpation, en même temps qu'il se produit un mouvement péristaltique dont les ondes, dirigées de gauche à droite, se dessinent d'une façon très distincte sous la peau, si l'on a affaire à un sujet maigre. Au moment où ces contractions ont lieu, on entend l'air s'échapper en partie à travers le pylore avec un petit bruit de gargouillement ou de sifflement, en partie à travers l'œsophage par éructation. Au contraire, dans les cas d'atonie de l'estomac, tous ces phénomènes font à peu près complètement défaut.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mars 1901.

Les conditions et le diagnostic du terrain de la tuberculose

M. Robin. — Les recherches que je poursuis depuis plusieurs années avec M. Binet, et qui portent sur 392 malades, nous ont révélé un fait dont l'importance nous paraît très grande au point de vue du diagnostic et du traitement de la tuberculose, et qui bouleverse complètement les idées courantes, tant médicales que populaires, au sujet de cette maladie.

En effet, tout le monde admet qu'un phtisique respire moins qu'un homme sain, et que ses actes respiratoires et son hématose s'abaissent d'autant plus que l'étendue de poumon envahie est plus grande; aussi s'est-on acharné à relever chez les poitrinaires tous les phénomènes d'oxydation.

Or, nous avons constaté que les échanges respiratoires sont beaucoup plus élevés chez les tuberculeux que chez les individus sains, et cela assez constamment : sur une série de 162 phtisiques, 8 % seulement faisaient exception à cette règle. Ces échanges affectent le type suivant :

a) La ventilation pulmonaire croît de 110 % chez la femme et de 80.5 % chez l'homme;

b) L'acide carbonique exhalé par kilogramme de poids et par minute augmente de 86 % chez la femme et de 64 % chez l'homme;

c) L'oxygène total consommé par kilogramme-minute s'élève de 100.5 % chez la femme et de 70 % chez l'homme;

d) L'oxygène absorbé par les tissus croît de 162.8 % chez la femme et de 94.8 % chez l'homme.

Cette suractivité des échanges respiratoires existe aussi dans les formes aiguës de la maladie. Elle se manifeste à toutes les phases de la tuberculose chronique, aussi bien au début qu'aux périodes avancées, et persiste jusqu'aux derniers jours de la vie. Elle subit des oscillations qui affectent un certain rapport avec les progrès ou l'amélioration de l'affection.

Les sujets atteints de mal de Pott, de tuberculose osseuse, de tuberculose du testicule, de pleurésie ou d'adénite tuberculeuses, présentent la même suractivité des échanges, qui fait défaut, par contre, dans la péritonite, la méningite tuberculeuses et le lupus.

Des diverses maladies que l'on peut confondre avec la tuberculose pulmonaire, il en est quelques-unes où les échanges respiratoires sont exagérés, mais diffèrent toujours par quelque trait de ce qu'ils sont dans la phtisie.

Donc, si l'on hésite sur le diagnostic de tuberculose pulmonaire, l'examen des échanges respiratoires résoudra la difficulté. Et comme les caractères de ce chimisme sont significatifs dès le début de la tuberculose, on aura ainsi le moyen de porter le diagnostic précoce de cette affection.

L'exagération des échanges respiratoires n'est pas un acte de défense de l'organisme; ce n'est pas non plus une manifestation de l'attaque bacillaire, puisqu'elle existe avant l'invasion des microbes chez les trois quarts environ des descendants de tuberculeux. Au contraire, dans les états antagonistes de la phtisie, comme l'arthritisme, les échanges respiratoires restent au-dessous de la normale. Cette exagération des échanges respiratoires constitue donc l'une des conditions du terrain de la tuberculose, l'autre condition étant la déminéralisation organique qui fera l'objet d'une note ultérieure. Cette notion nous ramène à la conception hippocratique : « La phtisie est une consomption. » C'est la consomption produite par les échanges respiratoires et la déminéralisation, qui prépare le terrain à l'invasion bacillaire.

La prophylaxie de la tuberculose n'est pas tout entière dans les mesures privées et publiques prises contre l'agent de la contagion. Si l'on peut reconnaître à l'avance les sujets qui sont prédisposés, il ne suffit pas d'écarter le bacille de leur route, il faut les soumettre aussitôt à une hygiène et à une thérapeutique capables de modifier le trouble fonctionnel et nutritif qui est la condition nécessaire du développement du bacille.

De l'anesthésie chirurgicale au moyen des injections intra-rachidiennes de cocaïne.

M. Reclus lit, à l'occasion d'un travail de M. Tuffier sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 167 et 423), un rapport dans lequel, après avoir rappelé la technique des injections intra-rachidiennes de cocaïne, il insiste surtout sur les inconvénients et les dangers de ce mode d'anesthésie chirurgicale.

On doit tout d'abord tenir compte de ce fait qu'il n'est pas toujours facile de pénétrer dans le canal rachidien. En outre, même lorsque l'injection a été pratiquée d'une façon irréprochable, il arrive parfois, sans que l'on en connaisse la raison, que l'insensibilisation ne se produise pas, ou bien qu'elle soit très tardive ou encore éphémère.

A côté de ces inconvénients, à la vérité peu graves, il en est quelques autres qui méritent d'être pris en sérieuse considération. Tels sont les tremblements généralisés que présentent certains sujets, les nausées et les vomissements qui persistent quelquefois pendant plusieurs jours, l'incontinence des matières fécales qui peut apparaître pendant et après l'opération, la parésie des membres inférieurs qui s'observe également de temps à autre, et enfin les céphalées, souvent assez intenses pour priver complètement le malade de sommeil.

A la rigueur, dit le rapporteur, on pourrait faire abstraction de tous ces inconvénients s'il était démontré que la cocaïnisation de la moelle est moins dangereuse que la chloroformisation ou l'éthérisation. Tel n'est pas le cas.

Il résulte, en effet, des statistiques que 6 et peut-être 8 cas de mort ont déjà été signalés à la suite de l'injection dans le canal lombaire de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 centigr. de cocaïne. Or, le nombre des opérations pour lesquelles on a eu recours à ce mode d'anesthésie n'atteint pas encore 2,000. Cette mortalité est considérable, comparativement à celle de la chloroformisation (1 sur 2,300), de l'éthérisation (1 sur 7,000), et enfin à celle de l'anesthésie obtenue par injection sous-cutanée de cocaïne (7,000 opérations sans un seul cas de mort).

La comparaison de ces chiffres établit d'une façon irréfutable que ces trois dernières méthodes constituent véritablement les procédés de choix pour réaliser l'anesthésie chirurgicale.

Sur un nouveau xiphopage vivant du sexe masculin.

M. Chapot-Prevost (de Rio-de-Janeiro) relate un nouveau cas de xiphopagie : il s'agit de deux Chinois, les frères Lion-Seng-Sen et Lion-Tang-Sen, qui sont soudés ensemble par un pont allant de l'appendice xiphoïde à la cicatrice ombilicale.

Ces enfants sont nés à Nankong le 2 janvier 1887. L'accouchement eut lieu à terme et sans difficulté, bien que la mère fût primipare. Le premier enfant vint par la tête, le second par les pieds.

Il n'y avait qu'un cordon ombilical et qu'un placenta. La mère avait vingt ans lors de son mariage, le père dix-huit; tous deux étaient en bonne santé.

Les enfants furent nourris au sein par leur mère, pendant deux ans et demi. Ils commencèrent à parler à un an et demi et à marcher à trois ans seulement. Comme taille, l'un mesure 1 m. 352, l'autre 1 m. 313. Ils pesaient chacun 30 kilogrammes l'an passé. Leur intelligence est normale et toutes les fonctions s'exécutent d'une façon indépendante. Le cœur est situé à gauche chez tous deux.

Il y a quatre ans, ils ont eu l'un et l'autre la variole à un jour de distance.

Le pont qui les réunit ne mesure en longueur que 4 centimètres au niveau de son bord supérieur, et 9 centimètres au niveau du bord inférieur; l'écartement des deux sujets est donc bien plus considérable que chez Maria-Rosalina.

Le diamètre vertical du pont est de 77 millimètres, le diamètre transversal de 34 millimètres; sa circonférence, de 20 centimètres dans l'expiration, atteint 21 centimètres dans l'inspiration.

Au-dessous du pont d'union, et sur la ligne médiane, il existe une cicatrice ombilicale unique, ce qui permet d'affirmer qu'il s'agit bien d'un monomphalien, comme c'est, du reste, la règle chez les xiphopages.

Le pont lui-même est constitué par la peau, par une lame cartilagineuse réunissant les extrémités inférieures des deux sternums et, enfin, par les culs-de-sac péritonéaux.

M. Barette (de Caen) lit une note sur un cas d'appendicite gangreneuse hypertoxique compliquée d'ictère grave mortel.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Addition à la séance du 11 mars 1901.

Contribution à l'étude psycho-physiologique des actes vitaux en l'absence totale du cerveau chez un enfant.

MM. N. Vaschide et **C. Vurpas.** — Nous avons eu l'occasion de faire quelques observations sur un anencéphale venu au monde dix mois après la conception et ayant vécu trente-neuf heures.

Comme le montra ultérieurement l'autopsie, le cervelet et les hémisphères manquaient totalement; l'encéphale se réduisait au bulbe et à la protubérance, mais cette dernière était dépourvue de fibres arciformes; les pédoncules cérébelleux faisaient également défaut.

Les principaux phénomènes qu'il nous fut donné de constater chez ce monstre consistaient en abaissement de la température (28° dans le rectum), en respiration du type de Cheyne-Stokes, en tachycardie (138 pulsations à la minute), en cyanose des téguments, en manifestations spasmodiques (contracture des membres, exagération des réflexes tendineux, réaction idio-musculaire). La sensibilité générale était conservée, comme en témoignaient des mouvements de retrait quand on pinçait ou chatouillait les téguments; par contre, les sons, la lumière, les saveurs et les odeurs ne semblaient pas perçues.

Vingt heures après la naissance, cet enfant eut des attaques d'épilepsie jacksonienne qui, débutant par le bras gauche, se généralisaient bientôt et se terminaient par une émission d'urine. La mort survint au milieu de troubles dyspnéiques et de phénomènes de suffocation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mars 1901.

De l'intervention chirurgicale dans le traitement de la septicémie puerpérale.

M. Ricard. — Il faut, au point de vue du traitement chirurgical de l'infection puerpérale, distinguer deux catégories de cas nettement différents. Tantôt, en effet, il existe une lésion locale qui nécessite une intervention, variable suivant la nature de cette lésion, mais au sujet de laquelle il n'y a guère à discuter. Tantôt, au contraire, il s'agit d'infection généralisée; ici, l'accord est loin d'être fait, car il reste à déterminer et l'indication opératoire et le mode d'intervention.

La statistique totale de nos accoucheurs comprend 2,640 femmes infectées, dont 105 ont succombé. Sur ces 2,640 malades, 851 ont eu une température supérieure à 39°, et parmi ces dernières la mortalité a été seulement de 13 %. D'une façon générale, on peut dire que, dans toutes nos maternités, la mortalité en cas d'infection grave oscille autour de 10 %, et cela sans autre intervention que les moyens couramment employés.

D'après toutes les observations que j'ai parcourues, j'ai pu me convaincre qu'il n'existe aucun signe clinique, ni dans l'état général, ni dans l'état local, qui constitue une indication d'hystérectomie; dans ces conditions, et en présence des résultats que les accoucheurs obtiennent par le traitement habituel, je n'hésite pas à déclarer que nous ne devrons pas pratiquer d'hystérectomie pour infection puerpérale, tant que nous ne serons pas en mesure de fournir l'indication opératoire qui actuellement nous fait totalement défaut.

M. Reynier. — Pour apprécier la gravité des infections puerpérales, il est utile de tenir compte de la nature de l'agent infectieux, qui peut être le streptocoque, le gonocoque ou un saprophyte. Dans ce dernier cas, les lavages et le curettage sont susceptibles de juguler rapidement le mal. Quand le streptocoque, au contraire, est en cause, ces moyens sont tout à fait insuffisants, mais je me demande si les opérations graves que l'on propose ne sont pas alors plus nuisibles qu'utiles.

M. Segond. — Dans cette discussion, je pense que nous devons nous borner à nous occuper de l'infection puerpérale proprement dite. Limitant ainsi la question, je dois dire que, dans les dix années pendant lesquelles j'ai été chargé du service chirurgical de la Clinique Baudelocque, je n'ai pas rencontré un seul cas d'infection puerpérale où il y eût indication à l'hystérectomie.

Résection diaphysaire primitive pour fracture de l'humérus par coup de feu.

M. Picqué. — Vous m'avez chargé de vous rendre compte d'une observation qui nous a été adressée par MM. Studer (de Vernon) et Radouan (médecin militaire). Il s'agit d'une résection primitive de la diaphyse humérale pour une fracture par coup de feu. Le résultat obtenu par nos confrères a été excellent. En regard de ce fait je puis citer une observation personnelle : chez un malade atteint de pseudarthrose consécutive à une fracture de l'humérus par écrasement, la tentative que je fis pour remédier à cette pseudarthrose fut peu satisfaisante; aussi je me demande si, dans ce cas, il n'aurait pas été préférable de pratiquer une résection primitive de la diaphyse.

M. Nélaton. — Au sujet de cette question des résections diaphysaires primitives, je crois qu'il est impossible d'établir une règle générale; en pareille matière, il faut avant tout ménager le squelette et se borner à enlever les esquilles et à régulariser les surfaces osseuses.

M. Lejars. — Il ne faut pas exagérer les bons effets de la résection diaphysaire. J'ai eu pour ma part l'occasion d'observer un malade chez lequel, pour une pseudarthrose consécutive à une fracture de l'humérus par écrasement, je fis une résection diaphysaire qui laissa les deux extrémités osseuses tellement éloignées l'une de l'autre que les parties molles intermédiaires s'opposaient à leur rapprochement; le bras, dans ces conditions, n'a donc pu que rester mobile. Dans un autre cas, le résultat d'une résection diaphysaire a été si peu satisfaisant que j'ai dû ultérieurement pratiquer une amputation.

Traitement du cancer du rectum.

M. Chaput. — Dans une nouvelle série de 10 ablations de cancer du rectum à ajouter aux 10 cas que je vous ai présentés antérieurement, j'ai eu 8 succès opératoires et 2 morts. Au point de vue des résultats éloignés, deux de mes malades n'ont pas été revus; des 6 autres, un seul, opéré depuis une année environ, est actuellement sans récidive.

Sur ces 10 interventions, j'ai fait seulement 6 fois l'anus iliaque; chez 4 malades j'ai cru pouvoir m'en abstenir. D'ailleurs, je dois dire à ce propos que je préfère l'anus sacré à l'anus iliaque.

J'ai été frappé de l'absence d'hémorrhagie au cours de l'ablation du rectum cancéreux par la voie sacrée, et, dans aucune de mes vingt opérations, je n'ai eu de ligatures à faire; aussi j'avoue ne pas partager l'opinion de M. Quénu relativement à la nécessité de la ligature préalable des artères hypogastriques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 mars 1901.

Des hémorrhagies dans l'ictère acholurique.

M. Lereboullet. — La communication que j'ai à vous faire, au nom de M. Gilbert et au mien, est relative à la fréquence des hémorrhagies (épistaxis, ménorrhagies, etc.) au cours de l'ictère acholurique. Parfois les pertes sanguines dominent le tableau clinique et semblent constituer toute la maladie (ictère acholurique hémorrhagipare); quelques-uns des cas désignés sous le nom de chlorose ménorrhagique paraissent rentrer, en réalité, dans ce groupe; d'autres fois les hémorrhagies, associées aux divers symptômes de l'ictère acholurique (troubles nerveux, troubles dyspeptiques, urticaire, douleurs articulaires, etc.), n'interviennent qu'à titre d'élément secondaire.

Au point de vue pathogénique, ces pertes sanguines paraissent liées étroitement à la cholémie chronique légère qui constitue la caractéristique fondamentale de l'ictère acholurique; elles cessent, en général, quand la cholémie disparaît ou s'atténue, ce dont on peut s'assurer par l'examen du sérum. C'est, d'ailleurs, la cholémie qui semble également le facteur essentiel des hémorrhagies observées au cours de diverses maladies du foie. Mais en général, ici comme ailleurs, la cholémie ne suffit pas et, pour que l'hémorrhagie survienne, il faut, indépendamment des conditions individuelles, une cause occasionnelle, physiologique (menstruation) ou accidentelle.

Le traitement doit être basé sur cette notion pathogénique, car c'est en cherchant à agir sur la cholémie, par le régime lacto-végétarien notamment, que l'on voit l'imprégnation jaunâtre des téguments et les hémorrhagies s'amender parallèlement.

Microbes dans le liquide céphalo-rachidien de sujets atteints de zona.

M. Achard. — Je viens d'examiner avec M. Lœper le liquide céphalo-rachidien de deux malades atteints d'un zona de la région lombo-crurale, offrant tous les caractères de la fièvre zoster. Dans les deux cas, l'ensemencement du liquide retiré par ponction lombaire a donné des cultures d'un bacille rappelant le colibacille et présentant cette particularité que le lait ensemencé ne se coagule pas à la température de l'étuve, mais se coagule par l'ébullition.

Ces faits viennent à l'appui de l'opinion qui attribue une origine infectieuse au zona dit idiopathique. Ils confirment aussi la théorie rattachant l'éruption cutanée, dans un grand nombre de cas, à une altération spinale ou méningée, susceptible d'affecter soit les racines, soit les centres nerveux eux-mêmes. Enfin la question se pose de savoir si diverses infections ne sont pas susceptibles de provoquer la fièvre zoster.

Tabes à type bulbaire inférieur.

M. Sainton communique, au nom de M. Labbé et au sien, l'observation d'un homme de quarante-sept ans, ancien syphilitique, qui eut il y a six ans, étant en pleine santé, deux ictus laryngés. Un an après survinrent des crises de vomissements abondants et non douloureux, qui se renouvelèrent tous les trois mois d'abord et ensuite plus fréquemment. Entre temps on constata chez ce malade tous les symptômes du tabes : abolition des réflexes rotuliens, signe d'Argyll-Robertson, anesthésies cutanées disséminées, diminution de la sensibilité gustative et olfactive, etc. Actuellement cet homme a des crises gastriques presque quotidiennes, qui s'annoncent par un chatouillement du larynx, une respiration sifflante, de la dyspnée; puis, dans une seconde phase, se montrent des douleurs rappelant celles de l'angine de poitrine avec violent frisson et, enfin, des vomissements. A deux reprises différentes, ce malade a eu, en outre, du melæna; il présente aussi, à intervalles irréguliers, des accès de sialorrhée.

L'association de ces divers troubles, qui témoignent d'une lésion des noyaux des nerfs pneumogastrique, glossopharyngien et trijumeau, permet de considérer cette observation comme ressortissant au tabes à localisation bulbaire inférieure.

M. Rendu dit avoir observé des crises gastriques identiques à celles du tabes, comme seul phénomène morbide, chez un homme qui est devenu plus tard paralytique général.

M. Joffroy fait remarquer que c'est surtout dans les formes pseudo-tabétiques de la paralysie générale que l'on observe ces crises gastriques.

Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours du zona thoracique.

M. Sicard. — L'examen histologique du liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire chez deux malades atteints de zona thoracique à disposition métamérique nous a révélé, à M. Brissaud et à moi, la présence d'éléments lymphocytiques nombreux. Dans l'un des cas, à côté des lymphocytes, il existait en très grande abondance des cellules plus volumineuses, mononucléaires, prenant plus ou moins bien les réactifs colorants, parfois réunies en chaînettes deux par deux, rarement soudées entre elles.

Ces observations prouvent que des éléments figurés peuvent apparaître dans le liquide céphalo-rachidien au cours de maladies bénignes comme le zona, dans lesquelles les méninges ne sont que peu touchées. D'autre part, en fournissant des indications sur l'état de ces dernières, le cytodiagnostic pourra aider à distinguer le zona d'origine périphérique d'avec le zona d'origine centrale.

M. Widal. — Dans les processus méningés chroniques, qu'il s'agisse de paralysie générale, de tabes ou de méningo-myélite, on trouve parfois, en même temps que des lymphocytes, des éléments nucléés volumineux. Il est difficile, dans ces cas, de dire s'il s'agit de gros mononucléaires ou de cellules endothéliales. Il nous a semblé, à M. Ravaut et à moi, que ces éléments s'observaient plus fréquemment chez les paralytiques généraux que chez les tabétiques.

Ostéo-arthropathie et cirrhose hypertrophique biliaire.

M. Parmentier communique, en son nom et au nom de M. Castaigne, l'observation d'un homme de vingt-trois ans, chez lequel sont survenus, au cours d'une cirrhose hypertrophique biliaire avec ictère chronique, des accidents ostéo-articulaires localisés aux cous-de-pied, aux genoux et aux poignets. Les doigts de ce malade ont, en outre, leurs extrémités renflées en baguettes de tambour, mais l'examen radioscopique n'a pas permis de constater une augmentation de volume des os. Ces altérations ostéo-articulaires ont, avec la cirrhose hypertrophique biliaire, des rapports de cause à effet qui ont été signalés pour la première fois par MM. Gilbert et Fournier. La fréquence relative de ces accidents et leur apparition après le début de l'affection biliaire ne laissent aucun doute à cet égard.

Quant au mécanisme de ces manifestations, il est assez obscur. On ne saurait admettre un trouble de l'hématose de nature cardiaque ou pleuro-pulmonaire, ni une origine pneumique quelconque, puisque le malade n'a jamais présenté aucun signe d'affection thoracique. L'hypothèse d'une gêne mécanique du poumon par le foie hypertrophié ne peut davantage être soutenue.

Par un raisonnement analogue à celui qui a servi à M. Marie pour expliquer la nature pneumique, mais toxi-infectieuse, de l'ostéo arthropathie de la colonne vertébrale et de la racine des membres, on pourrait peut-être supposer que l'infection atténuée et chronique de l'appareil biliaire favorise la production de substances nocives résorbables ayant une action élective sur certaines parties des os et des articulations. D'autre part, il n'est pas impossible que l'altération humorale due à la présence, dans le sang, de bile, de pigments et d'acides biliaires, exerce également une influence nuisible sur les extrémités.

M. Béclère. — J'ai eu l'occasion d'examiner récemment un malade qui, au lieu de présenter aux deux mains, comme cela est la règle, la déformation dite hippocratique des doigts, n'était atteint de cette déformation qu'à la main droite. J'attribue cette localisation unilatérale à ce que le patient est porteur d'un volumineux anévrysme de l'artère sous-clavière droite.

La radiographie comparée des deux mains a montré en outre, dans ce cas, que les phalangettes de la main déformée ne sont pas plus volumineuses que celles de la main normale. J'ai fait une constatation analogue chez un grand nombre de tuberculeux présentant la déformation hippocratique de l'extrémité des doigts; cette déformation est donc due exclusivement à l'augmentation de volume des parties molles.

M. Marie. — Je crois qu'au point de vue pathogénique il y a lieu de distinguer deux variétés de déformation hippocratique des doigts : la première, qui est l'apanage exclusif des sujets atteints d'une malformation congénitale ou acquise du cœur ou des gros vaisseaux, est très certainement la conséquence du trouble de la circulation déterminé par cette malformation; la seconde, qui s'observe chez les malades ayant une affection chronique suppurative des bronches, du poumon ou de la plèvre, et qui se caractérise surtout par une déformation des ongles « en verre de montre », est indépendante, à mon avis, de tout trouble circulatoire et a manifestement une origine infectieuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 mars 1901.

Du rôle des trichocéphales et des ascarides dans la production des appendicites.

M. Guiart. — Il résulte des recherches que je poursuis sur ce sujet depuis plusieurs années que les trichocéphales et les ascarides ne jouent pas un rôle particulier dans l'étiologie de l'appendicite. Ces parasites, qui sont excessivement fréquents dans nos régions, ne peuvent agir qu'en inoculant sous la muqueuse les bactéries pathogènes contenues dans les matières fécales et auxquelles l'épithélium oppose normalement une barrière infranchissable. S'ils jouent ce rôle dans l'appendicite, c'est au même titre que dans la fièvre typhoïde ou la dysenterie; toutefois ce sont des agents inoculateurs beaucoup plus actifs pour ces dernières affections, la présence de ces nématodes dans l'appen-

dice constituant une véritable rareté pathologique.

M. Letulle dit que sur 180 appendices qu'il a examinés et qui tous provenaient de malades atteints d'appendicite, il n'a rencontré que deux fois des trichocéphales; encore faut-il ajouter que dans un cas ce parasite s'était introduit par son extrémité céphalique sous la muqueuse sans avoir provoqué la moindre réaction inflammatoire.

Névrites expérimentales par injection de sérum sanguin d'urémique.

M. Dopter. — J'ai porté au contact de l'un des nerfs sciatiques, chez plusieurs cobayes, du sérum sanguin d'urémique. Chez tous les animaux ainsi traités, le sciatique a présenté des altérations de dégénérescence wallérienne, lesquelles étaient d'autant plus accusées que les cobayes étaient sacrifiés plus tardivement ou avaient reçu un nombre plus grand d'injections.

L'injection de sérum d'individus normaux, pratiquée dans l'autre cuisse chez les mêmes animaux, n'a, au contraire, jamais provoqué la moindre lésion.

Ces névrites expérimentales éclairent la pathogénie des paralysies urémiques périphériques (paralysie faciale, paralysie récurrentielle, etc.); en effet, les conditions dans lesquelles elles ont été obtenues reproduisent en partie ce qui se passe chez l'urémique, où le nerf est constamment en contact avec les poisons circulant dans les capillaires qui irriguent ses éléments.

Transformation des scolex en kystes échinococciques.

M. Dévé. — J'ai établi dans une précédente communication (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 44) qu'on peut obtenir la production de kystes échinococciques par l'inoculation au lapin d'un mélange de vésicules proligères et de scolex. Il restait à préciser la part qui revient à l'un et à l'autre germes dans la formation des kystes. Or, j'ai obtenu des résultats positifs en inoculant des scolex à l'exclusion des vésicules proligères. Ces kystes, examinés sur des coupes en série, présentent en un point très limité de la couche granuleuse, à la face interne de la cuticule feuilletée, un amas de 30 à 40 crochets (nombre normal des crochets que possèdent les scolex). D'autre part, dans un cas, j'ai pu constater, au quarante et unième jour après l'inoculation, plusieurs scolex à des phases différentes de leur métamorphose kystique. Ce mode de transformation répond absolument à la description donnée autrefois par Naunyn.

Ces faits démontrent qu'un scolex peut, quoi qu'on en ait dit, se tranformer en kyste échinococcique. Par contre, je n'ai jamais pu jusqu'ici observer la transformation kystique des vésicules proligères, admise par un certain nombre d'auteurs.

Lésions du système nerveux central dans l'inanition.

MM. Marchand et **Vurpas.** — L'examen du système nerveux central chez plusieurs animaux soumis à une diète absolue nous a permis de constater l'existence, au niveau des cellules motrices de la moelle, de lésions se présentant sous trois types différents : le premier consiste dans une diminution des chromophiles; le second est caractérisé par une diminution du volume de la cellule qui prend des contours moins nets, crénelés, par une coloration diffuse intense du protoplasma, par l'existence de prolongements protoplasmiques moins nombreux et plus épais, et par l'excentricité du noyau; dans le troisième, enfin, la cellule est ratatinée et présente des vacuoles, les granulations ont complètement disparu, les prolongements ont encore diminué de nombre et de volume et le noyau est atrophié ou a disparu.

Dans tous les cas, les prolongements cellulaires sont moins étendus, moins nombreux, moins ramifiés, moins délicats qu'à l'état normal. Les vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang, mais il n'y a pas de diapédèse. La névroglie est normale.

Le cervelet n'est pas touché. Le cortex offre des lésions analogues à celles de la moelle, mais moins prononcées.

Action du bacillus tetraticus sur les hydrates de carbone.

M. Grimbert. — En étudiant l'action du bacillus tetraticus sur les hydrates de carbone, j'ai constaté, dans les produits de la fermentation ainsi produite, la présence d'acétylméthylcarbinol. J'ai pu caractériser ce corps par la formation de son osazone fusible à 243° et se transformant par oxydation en une osotétrazone cristallisée en fines aiguilles rouges. Le liquide distillé réduit à froid la liqueur de Fehling et résiste à l'action prolongée des alcalis. Ni le colibacille, ni le bacille d'Eberth, ni le bacille de Friedlander ne donnent d'acétylméthylcarbinol dans les mêmes conditions.

M. Maurel relate un certain nombre d'expériences tendant à démontrer que sous l'influence d'une alimentation azotée insuffisante la quantité d'acide urique excrétée diminue considérablement. Il en est de même d'une alimentation pauvre en phosphates et en chlorures relativement aux phosphates et aux chlorures urinaires.

M. Chaleix-Vivie (de Bordeaux) envoie une note relative à l'action bactéricide du bleu de méthylène sur le gonocoque.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 6 mars 1901.

Un cas de transmission de la gourme du cheval à l'homme.

M. Schöler présente un malade, exerçant le métier de cocher, qui a contracté la gourme des chevaux qu'il soignait : il a eu d'abord, sur la muqueuse palpébrale, une ulcération à fond grisâtre; deux jours plus tard, une lésion semblable se développait sur la conjonctive; l'œil était rouge, la cornée dépolie. Au bout de deux semaines, ces ulcérations étaient cicatrisées et le patient pouvait quitter le service; mais entre temps il avait souffert de phénomènes généraux : maux de tête, malaise, douleurs dans les membres, sensation de courbature, fièvre s'élevant à 40°; cette dernière dura quatorze jours, accompagnée de gonflement de la jambe, d'un léger œdème, d'exanthème, de pétéchies, de tuméfaction et de rougeur de la peau, d'une sensation de tension dans les jointures; ces troubles disparurent tandis que la température était encore élevée, mais furent remplacés par de la toux avec expectoration visqueuse peu abondante, vomissements et melæna. Actuellement il n'y a plus de fièvre; il ne subsiste qu'une légère albuminurie.

A ce sujet, l'orateur rappelle que la gourme du cheval est généralement une affection bénigne; elle débute par un catarrhe nasal avec ulcérations de la muqueuse et jetage abondant, catarrhe qui s'étend peu à peu par les voies lymphatiques, devient purulent et détermine la formation d'abcès; mais à côté de cette forme, qui est la plus commune, il en existe une autre où les agents pathogènes, déversés dans le sang, réalisent le tableau d'une septicémie.

Les symptômes de la gourme du cheval sont analogues à ceux que l'on a observés chez cet homme : gonflement des membres, éruptions cutanées, pétéchies, métastases dans les divers organes, etc. D'après les recherches de Schütz et d'autres auteurs, l'agent de cette affection serait un streptocoque ovale, facile à cultiver sur sérum sanguin, inoculable au cheval et à quelques autres animaux, tels que la souris.

Chez le malade qu'il vient de présenter, M. Schöler estime que l'infection s'est faite par la muqueuse, puis s'est propagée par la voie lymphatique, ce dont témoigne l'inflammation d'un ganglion sous-maxillaire.

Ce serait là le premier exemple connu de gourme humaine.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 16 mars 1901.

Les lésions histologiques de la peau dans la maladie d'Addison.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. S. Ehrmann** a exposé le résultat de ses recherches sur les lésions cutanées qui existent dans la maladie d'Addison. Il a constaté, dans cette affection, une multiplication des cellules pigmentaires normales (mélanoblastes) dans le derme et l'épiderme, surtout autour des vaisseaux. En outre, la peau est infiltrée par des cellules rondes ou polygonales, provenant de la dégénérescence des leucocytes. Physiologiquement, le pigment cutané prend naissance dans le derme d'où il pénètre ensuite dans l'épiderme; au point de vue embryologique, les éléments qui le contiennent ont la même origine que les cellules du tissu conjonctif, sans toutefois leur être identiques. M. Ehrmann a observé les mêmes altérations dans quelques infections ou intoxications (syphilis, mélanodermie arsenicale), ainsi que chez des sujets ayant reçu des injections d'acide phénique ou de tuberculine.

D'après les recherches de l'orateur, la pigmentation cutanée n'est pas sous la dépendance du système nerveux; celui-ci n'agit sur les mélanoblastes que chez les animaux les plus inférieurs. Quant à la multiplication des cellules à pigment, elle a lieu sous l'influence des irritations les plus diverses. L'opinion qui attribue la pigmentation, dans la maladie d'Addison, aux hémorrhagies, est entachée d'erreur, car le pigment résultant des hémorrhagies est de l'hémosidérine, tandis que chez les addisonniens il s'agit de mélanine, substance ne contenant pas de fer. Ce pigment naît sur place et est le résultat de la vie cellulaire.

Au niveau de la paume de la main, les mélanoblastes font complètement défaut; il en est de même au cuir chevelu, mais, par contre, les cellules à pigment sont nombreuses dans les follicules pileux : on s'explique ainsi que les addisonniens aient la paume des mains blanche et les cheveux très fortement colorés.

M. Alexander rappelle qu'il existe dans le labyrinthe et autour du nerf olfactif des cellules pigmentaires qui sont très probablement en rapport avec les nerfs acoustique et olfactif.

M. Ehrmann fait observer que la présence de cellules à pigment au voisinage des nerfs ne prouve pas qu'il y ait une relation fonctionnelle entre les uns et les autres.

M. Spiegler croit, au contraire, que dans bien des cas la formation de la matière colorante dépend d'influences nerveuses : ainsi la pigmentation que détermine fréquemment le port d'un bandage herniaire apparaît parfois aussi au point symétrique du côté opposé. On sait, d'autre part, que les *nævi pigmentosi* augmentent pendant la grossesse.

M. Kaposi est également d'avis que le système nerveux a une grande action sur la production des pigments. C'est de cette manière qu'on peut expliquer l'apparition du chloasma pendant la grossesse et sa disparition après l'accouchement.

M. J. Neumann déclare que dans les états pathologiques le pigment se trouve non seulement dans les mélanoblastes, comme l'admet M. Ehrmann, mais aussi dans les cellules rondes, où il est à l'état diffus, et dans les cellules fixes du tissu conjonctif, sous forme de granulations.

Infection tétanique d'origine intestinale.

M. J. Süss a communiqué l'observation d'un homme mort de tétanos, à l'autopsie duquel on constata, en même temps que des lésions de gastro-entérite, la présence, dans le mucus stomacal et intestinal, de bacilles tétaniques et d'acide butyrique. Ce malade ne présentant aucune solution de continuité du tégument externe, il est probable que l'infection a eu lieu par la voie intestinale; deux cas analogues ont déjà été publiés.

Frémissement particulier dans un cas d'endartérite de l'aorte descendante.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. H. Schlesinger** a présenté une femme de trente et un ans, chez laquelle on perçoit, par la palpation de la région ombilicale, un frémissement qui paraît provenir de l'aorte et se continue jusque dans les artères fémorales; ce frémissement est synchrone à la systole cardiaque. A l'auscultation de l'aorte abdominale, on entend, même à distance, un bruit aigu, également systolique, qui se propage dans les fémorales.

En outre, on perçoit, au niveau de la sixième vertèbre dorsale, un léger souffle systolique, qui siège aussi dans l'aorte. L'auscultation du cœur ne décèle pas le moindre bruit anormal. Du reste, la radioscopie n'a fait reconnaître aucune lésion chez cette malade. Il est probable cependant qu'il existe chez elle une endartérite localisée aux portions thoracique et abdominale de l'aorte.

Résection étendue de l'épiploon pour torsion de cet organe.

M. G. Oelwein montre des pièces anatomiques provenant d'un homme de cinquante-six ans, qui fut pris subitement, il y a quelques jours, de douleurs abdominales dans le côté droit, avec fièvre, vomissements, etc. A l'ouverture du ventre, on constata que l'épiploon, au voisinage du côlon transverse, était tordu plusieurs fois sur lui-même. On sectionna le pédicule tordu, reséquant ainsi la plus grande partie de l'épiploon. Actuellement l'opéré se porte très bien.

M. J. Habart a vu survenir un amaigrissement considérable chez un malade auquel il avait extirpé une portion considérable de l'épiploon. Bassini a fait une remarque semblable. Il est donc prudent de ne pas pratiquer de trop larges résections épiploïques.

Un cas de réinfection syphilitique.

Dans la séance du 11 mars du COLLÈGE MÉDICAL DE VIENNE, **M. G. Nobl** a relaté l'observation d'un homme de quarante-deux ans, qui avait été atteint, en 1894, d'un chancre induré au niveau du sillon préputial; ce chancre avait été suivi d'une adénopathie et d'un exanthème maculo-papuleux, lequel récidiva deux fois et fut traité par des injections intra-musculaires de mercure. Pendant les années suivantes, le malade ne présenta plus aucun accident et sa femme mit au monde, en 1899, un enfant bien constitué. Or, l'an passé, M. Nobl revit cet homme : il était porteur d'un chancre induré du frein, qui, survenu trois semaines après un coït suspect, fut suivi d'un exanthème maculeux avec adénopathies multiples; le diagnostic ne saurait être douteux, car le malade a transmis l'infection à sa femme. C'est donc un exemple indiscutable de réinfection syphilitique.

Le massage en oculistique.

Dans une séance antérieure de la même Société, **M. Elschnig** a dit avoir employé plusieurs fois avec succès le massage dans le traitement du trachome chronique et de ses complications : kératites récidivantes, ulcérations de la cornée, etc. Ce massage doit être pratiqué au moyen d'une baguette de verre garnie d'un peu de ouate que l'on imbibe d'une solution d'oxycyanure de mercure à 1 pour 4,000. On introduit la baguette dans le cul de sac conjonctival et on la presse contre l'index de l'autre main appliqué sur la peau de la paupière. Au début du traitement, il faut insensibiliser l'œil au moyen d'une solution de cocaïne à 2 %, mais plus tard cette précaution devient inutile. L'application de glace suffit pour combattre l'irritation que produit le massage. Les séances doivent être d'abord quotidiennes, ensuite il suffit de les renouveler tous les deux ou trois jours; la durée de chacune d'elles est de cinq minutes par œil.

Le massage exerce également une action favorable sur les conjonctivites catarrhales chroniques, surtout accompagnées d'hypersécrétion ou de rétention de la sécrétion des glandes de Meibomius. Dans les conjonctivites phlycténulaires, ce moyen est un bon adjuvant du traitement médicamenteux. Il en est de même dans les conjonctivites catarrhales saisonnières, les chalazions chroniques, les dacryocystites, etc.

Le massage favorise, en outre, la résorption des hémorrhagies de la chambre antérieure, des masses lenticulaires cristalliniennes et des exsudats de l'iris; il aurait aussi une action favorable sur les troubles circulatoires du fond de l'œil.

Dr SCHNIRER.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le chlorure de calcium dans le traitement des ménorrhagies.

Les propriétés coagulantes du chlorure de calcium (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 221) n'ont été jusqu'ici utilisées que d'une manière exceptionnelle en gynécologie. Or, d'après l'expérience de M. le docteur A. Lafond-Grellety (de Villefranche-de-Longchapt), il existe toute une catégorie de faits dans lesquels l'emploi systématique de ce médicament est susceptible de rendre d'excellents services. Ce sont les cas où la menstruation, tout en restant à peu près complètement indolore, est cependant d'une abondance telle qu'elle donne lieu à un état de faiblesse extrême, avec inappétence, vertige et lassitude générale. En pareille occurrence, notre confrère fait prendre, une huitaine de jours avant l'époque présumée des règles, du chlorure de calcium sous forme d'une potion qu'il prescrit de la manière suivante :

Chlorure de calcium..........	9	grammes.
Sirop de sucre................	60	—
Eau..........................	180	—

A prendre : deux cuillerées à soupe par jour.

Le plus souvent, ce traitement se montre peu efficace d'emblée, mais, en le renouvelant d'une façon systématique pendant plusieurs mois, on parvient à faire complètement disparaître l'exagération pathologique du flux cataménial. A cet effet, il est bon de continuer la médication pendant six à huit périodes menstruelles, alors même que la malade semble guérie au bout de deux ou trois mois.

Employé à la dose que nous venons d'indiquer, le chlorure de calcium est en général très bien toléré. Toutefois, cette substance s'éliminant surtout par les reins, on comprend que, chez des chlorobrightiques atteintes de dysménorrhée avec menstruation trop abondante, son usage puisse provoquer des accidents plus ou moins graves (céphalée, vomissements, etc.). M. Lafond-Grellety a eu l'occasion d'observer 3 cas de ce genre, et, depuis lors, toutes les fois qu'il soupçonne l'existence d'une néphrite, il remplace le chlorure de calcium par des injections hypodermiques d'une solution de gélatine.

Lorsque l'abondance de l'écoulement menstruel s'accompagne de phénomènes de dysménorrhée, il est prudent de ne pas faire un usage trop prolongé du chlorure de calcium à haute dose, les douleurs s'exacerbant parfois quand les pertes sanguines diminuent d'une façon notable. Cependant, même en pareil cas, notre confrère a obtenu des améliorations durables en associant au chlorure de calcium, pris à la dose journalière de 0 gr. 20 centigr., 40 gouttes d'extrait fluide de seneçon.

L'emploi simultané des grands lavements chauds et du chlorure de calcium contre les hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde.

Il y a environ trois ans, M. le docteur R. Tripier, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lyon, en préconisant l'emploi des lavements d'eau chaude contre les gastrorrhagies (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 241-245), faisait remarquer que ce moyen, en raison de son mécanisme d'action (effet réflexe), doit exercer une influence favorable non seulement sur les hémorrhagies de l'estomac, mais aussi sur tout autre écoulement sanguin, quel qu'en soit le siège. Cette prévision s'est trouvée pleinement justifiée dans une huitaine de cas d'entérorrhagies typhoïdiques que M. le docteur A. Mathieu, médecin des hôpitaux de Paris, a eu l'occasion de traiter au cours de la dernière épidémie de dothiénentérie. Toutefois, notre confrère a cherché à associer à l'hémostase par resserrement des petits vaisseaux, obtenue au moyen des lavements chauds, l'action directement coagulante du chlorure de calcium, hémostatique dont l'usage n'est pas encore entré dans la thérapeutique courante. Dans ce but, M. Mathieu fait prendre tous les jours un ou deux lavements composés d'un litre d'eau bouillie, maintenue à la température de 48°, et de 4 grammes de chlorure de calcium. Ces lavements sont administrés à faible pression, à l'aide d'un bock à injections placé, tout au plus, à 40 centimètres au-dessus du lit. On donne, en outre, du chlorure de calcium par la bouche, à la dose quotidienne de 2 grammes en solution aqueuse.

Il va de soi que ce traitement doit être complété par l'emploi de tous les moyens destinés à assurer l'immobilité la plus complète du malade. C'est ainsi qu'on devra suspendre les bains froids pour les remplacer par de simples enveloppements dans un drap humide. D'autre part, afin de laisser l'intestin au repos, on substituera la diète hydrique, pendant deux ou trois jours, à l'usage du lait et on prescrira, au besoin, quatre ou cinq pilules contenant chacune 0 gr. 01 centigr. d'extrait thébaïque. Si, au bout de cinq ou six jours, le sang n'a pas reparu dans les selles, on sera autorisé à reprendre le traitement habituel de la dothiénentérie, y compris les bains froids.

Notre confrère a toujours réussi à arrêter les entérorrhagies de la fièvre typhoïde par l'emploi des lavements chauds au chlorure de calcium, qui, outre leur action hémostatique, présentent encore l'avantage de débarrasser l'intestin du sang extravasé, supprimant de la sorte une cause nouvelle d'intoxication et de fièvre.

La benzine substituée à l'éther dans la toilette chirurgicale des téguments.

M. le docteur F. Franke, médecin en chef du « Diakonissenhaus Marienstift » de Brunswick, a eu l'occasion de constater que l'éther dont on se sert habituellement pour la toilette préopératoire de la peau peut être remplacé avec avantage par la benzine. D'après notre confrère, cette dernière substance permettrait de nettoyer très rapidement même les mains des ouvriers de fabriques et des employés de chemins de fer, salies par du goudron et de la graisse. Au moyen de la benzine, on parviendrait aussi très facilement à débarrasser les téguments des restes de pommades et à enlever les emplâtres adhésifs dont l'ablation, telle qu'on la pratique d'ordinaire, détermine souvent de vives douleurs.

Sans parler du prix beaucoup moins élevé de la benzine, ce produit offre encore sur l'éther le double avantage de ne pas provoquer la même sensation désagréable de froid et d'être mieux supporté par les téguments : à l'encontre de ce qu'on observe pour l'éther, l'application de benzine reste à peu près complètement indolore, quelle que soit la sensibilité de la peau et alors même que celle-ci présente des écorchures.

Bien que M. Franke ait recours à la benzine depuis plusieurs années déjà, il n'a encore jamais eu à enregistrer le moindre phénomène fâcheux à la suite de l'emploi de cette substance.

L'injection intraveineuse d'eau salée contre le delirium tremens.

Partant de ce fait que le *delirium tremens* paraît lié à un processus d'auto-intoxication, M. le docteur J. P. Warbasse (de New-York) a eu l'idée de pratiquer une injection d'eau salée chez un homme hospitalisé dans le service de M. le docteur Pilcher (de Brooklyn) et qui, à la suite d'une chute de wagon, avait été pris d'un accès de délire éthylique aigu. L'emploi de calmants et d'autres moyens usuels de traitement était resté sans effet, et au cinquième jour de la maladie les symptômes s'étaient aggravés au point que l'issue fatale paraissait imminente. C'est alors qu'on injecta dans la veine médiane céphalique 1,200 c.c. de la solution physiologique de chlorure de sodium à 46°. Au bout de quelques heures, le délire cessa et les troubles de la circulation disparurent. Le lendemain, le thermomètre, qui la veille était monté à 40°5, marquait seulement 37°5. La guérison se fit sans encombre et d'une manière très rapide.

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Marfan.

Les lésions acquises de l'orifice aortique et de l'aorte dans l'enfance.

Les lésions de l'orifice aortique et de l'aorte sont très rares dans l'enfance. Un hasard exceptionnel en ayant réuni trois cas dans le service, je vais vous les présenter et essayer d'en tirer les enseignements qu'ils comportent.

Le premier de ces jeunes malades est atteint d'une insuffisance aortique pure, d'origine rhumatismale. C'est un garçon de neuf ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui a été pris, il y a environ deux mois et demi, de douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne avec fièvre et anorexie, et conduit à l'hôpital trois semaines après le début de ces troubles. Bien que les douleurs eussent disparu le lendemain de son entrée, on le soumit à la médication salicylée qui n'avait pas été employée en ville. Frappés de la pâleur du visage et de l'amaigrissement, nous pratiquons l'examen du cœur, qui, dès le premier jour, donne les résultats suivants. La pointe bat dans le quatrième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire; il n'y a donc qu'une très légère hypertrophie du cœur gauche. Par la percussion forte, la ligne de matité droite coïncide avec le bord gauche du sternum, ce qui indique que les cavités droites ne sont pas agrandies. A l'auscultation, on perçoit un souffle diastolique à la base et à gauche, ayant son maximum dans le deuxième et le troisième espace intercostal au voisinage du sternum, et se propageant vers l'appendice xiphoïde. Ce souffle a tous les caractères d'un souffle organique. Le pouls est bondissant; mais les artères du cou n'ont pas d'ondulations visibles; on trouve un certain degré de pouls capillaire; l'auscultation de l'artère crurale laisse entendre un double ton. Depuis deux mois, ces signes ne se sont pas modifiés; ils subsistent à l'heure présente.

Notre malade est donc atteint d'une insuffisance aortique, suite d'une endocardite rhumatismale. D'ailleurs, il supporte très bien sa lésion; il n'éprouve ni palpitations, ni dyspnée; il peut marcher et courir sans être gêné. Le rythme du cœur est parfaitement normal. En somme, l'endocardite rhumatismale a atteint exclusivement les valvules sigmoïdes de l'aorte; elle les a rétractées et a déterminé leur insuffisance. Cette lésion est parfaitement compensée.

Le second sujet présente une autre forme de lésion aortique : il est atteint d'une aortite chronique. C'est un garçon de douze ans et demi, qui a été pris, il y a quelques jours, d'une attaque de grippe à peu près guérie aujourd'hui. On nous l'a amené parce qu'il souffrait d'une vive douleur occupant le côté droit du thorax; cette douleur, exaspérée par les mouvements respiratoires et par la pression, siégeait au niveau des insertions du diaphragme à la base du thorax, puis le long du bord droit du sternum, et on la retrouvait à la base du cou, entre les deux scalènes. C'était donc une névralgie du nerf phrénique droit. Nous nous sommes demandé si cette névralgie n'était pas un reliquat de la grippe. Mais la mère nous dit que trois ans auparavant l'enfant a eu des douleurs du même genre, qu'elle l'a conduit à l'hôpital et que le médecin a reconnu une affection cardiaque. Ce renseignement nous conduit à examiner tout de suite le cœur. A l'inspection, la région précordiale ne présente ni voussure, ni mouvements d'ondulation, ni choc visible de la pointe. Par la palpation, on sent un frémissement cataire systolique, occupant une grande partie de la région cardiaque, mais ayant son maximum vers le deuxième espace intercostal, à droite du sternum. La pointe bat dans le quatrième espace intercostal gauche, sous le mamelon. La percussion permet de constater que la matité du cœur ne dépasse pas le bord gauche du sternum; ce signe, ainsi que l'absence d'une impulsion énergique de la pointe dont la situation est normale, montre qu'il n'y a pas d'hypertrophie du cœur. A l'auscultation, on entend un souffle systolique, rude, râpeux, ayant tous les caractères des souffles organiques. Il a son maximum dans le deuxième espace intercostal droit, près du sternum ; on ne le perçoit pas à la pointe; mais il se propage avec force sous la clavicule.

Que signifie ce souffle systolique siégeant à la base et à droite ? Ne vous hâtez pas de dire, avec vos classiques, qu'il est le symptôme d'un rétrécissement de l'orifice aortique; cette lésion valvulaire est très rare, même chez l'adulte, et s'accompagne d'une hypertrophie considérable du ventricule gauche qu'on ne retrouve pas ici. Dans le rétrécissement de l'orifice aortique, le pouls est remarquablement petit et dur, modifications qui font défaut dans notre cas. Le tracé sphygmographique est représenté par une ligne d'ascension oblique et courte, un sommet arrondi, une ligne de descente très oblique, sans dicrotisme; or, ici, le tracé sphygmographique n'offre pas ces caractères, mais il présente, nettement accusé, le plateau de l'athérome.

Lorsqu'on constate un souffle systolique de la base, à droite du sternum, et qu'en même temps on ne retrouve pas les signes fondamentaux du rétrécissement de l'orifice aortique, c'est qu'il s'agit d'une aortite : le souffle est dû au frottement du sang sur les inégalités, les rugosités de la paroi interne de l'aorte ou de valvules sigmoïdes malades, mais garnissant un orifice non rétréci.

Donc, cet enfant est atteint d'une aortite chronique.

On remarque, en outre, chez lui un phénomène particulier; quand on applique le doigt sur la carotide gauche, on y perçoit un frémissement vibratoire intense, un véritable « thrill »; avec le stéthoscope, on entend à ce niveau un souffle rude, râpeux, très intense. Il y a sans doute des plaques d'athérome, non seulement sur l'aorte, mais encore sur la carotide gauche, probablement au voisinage de son orifice.

Or, il est remarquable que ces grosses lésions n'ont aucun retentissement sur les fonctions de la respiration et de la circulation, ni sur l'état général. Elles sont une trouvaille d'auscultation. Le rythme cardiaque est normal. L'enfant peut jouer, courir, monter les escaliers sans éprouver d'essoufflement ni de palpitations de cœur. Il est grand, fort, bien découplé; il a le teint rose et clair. Maintenant que sa névralgie est guérie, il a un visage gai, qui respire la santé.

Il est très difficile de trouver la cause de cette aortite. Ce jeune malade n'a pas eu de rhumatisme. Dans son passé, nous avons relevé, à l'âge de dix mois, la varicelle et la rougeole, à trois ans et demi la fièvre typhoïde, à six ans la pneumonie. N'ayant aucune notion sur l'époque du début de la lésion aortique, il est impossible de faire jouer un rôle à l'une de ces maladies qui sont, d'ailleurs, fréquentes dans l'enfance, tandis que l'aortite y est exceptionnelle. Il n'est guère permis de penser à une affection congénitale, car les lésions de l'aorte qui ont une origine intra-utérine déterminent ordinairement un véritable rétrécissement de l'orifice aortique qui n'existe pas ici, et accompagnent souvent d'autres malformations cardiaques qui font également défaut. Il me paraît probable qu'il existe une lésion athéromateuse analogue à celles qui se développent chez le vieillard; et il est singulier d'observer chez l'enfant une maladie qui ne se rencontre en général qu'à un âge avancé.

J'arrive au troisième malade, lequel offre des lésions complexes : une insuffisance aortique avec aortite et dilatation cylindroïde de l'aorte; l'observation en a été prise avec soin par M. le docteur Zuber.

C'est un garçon de treize ans, dont la mère a eu plusieurs atteintes de rhumatisme et présente aujourd'hui de l'arthrite déformante des mains, avec de l'eczéma sur la face dorsale. Lui-même a eu six attaques de rhumatisme : la première à l'âge de cinq ans et demi; la seconde à six ans et demi; la troisième à onze ans, la quatrième six mois après, la cinquième quatre mois plus tard; la sixième, enfin, tout récemment, il y a cinq mois.

C'est pendant la troisième de ces crises, qui fut la plus longue et la plus grave, qu'il a eu les premiers symptômes d'une lésion cardiaque et éprouvé pour la première fois des douleurs de la région sternale. Dans les attaques ultérieures sont survenues chaque fois des palpitations, de l'essoufflement et des douleurs sternales. Mais, chose remarquable, dans l'intervalle des crises, tous ces troubles disparaissent et l'enfant retourne à l'école.

Toutefois, après la dernière, datant de cinq mois, les parents remarquèrent que la poitrine et le cou étaient agités de battements très marqués; ce garçon se plaignait de palpitations; il s'essoufflait facilement et refusait de jouer. Trois semaines après, au milieu de la nuit, il s'éveille brusquement en proie à un violent accès de dyspnée; il appelle ses parents, se plaint du manque d'air, court vers la fenêtre qu'il veut ouvrir; son visage est pâle, ses lèvres bleuâtres; il semble qu'il étouffe. Au bout d'une heure et demie, l'accès est terminé; il se rendort et le lendemain il n'y paraît plus. Mais, quelque temps après, de pareils accès se reproduisent, et c'est parce qu'ils sont devenus très fréquents qu'on nous a conduit le jeune patient.

C'est un enfant grand et fort, peu amaigri, mais ayant le visage très pâle. Notre examen se porte tout de suite vers le cœur. Nous trouvons une voussure appréciable de la région précordiale; la pointe bat avec violence dans le sixième espace intercostal, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire; la matité cardiaque, à la percussion forte, commence à la ligne médiane du sternum; le cœur et surtout le ventricule gauche sont donc notablement augmentés de volume. Par la palpation, on perçoit un frémissement vibratoire presque permanent, plus accusé vers la base du cœur et à droite du sternum. A l'auscultation on entend un double souffle (souffle systolique et diastolique), dont le maximum est au niveau du deuxième espace intercostal droit; le souffle systolique se propage en haut vers le cou, le souffle diastolique en bas vers l'appendice xiphoïde.

Poursuivant notre investigation par l'examen des artères, nous constatons que la matité aortique est très évidente et que son aire est notablement augmentée; les artères du cou dansent et vibrent; le pouls radial est bondissant; il y a un double souffle crural; le pouls capillaire des ongles est bien visible. Les deux pouls radiaux sont synchrones.

Ce garçon présente donc : 1° une insuffisance aortique, décelée par le souffle diastolique, la danse des artères, le pouls de Corrigan, le double souffle crural, le pouls capillaire; 2° une aortite, c'est-à-dire des rugosités inflammatoires sur les valvules sigmoïdes et sur la membrane interne de l'aorte, que révèle le souffle systolique de la base se propageant vers le cou; mais il n'y a pas un véritable rétrécissement de l'orifice aortique, car cette lésion supprimerait le pouls de Corrigan et la danse des artères; 3° une dilatation cylindroïde de l'aorte que traduit l'augmentation de la matité cardiaque; toutefois ce n'est pas un véritable anévrysme, attendu qu'il n'existe pas de véritable voussure aortique avec pulsations, vibrations et bruits propres. En résumé, insuffisance aortique, aortite chronique et dilatation de l'aorte, consécutives à un rhumatisme articulaire récidivant et déterminant des crises de dyspnée pseudo-asthmatique, tel est le diagnostic. Il s'agit là d'un cas très rare dans le jeune âge.

Les lésions de l'orifice aortique et de l'aorte chez l'enfant n'ont donné lieu qu'à très peu de travaux, sans doute parce qu'elles sont exceptionnelles.

Rilliet et Barthez (1) indiquent seulement quelques chiffres. Sur 73 enfants atteints de lésions valvulaires, ils comptent 3 cas d'insuffisance aortique pure, 5 de rétrécissement aortique pur, 13 de lésions aortiques associées entre elles ou avec des lésions mitrales. Parmi toutes ces altérations, le rétrécissement aortique pur leur semble être la lésion la mieux tolérée par les enfants. Mais, comme ils ne donnent pas les détails de leurs observations, il est permis de faire des réserves sur la manière dont ils ont établi le diagnostic de rétrécissement aortique. Le souffle systolique de la base, sur lequel ils l'ont fondé, est assez souvent anorganique, et il n'y a pas très longtemps que la connaissance des travaux de Potain sur la distinction des souffles extra-cardiaques s'est répandue parmi les médecins. D'autre part, il y a lieu de penser que Rilliet et Barthez ne séparaient pas nettement le rétrécissement véritable de l'orifice aortique d'avec l'aortite sans rétrécissement.

M. Cadet de Gassicourt n'étudie que l'insuffisance aortique dont il a observé cinq cas. Il laisse de côté le rétrécissement aortique parce qu'il ne l'a jamais rencontré isolé, mais toujours associé à une insuffisance aortique ou à des lésions mitrales. Il a observé l'association des lésions aortiques et des lésions mitrales surtout chez les grands enfants, chez ceux qui approchent de la quinzième année. D'après lui, ces états morbides présentent à cet âge les mêmes traits que chez l'adulte. Chez un sujet de quinze ans, atteint d'insuffisance aortique et d'insuffisance mitrale d'origine rhumatismale, il a constaté, outre quelques symptômes d'asystolie, des crises de suffocation brusque accompagnées de pâleur de la face, de vomissements, de cris de détresse, qui semblaient menacer le jeune malade de mort subite, mais ne duraient que quelques secondes. Sans y insister autrement, il déclare qu'il n'a vu qu'un cas d'ectasie aortique chez l'enfant.

En 1886, M. Lefebvre a consacré sa thèse à l'étude de l'insuffisance aortique chez les enfants; il en a réuni 24 exemples; mais parmi ceux-ci on trouve des cas de lésions congénitales complexes et d'une interprétation délicate; on y rencontre aussi des cas d'endocardite maligne ulcéreuse ayant frappé les valvules sigmoïdes de l'aorte. Or, je ne m'occupe ici ni des lésions congénitales, ni de l'endocardite maligne.

Dans son « Traité des maladies du cœur chez les enfants », paru en 1895, M. Weill (de Lyon) déclare n'avoir observé qu'un cas d'insuffisance aortique; encore ne s'agissait-il que d'une insuffisance par dilatation de l'orifice, sans lésions matérielles, qui s'était produite du fait d'une dilatation considérable du cœur survenue au cours d'une symphyse totale du péricarde.

Enfin, on a rapporté quelques cas isolés d'athérome artériel et d'anévrysme de l'aorte dans le jeune âge. Je reviendrai sur ce point dans un instant.

Ces documents ne permettent pas encore une étude d'ensemble. Cependant, en y joignant nos trois observations, nous pouvons essayer d'en tirer quelques enseignements.

Laissant de côté les lésions congénitales de l'aorte et de l'orifice aortique dont vous trouverez l'histoire dans l'article que M. A. Moussous a écrit pour le « Traité des maladies de l'enfance », éliminant aussi les lésions qui sont liées à une endocardite végétante ulcéreuse, nous ne nous occuperons que des lésions chroniques et acquises. Celles-ci se groupent en deux catégories : la première renferme les lésions aortiques qui sont la suite d'une endocardite aiguë, principalement d'une endocardite rhumatismale, et que nous appellerons lésions aortiques du *type rhumatismal;* le premier et le troisième des cas dont je viens de vous entretenir appartiennent à ce groupe; la seconde comprend les lésions qui sont sous la dépendance de l'athérome artériel; nous les nommerons lésions aortiques du *type athéromateux;* c'est à cette catégorie que se rattache la deuxième de nos observations.

De même que chez l'adulte, ces deux formes de lésions aortiques doivent être séparées et opposées; et on peut même dire que, chez l'enfant, leur distinction est encore plus nette et plus accusée que dans l'âge mûr.

Dans le premier groupe, nous trouvons quatre variétés cliniques. La première est représentée par l'insuffisance aortique pure; celle-ci paraît assez rare; elle se révèle par les mêmes signes physiques que chez l'adulte, mais les troubles fonctionnels sont peu marqués; quelques palpitations, l'essoufflement facile, la pâleur du visage sont, en général, les seuls symptômes qui accompagnent cette lésion. Elle semble donc mieux tolérée par l'enfant que par l'adulte. Il est probable que cette tolérance dure tant que le cœur garde ses qualités de cœur infantile et juvénile et qu'elle cesse à l'âge adulte, lorsque l'énergie de la fibre cardiaque diminue sous l'influence du surmenage et des intoxications.

L'insuffisance aortique associée à l'aortite constitue une seconde variété des lésions du type rhumatismal. Ces faits sont ordinairement désignés à tort sous le nom de rétrécissement avec insuffisance de l'orifice aortique; je me suis expliqué là-dessus à l'occasion du deuxième des enfants que je vous ai présentés; je répète que le véritable rétrécissement de l'orifice aortique paraît exceptionnel en dehors des lésions congénitales. L'aortite qui accompagne l'insuffisance aortique peut être limitée à la zone des valvules sigmoïdes de l'aorte; il suffit de quelques rugosités siégeant à la surface de ces valvules ou dans leur voisinage pour déterminer le souffle systolique de la base. Elle peut s'étendre à la membrane interne de l'aorte ascendante et même s'accompagner de dilatation cylindroïde, comme dans notre troisième observation.

Cette forme, dans laquelle l'existence d'un double souffle à la base révèle une aortite avec insuffisance aortique, est beaucoup plus sérieuse que la précédente, dans laquelle l'insuffisance aortique est isolée, sans doute parce que les lésions sont diffuses au lieu d'être limitées. En tout cas, les enfants qui en sont atteints peuvent présenter une série d'accidents analogues à ceux que l'aortite provoque chez l'adulte. Si l'on ne rencontre pas avant la puberté la véritable angine de poitrine, on peut observer des douleurs sternales sans angoisse et sans irradiation. L'accident le plus fréquent est l'accès de suffocation; tantôt, comme dans notre troisième cas, il revêt les apparences d'une crise asthmatiforme; tantôt, comme dans le fait relaté par Cadet de Gassicourt, c'est un paroxysme de dyspnée accompagné de pâleur de la face, de vomissements, de cris de détresse, qui ne dure que quelques secondes. Ces lésions complexes peuvent aussi déterminer la mort subite. Celle-ci semble liée à l'oblitération par le processus de l'aortite des orifices des artères coronaires; elle n'est pas due à l'*angor pectoris*. A ce propos, je proteste en passant contre la théorie, aujourd'hui en faveur, qui attribue l'angine de poitrine à l'ischémie du myocarde par sclérose ou spasme des coronaires; cette théorie consacre une erreur qui est due à la confusion de deux accidents distincts : la mort subite sans *angor pectoris*, qui est, en effet, la conséquence de la sclérose des coronaires, et l'*angor pectoris*, qui est, lui, l'expression d'une névralgie ou d'une névrite cardiaque. Enfin, dans l'aortite rhumatismale, on peut observer des accidents d'embolie cérébrale, hémiplégie et aphasie, sans qu'il y ait d'endocardite végétante ulcéreuse.

La troisième forme de lésions aortiques du type rhumatismal est celle où les lésions sont associées à des altérations de l'orifice mitral. Elle est assez fréquente et presque toujours grave; elle détermine ordinairement une dyspnée vive et assez souvent des accidents d'asystolie.

Dans une dernière variété, les lésions aortiques sont accompagnées de symphyse du péricarde; alors elles passent au second plan, la symphyse amenant en règle générale, quand il s'agit d'un enfant, cette asystolie à répétition dont je vous ai déjà entretenus, cette asystolie qui se répète avec de courtes rémissions jusqu'à la crise terminale.

Telles sont les lésions du type rhumatismal.

En regard, il faut placer les lésions du type athéromateux. Mais ici se pose une question : l'athérome existe-t-il dans l'enfance? On peut répondre par l'affirmative. Cette altération des artères est extrêmement rare chez l'enfant; mais il en existe des cas incontestables qui se sont présentés avant la puberté.

En 1869, M. Blache, dans sa thèse sur les maladies du cœur dans l'enfance, mentionne un fait relaté par Hodgson où il s'agissait d'une ossification de l'artère temporale chez un enfant de quinze mois, et un autre d'Andral où des plaques osseuses incrustaient les parois de l'aorte chez une fillette de huit ans.

M. Sanné (1) a publié, en 1887, un travail sur l'athérome et l'anévrysme de l'aorte chez l'enfant; il en a rassemblé quatre cas, les trois premiers observés par Fenomenov, Moutard-Martin, Roger, le quatrième par lui-même :

Le cas de Roger concerne un garçon de dix ans qui avait un anévrysme de l'aorte ascendante, de cause inconnue; pas d'autopsie.

Celui de Moutard-Martin a trait à un enfant de deux ans qui mourut asystolique et à l'autopsie duquel on trouva de l'athérome de la crosse aortique et des valvules sigmoïdes, et une péricardite sèche.

Dans le fait de M. Sanné, il s'agit d'un garçon de treize ans et demi, chez lequel on rencontra, à l'autopsie, de l'athérome de l'aorte et des valvules avec anévrysme commençant et insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Enfin M. Fenomenov a relaté une observation d'anévrysme de l'aorte abdominale chez un fœtus; ce fait doit être rapproché de celui que M. Durante a communiqué à la Société anatomique, en janvier 1899, et que cet auteur considère comme un cas d'athérome congénital de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

Pour compléter cette énumération, je signalerai un cas d'anévrysme non traumatique de l'aorte abdominale chez une fillette de dix ans, publié, il y a trois ans, par M. Alexeïev.

Donc, l'athérome peut s'observer chez l'enfant, et même il pourrait avoir une origine congénitale.

La forme qu'il semble revêtir le plus fréquemment est celle de l'aortite chronique se manifestant par ce souffle systolique de la base que nous avons étudié et qu'on rapporte à tort à un rétrécissement de l'orifice aortique. Notre second cas en offre un exemple caractéristique. Pure, isolée, cette aortite athéromateuse est assez bien tolérée; elle peut ne s'accompagner d'aucun trouble de la respiration et de la circulation; le seul symptôme noté chez notre jeune malade a été une névralgie du nerf phrénique; encore n'est il pas sûr qu'elle fût liée à l'aortite. Mais il est probable que cette tolérance cesse quand arrive l'âge adulte; et de plus, même dans la période infantile, nous

(1) Rilliet et Barthez. Traité clinique et pratique des maladies des enfants. 3e éd. (revue par E. Barthez et A. Sanné). Paris, 1884-1891.

(1) Sanné. De l'anévrysme de l'aorte et de l'athéromasie aortique dans l'enfance. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, février 1887, p. 56.)

avons vu que la lésion en question peut donner naissance à un véritable anévrysme ou se compliquer d'asystolie mortelle. Quant aux causes de cet athérome aortique de l'enfance, elles nous échappent entièrement.

En étudiant l'insuffisance mitrale et la symphyse du péricarde, j'ai indiqué les règles de l'hygiène et du traitement des cardiopathies infantiles. Je les rappelle sommairement : traitement rigoureux du rhumatisme, chez les enfants, par la médication salicylée; — dans les formes bien compensées, écarter toute cause de fatigue physique et cérébrale, éviter les repas copieux ou fréquents et les boissons abondantes, défendre le séjour au bord de la mer ou à une altitude supérieure à 400 mètres, ainsi que les cures thermales, calmer, s'il y a lieu, l'éréthisme cardiaque par l'opium et les bromures alcalins, et se garder de donner de la digitale; — dans les formes avec asystolie et symphyse péricardique, user, au contraire, de la digitale et de ses succédanés pendant les phases d'asthénie.

Ces règles s'appliquent aux lésions aortiques; quand il s'agit d'aortite, on complétera le traitement par l'emploi des iodures et par la révulsion répétée de la région préaortique; les vésicatoires volants ou les pointes de feu seront les meilleurs agents de cette révulsion.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mars 1901.

Des dangers des injections intra-rachidiennes de cocaïne pour obtenir l'anesthésie chirurgicale.

M. Laborde fait remarquer, à propos du rapport lu au cours de la dernière séance par M. Reclus, qu'il a démontré expérimentalement, il y a déjà plusieurs années, tous les dangers auxquels expose l'injection dans la cavité arachnoïdienne lombaire d'une quantité, si minime soit-elle, de cocaïne. Ces dangers sont de deux ordres : les uns sont inhérents à l'action locale du poison, les autres à son absorption ; par le fait de cette absorption, et aussi, peut-être, de sa diffusion dans le liquide céphalo-rachidien, la cocaïne va impressionner le bulbe; de là les troubles si fréquents de la respiration et de la circulation, les syncopes parfois mortelles qu'on observe à la suite de l'injection de cet alcaloïde dans le canal lombaire; de là aussi les vomissements, la céphalalgie, les tremblements, etc., qui ont été signalés par différents auteurs.

Il résulte de ces considérations, à la fois cliniques et expérimentales, que l'on doit proscrire comme dangereux le procédé qui consiste à introduire une certaine quantité de cocaïne dans la cavité sous-arachnoïdienne lombaire pour obtenir l'analgésie chirurgicale; on doit lui préférer la méthode des injections sous-cutanées ou intra-musculaires lorsque l'anesthésie locale suffit, et la chloroformisation ou l'éthérisation quand l'anesthésie générale est nécessaire.

Helminthiase intestinale, régime alimentaire et appendicite en Chine.

M. Laveran communique, au nom de M. Matignon (médecin militaire), une note de laquelle il résulte que, malgré la grande fréquence des helminthes chez les Chinois et chez les Européens vivant en Chine, notre confrère n'a jamais eu l'occasion d'observer, durant les quatre années qu'il a passées à Pékin, un seul cas d'appendicite.

L'orateur fait remarquer que les observations de M. Matignon ne sont pas en contradiction avec celles de M. Metchnikoff (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 83). Ce dernier admet, en effet, que les helminthes agissent principalement en inoculant des microbes dans la muqueuse intestinale, et l'on conçoit très bien que, suivant la virulence des microbes intestinaux, les helminthes produisent ou non l'appendicite.

Il est possible aussi que les microbes de l'intestin soient plus inoffensifs chez des végétariens tels que les Chinois que chez les Européens, surtout chez ceux qui consomment beaucoup de viande.

La fièvre aphteuse et son traitement.

M. Nocard lit, à l'occasion d'un travail de M. Jarre sur ce sujet, un rapport dans lequel il établit qu'il n'existe jusqu'à présent aucun traitement spécifique de la fièvre aphteuse, et que les attouchements des parties malades avec l'acide chromique, conseillés par M. Jarre, ne font pas exception à cette règle.

Il suffit, d'ailleurs, de réfléchir un instant pour comprendre toute l'insuffisance d'un mode de traitement qui consiste à agir sur quelques-unes des manifestations locales d'une infection générale.

On ne saurait prétendre en effet, comme l'a fait M. Jarre, que les lésions locales sont le résultat de la pullulation du virus au point où il a été inoculé, puisqu'il suffit d'injecter dans les veines ou même dans l'épaisseur d'un muscle quelques gouttes de virus aphteux pour reproduire la maladie sous son type ordinaire : fièvre plus ou moins intense, précédant de douze, quinze et même dix-huit heures l'éruption qui se fait aux lieux d'élection habituels (bouche, onglons, mamelles). L'état général ne peut donc pas être considéré comme symptomatique de l'état local, puisqu'il le précède.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 mars 1901.

Sur les opacités du corps vitré et la rigidité de ce milieu de l'œil.

M. A. Imbert. — Il existe dans mon œil droit une opacité qui, lorsque le globe oculaire a été maintenu un certain temps immobile, se projette dans la partie inférieure et un peu interne du champ visuel, vers la limite de ce champ.

Quand j'imprime à mon œil un mouvement lent de rotation, la projection de l'opacité se déplace d'une façon identique au globe lui-même, en conservant sensiblement sa position dans le champ visuel; après un mouvement rapide de rotation de l'œil, elle se rapproche, au contraire, du niveau du point lésé, atteint ce niveau ou même le dépasse pour peu que le mouvement du globe ait été assez étendu.

Si l'œil est alors maintenu immobile dans sa nouvelle position, la projection de l'opacité descend lentement dans le champ visuel et reprend sa situation primitive au bout de trente secondes environ ; mais si l'œil est ramené à son orientation première dès que le déplacement de la projection de l'opacité a été constaté, cette projection revient à peu près à sa position initiale.

On ne saurait rapporter ces déplacements à l'action de la pesanteur; on peut, au contraire, les expliquer facilement par la rigidité du corps vitré, dont les couches superficielles participent seules, tout d'abord, au mouvement de rotation de l'œil. Cette hypothèse permet, en outre, de localiser exactement la situation des opacités; c'est ainsi que pour mon cas particulier, j'ai trouvé que l'opacité doit siéger dans la partie comprise entre les points nodaux, c'est-à-dire la face postérieure du cristallin, et le centre de rotation du globe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mars 1901.

Grossesse intra-utérine et grossesse ectopique.

M. Potherat. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un travail de M. Fontoynont (de Tananarive), relatif à plusieurs observations intéressantes. Dans un premier fait, que notre confrère considère comme un cas de grossesse extra-utérine gémellaire, il s'agit d'une femme hova, ayant eu, dix-sept et dix-huit ans auparavant, deux grossesses normales. M. Fontoynont fut appelé auprès de la malade pour des accidents hémorrhagiques attribués à une fausse couche, et, ayant constaté dans le cul-de-sac postérieur l'existence d'une masse volumineuse, il fit successivement une ponction, puis une large ouverture qui donna issue à une quantité considérable de sang. Le lendemain, une laparotomie fut pratiquée, au cours de laquelle on trouva un fœtus dans une vaste poche occupant la fosse iliaque gauche et se prolongeant dans la cavité pelvienne; une hémorrhagie se produisit et nécessita un tamponnement. Quarante-huit heures plus tard, en enlevant le tampon, M. Fontoynont eut la surprise de constater la présence d'un second fœtus dans la cavité drainée; mais il put s'assurer en même temps que l'insertion placentaire siégeait au niveau d'une rupture de l'utérus; et je me demande s'il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'une grossesse intra-utérine coïncidant avec une grossesse ectopique, plutôt que d'une grossesse extra-utérine gémellaire, comme le pense l'auteur de cette observation.

Dans la deuxième partie de son mémoire, M. Fontoynont relate plusieurs observations de calculs vésicaux chez des enfants. Les calculs paraissent fréquents dans la race hova, puisque notre confrère, en deux ans, n'en a pas observé moins de 18 cas, dont 13 chez des enfants (12 garçons et 1 fille). Dans 9 de ces 13 cas, M. Fontoynont a fait la taille hypogastrique, avec 8 succès et 1 insuccès; dans un autre, il a pratiqué la taille prérectale; dans les trois derniers, les calculs ont été expulsés spontanément.

Médiastinotomie antérieure.

M. Ricard. — Chez une femme qui, consécutivement à une trachéotomie, portait une canule trachéale, cette dernière vint à tomber dans les voies aériennes; après une tentative infructueuse d'extraction par la plaie trachéale, je me décidai à intervenir directement au moyen d'une opération thoracique large : résection du sternum, de façon à accéder directement sur la bifurcation de la trachée, et extraction par cette voie du corps étranger que je pensais trouver à ce niveau ou dans la bronche droite, d'après les indications fournies par la radiographie.

La résection sternale se fit sans la moindre hémorrhagie, et j'arrivai facilement sur la face antérieure de la trachée et de la bronche droite, après avoir récliné la crosse de l'aorte dont la présence gênait considérablement mon exploration. Je ne pus malheureusement pas sentir le corps étranger à travers la paroi du conduit aérien, et, n'étant pas outillé pour suturer la trachée à sa partie inférieure, je ne voulus pas l'inciser et renonçai à pousser plus loin mes investigations. A la suite de cette intervention incomplète, la plaie s'infecta et la malade succomba à des accidents de gangrène pulmonaire. L'autopsie montra que la canule était bien au niveau de la bifurcation de la trachée, engagée en partie dans la bronche droite, bien que l'exploration à travers la paroi trachéo-bronchique ne m'eût pas permis de la sentir. Si j'avais à intervenir à nouveau dans un cas de ce genre, je n'hésiterais donc pas à inciser le conduit aérien; la suture ne serait pas sans présenter de grandes difficultés, car Milton, qui l'a tentée dans un cas semblable, n'a pu la réaliser; il faudrait vraisemblablement se contenter d'un très large drainage.

De la résection diaphysaire primitive dans les fractures par coup de feu.

M. Nimier. — L'observation rapportée dans la dernière séance par M. Picqué (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 93) ne me paraît pas devoir modifier l'opinion généralement admise en chirurgie d'armée au sujet du traitement des fractures diaphysaires par coup de feu; la méthode conservatrice donnant, en effet, d'excellents résultats, la résection diaphysaire primitive est à peu près sans indication. C'est ce que prouvent une série de cas observés pendant la dernière guerre hispano-américaine, ainsi que les radiographies que je vous montre et qui se rapportent à des fractures diaphysaires par coup de feu, lesquelles, bien que très comminutives, ont parfaitement guéri par le traitement conservateur.

M. Loison. — Je crois également que, dans les fractures par coup de feu, les interventions sanglantes primitives sont inutiles, sinon dangereuses. Les méthodes conservatrices sont ici parfaitement indiquées, et la radiographie a suffisamment démontré que l'immobilisation, après une réduction convenable, donne des résultats très satisfaisants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mars 1901.

Suites éloignées de la méningite cérébro-spinale aiguë.

M. Chauffard. — On sait qu'un grand nombre de méningites cérébro-spinales aiguës se terminent par la guérison, mais on ignore encore à peu près complètement si cette affection est suivie, à plus ou moins longue échéance, d'accidents analogues à ceux que peuvent déterminer d'autres maladies infectieuses. J'ai eu l'occasion de revoir récemment un jeune homme de dix-sept ans que j'avais soigné à la fin de l'année dernière pour une méningite cérébro-spinale suraiguë typique, à début brusque et à exsudat franchement purulent, ainsi que le démontra une ponction lombaire pratiquée au sixième jour de la maladie : cette ponction donna, en effet, issue à 300 grammes de pus amicrobien dont l'inoculation à la souris resta négative. Quelques jours après, le malade entrait en convalescence et bientôt il quittait l'hôpital complètement guéri. Depuis lors, il a pu reprendre son état de menuisier sans en éprouver la moindre fatigue; je l'ai revu ces jours-ci, c'est-à-dire deux mois et demi après sa sortie de l'hôpital, je l'ai examiné minutieusement et j'ai pu m'assurer qu'il ne présentait aucune espèce de phénomène morbide et que la restitution de ses fonctions médullaires et cérébrales était complète.

Bien que ce fait isolé ne permette pas de résoudre la question des suites éloignées de la méningite cérébro-spinale aiguë, j'incline cependant à croire, en raison du caractère périaxial de cette infection, qu'elle ne donne que rarement lieu à des processus morbides secondaires.

M. Marie dit qu'il n'a pas encore vu un seul cas de lésions du système nerveux consécutives à une méningite cérébro-spinale.

M. Antony déclare, au contraire, qu'à sa connaissance plusieurs des malades qui ont été atteints de méningite cérébro-spinale lors de l'épidémie de Bayonne sont restés sourds ou aveugles.

M. Joffroy estime que, si la restitution intégrale des fonctions est possible, il y a cependant tout lieu de craindre la persistance de modifications structurales plus ou moins prononcées des tissus, dont il a eu l'occasion de constater récemment un exemple sur la table d'autopsie.

Péricardite tuberculeuse guérie à la suite d'une injection de naphtol camphré dans le péricarde.

M. Rendu présente un homme d'une quarantaine d'années qui fut atteint, à la suite d'une bronchite chronique tuberculeuse, d'une péricardite de même nature; cette affection débuta par une dyspnée d'effort très intense, puis se caractérisa par un pouls paradoxal et arythmique, par une voussure de la région précordiale, par un affaiblissement des bruits du cœur et une augmentation considérable de la matité cardiaque, etc.

Une première ponction pratiquée à deux ou trois travers de doigt au-dessous de la pointe du cœur permit de retirer 800 grammes de liquide fibrineux présentant la formule leucocytaire des épanchements tuberculeux. Ce liquide s'étant reproduit assez rapidement, on fit quelques jours plus tard une seconde ponction qui fut suivie de l'injection dans la cavité péricardique de 1 gramme de naphtol camphré. Immédiatement après, le malade présenta, sans toutefois en être incommodé, une tachycardie excessive (160 pulsations par minute) avec diminution de la diurèse et œdème des membres inférieurs; ce n'est qu'au bout d'une huitaine de jours que ces accidents disparurent. Actuellement, l'état de cet homme est très satisfaisant; la voussure de la région précordiale a beaucoup diminué, ainsi que l'étendue de la matité cardiaque; il ne persiste plus qu'une légère symphyse cardiaque qui ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel.

M. Pierre Merklen. — L'intérêt principal de l'observation que vient de nous communiquer M. Rendu réside dans le résultat thérapeutique obtenu. La guérison d'une péricardite tuberculeuse à grand épanchement est certainement un fait exceptionnel. Elle paraît attribuable, dans le cas actuel, à l'introduction dans le péricarde, après la seconde ponction, d'une certaine quantité de naphtol camphré. Cela n'a pas été sans une vive réaction de la séreuse péricardique et du myocarde sous jacent. Je suis porté à croire, en effet, que la crise tachycardique avec défaillance cardiaque, oligurie, œdème des jambes, etc., qui a suivi la deuxième ponction, était due, moins à la trop brusque évacuation de l'épanchement, qu'à l'irritation et au processus phlegmasique, d'ailleurs secondairement curateur, provoqués par l'action du naphtol camphré sur la face interne du péricarde. Il en est résulté, sans doute, une péricardite plastique à forme paralytique, qui s'est favorablement terminée par des adhérences.

M. Hirtz a observé, il y a plusieurs années, un malade qui entra dans son service pour une dyspnée si intense qu'il ne pouvait quitter la position genu-pectorale. Cet homme étant mort au bout de quelques jours, on constata à l'autopsie un énorme épanchement sanguin intra-péricardique qui n'avait pas été reconnu pendant la vie, parce que la position gardée par le patient rendait impossible tout examen de la région cardiaque.

M. Le Gendre présente des pièces anatomiques provenant d'un homme de vingt ans ayant succombé dans son service à une diphtérie généralisée à tout l'arbre respiratoire, depuis le larynx jusqu'aux plus fines ramifications bronchiques, malgré l'injection de 40 c.c. de sérum antidiphtérique suivie d'une trachéotomie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 mars 1901.

Imperméabilité des méninges à l'iodure de potassium dans la méningite cérébro-spinale à microbe de Weichselbaum.

M. Griffon. — Dans la méningite tuberculeuse, ainsi que l'ont montré MM. Widal, Sicard et Monod et comme nous l'avons observé nous-même à plusieurs reprises, les méninges perdent leur propriété normale de s'opposer au passage, dans le liquide céphalo-rachidien, de l'iodure de potassium ingéré, et il est de règle qu'on puisse déceler la présence de l'iodure dans le liquide recueilli par ponction lombaire.

Il ne semble pas qu'il en soit de même dans la méningite cérébro-spinale aiguë à méningocoques de Weichselbaum. Dans deux cas de cette affection, la recherche de la perméabilité des méninges à l'iodure nous a constamment donné des résultats négatifs. Si les observations ultérieures corroborent ces premiers faits, la non-perméabilité des méninges à l'iodure de potassium dans la méningite confirmée pourra constituer un élément séméiologique à ajouter aux notions cytologiques et bactériologiques qui nous permettent aujourd'hui de faire, au lit du malade, le diagnostic de la nature méningococcique d'une méningite.

M. Netter. — Je désirerais savoir quels étaient les caractères macroscopiques du liquide céphalo-rachidien dans les cas observés par M. Griffon; il y a peut-être une corrélation entre l'imperméabilité des méninges et la purulence du liquide.

M. Griffon. — Chez l'un des malades, le liquide était franchement purulent; chez l'autre, l'examen a été fait à deux reprises : le liquide, clair lors de la première épreuve, était louche lors de la seconde, pratiquée quatorze jours après.

Sur la culture et l'inoculation du bacille fusiforme.

M. Vincent. — L'affection que j'ai décrite sous le nom d'angine à bacilles fusiformes présente deux variétés distinctes au point de vue bactériologique : la forme diphtéroïde, la plus rare, où le bacille fusiforme existe seul, et la forme ulcéro-membraneuse, où ce bacille est associé à un fin spirille.

On n'a pu, jusqu'ici, cultiver le bacille fusiforme à l'état de pureté. Par contre, si on ensemence une parcelle de l'exsudat amygdalien dans du bouillon peptonisé, on obtient une culture impure dans laquelle ce microbe se multiplie quelque peu. Il se développe en filaments allongés et immobiles dans le bouillon Martin. Les milieux les plus favorables pour sa multiplication sont les milieux organiques liquides, surtout d'origine humaine (sérum sanguin, liquide céphalo-rachidien additionné de sang, sérosité pleurétique, etc.). Dans l'épanchement d'une hydarthrose rhumatismale ancienne, j'ai obtenu une culture particulièrement abondante du bacille sous sa forme caractéristique. Ces cultures dégagent une odeur fétide semblable à celle du pharynx des malades atteints d'angine ulcéro-membraneuse. Ce micro-organisme a toujours été trouvé immobile. Il est tué en quelques minutes à 60°.

L'inoculation de cultures du bacille fusiforme sous la peau ou dans les muscles donne lieu à des abcès, à des trajets fistuleux ou à des foyers de nécrose ulcéreuse où on le retrouve, parfois très abondant, au milieu de nombreuses bactéries étrangères. La contusion préalable des tissus, l'injection d'une solution d'acide lactique au cinquième, etc., favorisent la production de ces lésions et la multiplication du microbe en question.

Examen cytoscopique du liquide céphalo-rachidien dans la sclérose en plaques.

M. Carrière (de Lille). — Chez trois malades atteints de sclérose en plaques, j'ai constaté la présence, dans le liquide céphalo-rachidien, d'éléments cellulaires très abondants, parmi lesquels prédominaient des lymphocytes et d'assez nombreux polynucléaires.

Par contre, dans un cas de pseudo-sclérose en plaques hystérique, le même liquide ne contenait que quelques granulations éosinophiles disséminées, des filaments de fibrine et de rares hématies.

Excitabilité comparée du nerf érecteur sacré et du nerf hypogastrique.

MM. Courtade et Guyon. — Il résulte d'une série d'expériences que nous avons faites sur l'excitabilité comparée du nerf érecteur sacré et du nerf hypogastrique que ce dernier nerf, quel que soit le mode d'excitation employé, est nettement plus sensible que le nerf érecteur sacré.

Ces résultats sont très comparables à ceux que nous avons observés en étudiant l'excitabilité du grand splanchnique et du pneumogastrique thoracique. Dans les deux cas, la sensibilité générale paraît beaucoup plus développée dans le système des nerfs sympathiques que dans celui des nerfs bulbo-rachidiens.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

La peste d'Alexandrie en 1899 au point de vue clinique, épidémiologique, etc., par M. A. Valassopoulo. In-8°, 164 p. avec fig. Paris, 1901.

Du mémoire consacré par M. Valassopoulo à l'épidémie de peste qui a sévi à Alexandrie en 1899, et spécialement à l'étude des cas traités dans son service de l'hôpital grec de cette ville, nous extrayons les quelques points suivants, relatifs à des particularités inédites ou peu connues de l'histoire de la peste bubonique.

En ce qui concerne d'abord le mode de pénétration du bacille pesteux, on n'ignore pas que les avis sont assez partagés, d'aucuns ayant soutenu — contrairement à la théorie qui admet que la contagion a lieu soit par la peau, soit par les voies aériennes, soit par le tube digestif — que l'agent pathogène ne peut envahir l'économie que s'il est introduit dans l'épaisseur du derme. Or, non seulement l'auteur croit à la réalité de l'infection respiratoire ou gastro-intestinale, mais encore il estime qu'une plaie siégeant en un point quelconque du corps peut servir de porte d'entrée au germe morbide; et il cite, à l'appui de sa manière de voir, l'observation d'une jeune fille de seize ans qui, quatre jours après avoir eu ses règles — pendant lesquelles un prurit insupportable l'avait forcée à se gratter avec furie —, fut atteinte du frisson prémonitoire de l'infection; deux jours plus tard apparaissait, en même temps qu'un bubon bilatéral, un écoulement vulvo-vaginal sangui-

nolent et fétide dans lequel on put déceler, à l'exclusion du gonocoque (la malade était, d'ailleurs, vierge), des coccobacilles de Yersin typiques. Ce cas est doublement intéressant, d'abord parce que le mécanisme de l'infection y est fort apparent, ensuite parce que la localisation primitive de la peste au niveau de la muqueuse vaginale paraît n'avoir été jamais signalée jusqu'ici.

Dans un ordre d'idées analogue, M. Valassopoulo relate l'observation d'un homme de vingt-neuf ans chez lequel l'inoculation s'est faite vraisemblablement par le conduit auditif, ce malade ayant présenté, quelques heures avant une tuméfaction des ganglions postérieurs et latéraux du cou (le bubon inguinal ne survint que plus tard), de violentes douleurs d'oreille et une otorrhée séro-sanguinolente.

Au point de vue symptomatologique, l'auteur a remarqué que la fièvre pesteuse a, tout comme la fièvre pneumonique, une évolution cyclique, la défervescence s'étant presque toujours produite, chez les sujets qu'il a soignés, entre le quatrième et le cinquième jour de la maladie; il n'a vu que de très rares exceptions à cette règle, et encore soupçonne-t-il que dans ces cas il pourrait bien y avoir eu erreur sur la date exacte du début de l'affection; cette chute de la température, sans avoir la brusquerie de la défervescence de la pneumonie, se fait d'ordinaire en douze ou vingt-quatre heures, et n'est que rarement accompagnée de phénomènes critiques.

L'examen urologique permettrait aussi de constater, parfois mais non toujours, un signe particulier qui n'est signalé nulle part : c'est la réaction alcaline des urines au moment de leur émission, et cela en dehors de toute médication.

Enfin, pour ce qui concerne la pneumonie secondaire, M. Valassopoulo a pu, à plusieurs reprises, faire pendant la vie le diagnostic de cette complication; un de ses malades a même présenté successivement trois foyers pneumoniques, le cinquième, le quinzième et le vingt-quatrième jour d'une peste ayant débuté par un charbon de la jambe gauche. Cette pneumonie pesteuse secondaire serait caractérisée par l'élévation de la température, par une expectoration sanguinolente, et, localement, par des signes stéthoscopiques classiques; cependant le souffle et la matité manqueraient parfois, et il semble qu'il s'agirait alors de congestion plutôt que d'hépatisation. La défervescence surviendrait au bout de quatre jours au milieu de manifestations critiques.

Comme autres complications peu fréquentes, l'auteur a observé une phlegmatia alba dolens, une pleurésie diaphragmatique, une iritis plastique, etc. — F. F.

Rôle des ganglions mésentériques hypertrophiés dans la production de l'étranglement herniaire, par M. G. Michel.

On sait que M. Berger fait jouer à la portion de mésentère herniée en même temps qu'une anse intestinale un rôle prépondérant dans la genèse de l'étranglement d'une hernie devenue irréductible : il admet, en effet, que, dès que l'effort qui a déterminé l'issue de la hernie a cessé, le mésentère est attiré par sa propre tension vers son insertion vertébrale, et, comme il affecte la forme d'un coin dont la base est fixée à l'anse herniée tandis que le sommet correspond au collet, il comprime les deux bouts de l'intestin entre lesquels il est engagé. Cela étant, il est clair que cette compression sera d'autant plus énergique et plus efficace que le mésentère sera plus volumineux, comme c'est le cas, par exemple, s'il contient des ganglions hypertrophiés. Or, c'est précisément un exemple de cette disposition exceptionnelle que M. Michel a observé dans le service de M. le professeur Gross (de Nancy).

Il s'agit d'un enfant de seize mois, porteur d'une hernie inguinale congénitale, et chez lequel une alimentation défectueuse avait produit des troubles divers (diarrhée avec gros ventre, amaigrissement, adénite des ganglions mésentériques, etc.). Sans doute à la suite d'un effort, la hernie, mal contenue par un bandage, devint plus volumineuse et irréductible, sans toutefois qu'il y eût d'abord arrêt des matières ni des gaz, puis finalement s'étrangla.

Les accidents dataient de vingt-quatre heures quand le nourrisson fut amené à l'hôpital. Malgré la gravité de l'état général, la kélotomie fut tentée. A l'ouverture du sac, on tomba sur une anse intestinale très congestionnée et très dilatée, accompagnée d'un coin de mésentère au niveau duquel existaient *cinq* ganglions hypertrophiés, dont l'un, du volume d'une noisette, était en partie engagé dans l'orifice externe de l'anneau inguinal. Après débridement, on put réduire intestin et mésentère et faire la cure radicale. L'enfant quitta le service au bout de quelques semaines, complètement guéri. (*Arch. gén. de méd.*, mars 1901). — F. F.

La phagocytose dans la dysenterie, par M. Ch. Dopter.

Dans les formes bénignes de la dysenterie, l'analyse microscopique des déjections décèle des colibacilles englobés pour la plupart par des leucocytes, quelques-uns seulement d'entre eux flottant librement dans le contenu intestinal. Constante dans les cas bénins, cette phagocytose persiste tant que dure la période d'état. Quand apparaissent les indices de la guérison prochaine — perte du caractère muco-sanguinolent des garde-robes, réapparition de la flore intestinale, diminution du nombre des colibacilles — la phagocytose diminue et subit une atténuation marchant de pair avec les progrès de la guérison; elle disparaît complètement quand celle-ci est définitive. Qu'il s'agisse, au contraire, de ces cas graves où les selles renferment des lambeaux de muqueuse sphacélée, où il y a tendance du malade au collapsus, cas où la flore intestinale ne réapparaît pas et où, au colibacille, s'ajoutent les germes banaux de l'infection secondaire (staphylocoque, streptocoque, quelquefois tétragène), et l'on constatera que ces divers microbes sont le plus souvent libres dans le liquide qui les renferme et que la phagocytose est nulle ou insignifiante.

Cette relation entre la phagocytose et la marche de la maladie mérite d'être notée, car elle montre qu'il est possible de tirer un élément pronostique de l'examen micrographique des selles du malade. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, décembre 1900.) — F. M.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

L'état du myocarde dans l'hypertrophie du cœur, par M. C. Hirsch.

Dans un premier mémoire, l'auteur a établi que le muscle cardiaque se développe en raison directe du travail qu'il effectue, et que ce travail dépend uniquement de l'effort musculaire plus ou moins considérable fourni dans un temps donné par l'organisme. Il en résulte un rapport simple entre le développement de la musculature en général et celui du muscle cardiaque; mais certaines influences pathologiques agissant directement sur le cœur ont pour effet de détruire ce rapport, en déterminant une hypertrophie du myocarde indépendante de l'effort musculaire. C'est l'action de ces différents états pathologiques sur le muscle cardiaque que M. Hirsch s'est efforcé d'élucider dans le présent travail.

L'artériosclérose a fréquemment pour conséquence une hypertrophie du cœur; il n'est cependant pas rare de rencontrer une artériosclérose étendue sans altération du myocarde. L'auteur a examiné 20 artérioscléreux : chez 9, le ventricule gauche ne présentait pas trace d'hypertrophie. Un examen attentif des différents cas l'a conduit à admettre qu'une calcification avancée des artères des extrémités ou de l'aorte abdominale est sans influence sur le cœur. L'hypertrophie du ventricule gauche ne s'observe que lorsque l'artériosclérose porte sur l'aorte thoracique ou bien a envahi le tronc cœliaque et les artères mésentériques : à l'état normal, les viscères, le foie en particulier, fonctionnent comme un vaste réservoir qui a pour effet de régulariser la pression sanguine dans les vaisseaux périphériques; si, par suite de la sclérose des artères abdominales, le cours du sang est entravé dans les vaisseaux splanchniques, il en résulte pour le cœur une augmentation considérable de résistance, qui se traduit par de l'hypertrophie du ventricule gauche. Quant à l'augmentation de résistance produite par la sclérose des vaisseaux périphériques, elle peut être compensée par une circulation plus active dans les vaisseaux splanchniques, à condition que ceux-ci ne soient pas atteints. L'artériosclérose des vaisseaux splanchniques qui n'est pas accompagnée de calcification des artères périphériques présente, au point de vue clinique, une grande analogie avec la néphrite interstitielle; on éprouve souvent une difficulté d'autant plus grande à la différencier d'avec cette affection que le mal de Bright est fréquemment combiné à l'artériosclérose.

L'hypertrophie du cœur dans la néphrite interstitielle n'intéresse pas seulement le ventricule gauche, comme on l'a cru longtemps, mais, dans nombre de cas, le cœur tout entier. Rosenbach et Senator ont admis que l'hypertrophie du ventricule droit et des oreillettes est la conséquence directe de l'hypertrophie du ventricule gauche; cette opinion est infirmée par l'état du cœur dans l'insuffisance pure des valvules sigmoïdes, où le ventricule gauche est seul hypertrophié. Ewald a cherché à expliquer l'hypertrophie totale du cœur dans le mal de Bright par une viscosité plus grande du sang, qui aurait pour effet d'augmenter le frottement de la colonne sanguine dans les capillaires; mais on n'a pu fournir, jusqu'à présent, de preuves directes à l'appui de cette hypothèse. M. Hirsch a examiné 21 cas de néphrite interstitielle : sur 12 où il n'existait aucune complication, il a trouvé 3 fois une hypertrophie localisée au ventricule gauche, tandis que 9 fois le cœur entier était hypertrophié; de 13 cas compliqués d'artériosclérose ou de lésions pulmonaires (emphysème, adhérences pleurales, cypho scoliose), 6 offraient une hypertrophie totale et 3 une hypertrophie localisée au ventricule gauche et aux oreillettes, le ventricule droit ayant conservé un volume normal. L'hypertrophie isolée du ventricule gauche se rencontre dans les cas récents, tandis qu'une lésion rénale avancée détermine généralement une hypertrophie totale du cœur. La diminution de volume du rein ne suffit pas à expliquer les altérations du myocarde, car, parfois, le rein est réduit à son plus petit volume, et cependant l'hypertrophie cardiaque n'a rien d'exagéré. Par contre, l'hypertrophie du cœur est considérable lorsque le parenchyme rénal est lésé sans que le volume de l'organe ait diminué sensiblement; ces conditions anatomiques prédisposent d'une façon spéciale aux accidents urémiques. M. Hirsch insiste sur la fréquence de l'hypertrophie des oreillettes dans la néphrite, tout en avouant qu'on ne saurait donner une explication plausible de l'action hypertrophiante du rein malade sur le muscle cardiaque en général.

Différents auteurs ont prétendu que la symphyse péricardique produit une hypertrophie cardiaque. Dans un cas pur de cette affection, H. Hirsch a trouvé que les différentes parties du cœur avaient un volume normal; dans 5 autres faits, il a constaté de l'hypertrophie, mais liée vraisemblablement à une lésion valvulaire concomitante (4 fois) ou à de l'emphysème pulmonaire avec adhérences pleurales.

L'auteur a étudié chez 16 malades les altérations du myocarde consécutives à des affections valvulaires. Dans l'insuffisance mitrale, les deux ventricules sont hypertrophiés, l'hypertrophie du ventricule droit étant la plus marquée; le volume des deux oreillettes est également supérieur à la normale, mais ici l'hypertrophie intéresse surtout l'oreillette gauche. Il en est de même dans le rétrécissement mitral; en pareil cas, l'hypertrophie du ventricule droit est encore plus forte que dans l'insuffisance, tandis que le ventricule gauche est normal; dans un cas, M. Hirsch le trouva même atrophié. L'artériosclérose de l'aorte thoracique ou des artères splanchniques complique souvent une lésion des valvules semi-lunaires, qui se manifeste alors par une hypertrophie considérable du ventricule gauche.

L'hypertrophie du ventricule droit coïncidant avec l'emphysème pulmonaire est en raison directe de l'altération du parenchyme du poumon; l'oreillette droite n'augmente de volume qu'après que le ventricule droit est devenu insuffisant. L'obstacle apporté à la circulation du sang par des adhérences pleurales se traduit de son côté par une hypertrophie du ventricule droit.

Les déformations de la colonne vertébrale ont fréquemment pour effet une hypertrophie isolée du ventricule droit; dans d'autres cas, on trouve

une hypertrophie des deux ventricules. L'hypertrophie du ventricule gauche peut s'expliquer soit par de l'artériosclérose de l'aorte thoracique, soit par une coudure de l'aorte, dont l'effet sur le cœur est le même que celui d'une sténose périphérique aortique. Chez deux malades, on a constaté une atrophie du ventricule gauche.

Dans la phtisie pulmonaire à marche rapide, avec destruction du poumon, le cœur droit n'est, en général, pas hypertrophié; en cas de tuberculose chronique avec sclérose du poumon, emphysème et adhérences pleurales, on observe fréquemment, au contraire, une augmentation de volume du cœur droit. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 1-2 et 3-4.) — A. J.

Sur le sarcome de l'œsophage, par M. H. Starck.

Le sarcome de l'œsophage est une affection rare, au point que certains auteurs vont même jusqu'à en nier l'existence; on doit cependant en reconnaître la réalité, dont témoignent les deux cas relatés par M. Starck dans le présent travail.

Le premier concerne une femme de soixante-quatre ans, chez laquelle le diagnostic primitif d'épithélioma de l'œsophage ne put être rectifié que par l'examen histologique de la pièce recueillie à l'autopsie. Dans le second, relatif à un homme de quarante et un ans, la nature de la lésion avait également été méconnue et le diagnostic avait passé par bien des vicissitudes, avant de s'arrêter à l'hypothèse d'abcès sous-phrénique consécutif à un ulcère du cardia et accompagné de rétrécissement de l'œsophage. Même sur la table d'autopsie, on avait cru avoir affaire à un épithélioma de l'œsophage avec généralisation néoplasique, et, ici encore, le microscope fit seul reconnaître qu'il s'agissait de sarcome.

En procédant à l'analyse détaillée des observations de ces deux malades, et en tenant compte de sept faits antérieurement publiés par différents auteurs, M. Starck a pu grouper un certain nombre de caractères qui lui ont permis d'esquisser l'histoire clinique du sarcome de l'œsophage.

Le début de cette affection est variable : dans certains cas il est aigu, et la dysphagie constitue alors le symptôme initial; dans d'autres, le début est lent et insidieux, et les phénomènes de sténose œsophagienne sont précédés de troubles digestifs divers, tels qu'anorexie, pyrosis, régurgitations, malaises, pesanteur épigastrique ou gêne rétrosternale. L'état général est toujours atteint.

La douleur constitue un signe précoce et intéressant. Elle est surtout nocturne, intermittente, avec périodes de sédation complète; fait important, le moment de son apparition ne paraît pas lié à l'ingestion des aliments.

Au contraire de la douleur, les phénomènes de sténose peuvent faire défaut pendant un temps assez long, ce qui se conçoit aisément en raison de la friabilité de la tumeur qui se désagrège à la surface au fur et à mesure de son accroissement. Souvent ces troubles sont essentiellement fonctionnels et la sonde ne permet pas toujours d'en préciser la cause; mais, avec les progrès de l'affection, ils augmentent d'intensité et peuvent même apporter un obstacle absolu au passage des liquides. C'est dans ces cas que les malades succombent à l'inanition, à moins qu'une complication ne vienne hâter le dénouement fatal. Ajoutons, d'ailleurs, que parfois les phénomènes de sténose révèlent les premiers l'existence du néoplasme, notamment quand celui-ci affecte la forme polypoïde.

Les régurgitations ne manquent jamais. Elles surviennent surtout après l'ingestion d'une trop grande quantité de liquides. Les matières rendues sont des aliments non digérés, striés de sang et souillés de pus ou de lambeaux de tissus sphacélés; elles ont une odeur fade, voire fétide, qui se retrouve également dans l'haleine des patients.

Quand la tumeur siège dans le tiers supérieur de l'œsophage, elle exerce quelquefois une action irritante sur la muqueuse du larynx, irritation se traduisant par une toux continue et toujours très fatigante.

Les progrès de la maladie se répercutent sur l'état général par la perte de l'appétit et l'absence de sommeil; mais la cachexie est très rare.

Le diagnostic de sarcome de l'œsophage présente des difficultés considérables. Il ne peut être porté avec certitude que lorsque le cathétérisme ramène des parcelles néoplasiques dans lesquelles le microscope révèle la structure caractéristique du sarcome. A part ces cas exceptionnels, on se croit le plus souvent en présence d'un épithélioma de l'œsophage. Le diagnostic différentiel entre ces deux affections se basera principalement sur les caractères suivants : bien que, contrairement à la règle générale, le sarcome de l'œsophage survienne à tout âge (l'un des malades de M. Starck avait quarante et un ans, l'autre soixante-quatre), il est légitime d'admettre qu'il s'agit d'un sarcome plutôt que d'un carcinome, quand une tumeur maligne de l'œsophage se développe chez un sujet jeune. Le sexe peut fournir aussi quelques présomptions en faveur du sarcome : 6 observations sur les 9 que l'on possède actuellement ont trait à des hommes, 3 seulement à des femmes. Mais le signe qui permet de différencier le plus sûrement le sarcome d'avec le carcinome est tiré de la douleur qui, précoce dans l'un, est tardive dans l'autre. On tiendra compte aussi de ce fait que, dans le sarcome, la douleur est particulièrement violente, qu'elle revient par paroxysmes, et que son apparition ne semble pas en rapport avec l'ingestion des aliments; son siège interscapulaire est également assez caractéristique.

La marche et la durée du sarcome de l'œsophage sont celles du carcinome de cet organe; c'est dire combien le pronostic en est grave. L'issue fatale est la règle; elle survient en moyenne six mois après le début de l'affection; mais elle peut être beaucoup plus rapide, témoin ce cas rapporté par M. Starck où le malade succomba dix semaines à peine après le début des troubles digestifs. La mort est généralement le fait de complications, dues surtout à la propagation de la tumeur, soit par continuité, soit par contiguïté. C'est ainsi que, dans l'une des observations de l'auteur, le néoplasme avait fait irruption dans le médiastin, atteint le hile du poumon et déterminé dans cet organe un foyer étendu de gangrène, en même temps qu'il avait traversé le diaphragme et perforé l'estomac en y produisant des foyers multiples de sphacèle. Les métastases du sarcome œsophagien sont caractérisées par leur nombre et leur constance; elles n'épargnent aucun organe, et on les retrouve aussi bien dans les ganglions lymphatiques répondant au territoire envahi que dans les os, le cœur et le cerveau. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 2.) — F. M.

La fièvre intermittente comme symptôme d'une tumeur du médiastin, par M. K. Witthauer.

Le cas relaté par l'auteur a trait à une jeune fille de vingt-quatre ans, exempte de tout antécédent pathologique et qui fut admise à l'hôpital avec le diagnostic de grippe. La malade éprouvait, depuis une huitaine de jours, des douleurs au côté; il existait, en outre, de la toux et de l'hyperthermie. A l'examen, on nota, en arrière et au niveau du lobe inférieur du poumon gauche, une zone de matité avec diminution du murmure respiratoire et des vibrations thoraciques. Sur la ligne axillaire, cette matité s'étendait jusqu'à la sixième côte, tandis qu'en avant elle se confondait avec la matité cardiaque, sans qu'il y eût cependant déplacement du cœur à droite. Une ponction exploratrice montra l'existence d'un exsudat séreux. On institua la médication salicylée et des enveloppements froids, mais au bout de huit jours, l'état de la patiente restant toujours à peu près le même et la fièvre affectant le type hectique, on pratiqua une thoracentèse qui fournit trois quarts de litre d'un liquide clair. Le même jour, l'hyperthermie disparut; elle ne tarda pas, toutefois, à réapparaître, allant jusqu'à 39°8 et ne se laissant influencer ni par la quinine à la dose quotidienne de 0 gr. 50 centigr., ni même par une seconde ponction, laquelle permit d'extraire encore un demi-litre de sérosité.

Pendant cinq mois, les accès de fièvre se répétèrent avec une régularité remarquable : après trois ou, tout au plus, quatre jours d'apyrexie complète, la température montait au-dessus de 39°, voire même de 40°, pour tomber le jour suivant à 38° ou au-dessous et revenir à la normale le surlendemain. Dans les intervalles des accès, la malade se trouvait très bien, au point de pouvoir quitter le lit et de se promener dans le jardin; par contre, les jours d'hyperthermie elle était faible, ne mangeait pas, toussait beaucoup, éprouvait de la difficulté à respirer et des douleurs au niveau du poumon gauche ainsi que dans la région du cœur. La chute de la température s'accompagnait de sueurs profuses.

On pratiqua à plusieurs reprises de nouvelles ponctions exploratrices, mais toutes donnèrent des résultats négatifs, bien que la matité persistât dans les parties inférieures du thorax, ce qu'on pouvait, d'ailleurs, attribuer à la formation d'adhérences.

Les moyens les plus divers furent essayés pour combattre la fièvre : on administra la quinine à la dose de 1 gramme avant et pendant l'accès, on fit prendre à la patiente des bains froids, on eut recours à la phénacétine, au bleu de méthylène, à des applications d'alcool, etc., mais rien ne réussit. Il en fut, du reste, de même pour le traitement de la toux. Cependant, les signes physiques ne s'accentuèrent presque pas pendant plusieurs mois : de temps à autre on notait seulement quelques râles au niveau de la zone mate et un léger souffle systolique à la pointe du cœur, en même temps que la matité cardiaque paraissait un peu plus étendue. Ce n'est que six semaines environ avant l'issue fatale que les symptômes morbides devinrent plus marqués, les accès de fièvre s'accompagnant d'une cyanose considérable de la face avec pulsations très fortes au niveau des vaisseaux du cou et phénomènes de sténose bronchique. La jeune fille finit par succomber dans une crise d'asphyxie.

Le diagnostic, resté en suspens pendant les premiers mois, fut d'autant plus difficile à établir que la recherche des hématozoaires dans le sang et des bacilles de Koch dans les crachats était toujours restée négative. L'absence de toute tuméfaction de la rate et le caractère même des accès, qui persistaient chaque fois deux jours, permettaient, d'ailleurs, d'exclure l'hypothèse d'une affection paludéenne. A la fin de la maladie, on s'arrêta au diagnostic d'adénopathie bronchique de nature probablement tuberculeuse, avec péricardite adhésive. Or, à l'autopsie on trouva un sarcome globocellulaire du médiastin postérieur, ayant envahi les deux oreillettes et le poumon droit, avec compression de la bronche gauche, abcès multiples dans le lobe inférieur du poumon droit et pleurite adhésive du même côté.

M. Witthauer estime que les accès de fièvre intermittente observés dans ce cas ne pouvaient être dus qu'à la présence de la tumeur maligne du médiastin et à la résorption par la voie sanguine de produits néoplasiques, résorption qui se trouvait ici particulièrement facilitée par l'envahissement de l'organe central de la circulation. Quoi qu'il en soit, le fait de la coexistence d'une tumeur du médiastin avec une hyperthermie intermittente mérite d'être retenu, le diagnostic différentiel des néoplasmes en question d'avec un anévrysme de l'aorte ou une adénopathie tuberculeuse étant souvent assez difficile pour qu'un symptôme aussi net que la fièvre intermittente puisse présenter, à cet égard, une réelle valeur. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 février 1901.) — L. CH.

Des opérations conservatrices dans la rétention rénale consécutive au rétrécissement de l'uretère ou à la formation de valvules dans ce canal, par M. Ch. Fenger.

M. Fenger, le chirurgien bien connu de Chicago, a rassemblé dans le présent travail toutes les interventions pratiquées pour obstruction urétérale. Voici les conclusions qu'il en tire :

L'ouverture du bassinet n'est indiquée que lorsqu'il existe une dilatation considérable de cet organe et un rétrécissement siégeant au niveau de l'abouchement supérieur de l'uretère; de 9 malades ainsi traités, 2 ont eu ultérieurement une oblitération de l'orifice urétéral. En cas de dilatation moyenne du bassinet, la résection de l'uretère ou une intervention autoplastique pratiquée en dehors du bassinet doit être préférée non seulement à l'ouverture de ce dernier, mais aussi à la réimplantation de l'uretère dans le pôle inférieur du bassinet.

Cette opération autoplastique comprend, d'après M. Fenger, l'incision longitudinale de l'uretère au niveau du rétrécissement, puis la réunion transversale de l'ouverture ainsi créée.

Sur 11 opérations pratiquées par plusieurs chirurgiens selon ce principe, une seule n'eut pas de bons effets.

Quand il s'agit de simple coudure de l'uretère, il suffit généralement de débrider les adhérences et de rendre ainsi à l'uretère sa direction normale. Il est évident que si le rein est mobile, on doit le fixer ensuite par la néphrorraphie.

Ces différentes interventions permettraient de réduire notablement le nombre des néphrectomies pour imperméabilité de l'uretère. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 3.) — F. DE Q.

Kyste synovial développé dans le tendon du triceps brachial, par M. BORCHARDT.

L'observation relatée par M. Borchardt vient à l'appui de la théorie de MM. Ledderhose, Ritschl, Thorn et Payr, qui admettent que les ganglions synoviaux sont entièrement indépendants des synoviales articulaires ou tendineuses et constituent, au contraire, un processus dégénératif du tissu conjonctif.

Il s'agit d'une malade présentant sur la face interne du bras une tumeur fusiforme, de consistance dure, qui s'était développée insensiblement. A l'opération, M. von Bergmann trouva un kyste allongé, siégeant dans l'aponévrose tendineuse du triceps brachial et dont l'aspect était de tous points celui d'un ganglion synovial.

L'examen histologique de la pièce anatomique montra que les parties voisines du tendon du triceps, qui paraissaient saines à l'œil nu, étaient manifestement atteintes de dégénérescence colloïde. Les lésions des vaisseaux constatées dans ce cas confirment, d'après M. Borchardt, l'opinion de M. Payr, qui considère l'endartérite existant parfois en pareille occurrence comme une lésion secondaire et non comme la cause de la dégénérescence en question. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 3.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Le traitement chirurgical de la péricardite purulente, par M. CH. B. PORTER.

Partisan convaincu de l'intervention pour toute péricardite purulente, l'auteur commence par rechercher quelle doit être l'opération de choix; étant donnés les rapports incertains et variables de la plèvre et le refoulement du cœur en avant par la distension du péricarde, il n'hésite pas à proscrire la ponction suivie d'aspiration, qu'il croit plus dangereuse que l'incision, et à donner la préférence à cette dernière. Le chirurgien dit-il, doit se proposer un triple but : éviter l'ouverture de la cavité pleurale, inciser le péricarde au point opposé à celui où le drainage demeure efficace après la contraction du sac péricardique, enfin assurer un drainage libre et permanent. Voici comment il propose d'arriver à ce résultat :

Après avoir fait une incision partant du milieu du sternum et s'étendant jusqu'à l'extrémité postérieure du cinquième cartilage costal, on sépare celui-ci, au moyen d'une pince à os, et de la côte correspondante, et du sternum. Puis on sectionne entre deux ligatures l'artère et la veine mammaires internes, on détache le insertions sternales du muscle sterno-costal et on les refoule à droite.

Une dissection soigneuse met ensuite le péricarde à nu; à ce moment, on le ponctionne pour assurer le diagnostic, si cela n'a pas été déjà fait. Si l'on trouve du pus, on incise immédiatement le sac péricardique suivant une ligne oblique en bas et en dehors commençant sur le bord du sternum, et on suture les lèvres de l'incision à la peau. On pratique alors l'irrigation du sac jusqu'à ce que le liquide ressorte tout à fait clair.

Le drainage est assuré par deux tubes de caoutchouc, dont l'un pénètre jusqu'au fond du sac, tandis que l'autre, destiné à la sortie du liquide injecté, est introduit moins profondément.

Comme soins consécutifs, on se borne à faire chaque jour un lavage du péricarde; on cherche à soutenir les forces du malade, auquel on prescrit de conserver, autant que possible, le décubitus ventral.

M. Porter a rassemblé dans la littérature 51 cas de paracentèse du péricarde, ayant donné un total de 20 guérisons. Les cas les plus graves sont ceux où la péricardite est consécutive à une pneumonie (14 observations dont 10 avec issue fatale). Chez 6 malades, l'opération fut pratiquée à l'aide de la simple anesthésie locale. (*Ann. of Surgery,* décembre 1900.) — E. C.

Le diagnostic de la grossesse ectopique avant sa rupture, par M. J. F. BALDWIN.

Bien que la grossesse extra-utérine ne détermine pas de signes pathognomoniques, M. Baldwin pense qu'on peut fréquemment la diagnostiquer; il faut naturellement excepter les cas où aucun symptôme n'est appréciable jusqu'au jour où la poche se rompt, produisant une hémorrhagie plus ou moins abondante.

Voici quels sont, d'après l'auteur, les signes susceptibles de mettre sur la voie du diagnostic :

Généralement, mais non toujours, la grossesse ectopique est précédée de quelques années de stérilité; le plus souvent aussi, une ou deux périodes menstruelles font défaut, ou tout au moins les dernières règles présentent quelque anomalie; ainsi, par exemple, l'écoulement sanguin se borne à un simple suintement, ou bien, au contraire, la malade rend des caillots ou une membrane analogue à la caduque; ou encore il survient une hémorrhagie intermenstruelle, de forme plus ou moins irrégulière.

Le troisième phénomène sur lequel M. Baldwin attire l'attention, c'est la douleur. La grossesse tubaire provoque généralement une douleur vive, ayant les caractères d'une colique très exactement localisée d'un seul côté; cependant cette douleur est parfois sourde, constante, térébrante. Le pouls peut être accéléré, mais la température ne s'élève pas.

En dernier lieu, l'examen local révèle la présence d'une tumeur kystique, fusiforme, de la grosseur d'un œuf, située sur un des côtés de l'utérus ou en arrière de cet organe. Cette tumeur est d'ordinaire sensible au toucher, de forme régulière et distinctement pulsatile. L'utérus lui-même paraît augmenté de volume, mais à un moindre degré que ne le comporterait l'âge probable de la grossesse. Cette tumeur, il est vrai, n'a rien d'absolument spécial à la grossesse tubaire; toutefois, son association avec les symptômes précédents est un symptôme de haute valeur. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, novembre 1900.) — E. C.

Un nouveau moyen de diagnostic de la mastoïdite, par M. A. ANDREWS.

Le procédé d'exploration décrit par l'auteur consiste à ausculter la pointe de l'apophyse mastoïde au moyen d'un stéthoscope à petite ouverture pendant qu'on maintient au niveau de l'antre mastoïdien le manche d'un diapason vibrant. S'il existe du pus ou des granulations, ou encore lorsque la densité de l'os est augmentée par suite de l'oblitération des cellules mastoïdiennes, les sons parviennent à l'oreille de l'observateur d'une façon beaucoup plus nette que dans les cas où l'on a affaire à une apophyse mastoïde normale. En pratiquant l'examen, il faut avoir soin de ne pas tendre la peau entre le stéthoscope et le diapason, afin que les vibrations soient perçues d'une manière plus distincte. Il suffit de déplacer le stéthoscope pour pouvoir préciser les limites de la portion mastoïdienne du temporal, les sons devenant beaucoup plus élevés dès qu'on atteint le bord supérieur de cette partie de l'os. On peut de même, quoique moins bien, déterminer la position du sinus latéral.

M. Andrews a appliqué le procédé en question chez 40 sujets bien portants, sans avoir jamais eu à enregistrer la moindre différence dans la transmission des vibrations des deux côtés; par contre, dans 4 cas où l'existence d'une affection mastoïdienne ne faisait l'objet d'aucun doute, il observa que l'apophyse malade transmettait les sons beaucoup mieux que ne le faisait le côté opposé. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 janvier 1901.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Une nouvelle maladie du sympathique : l'adipose analgésique, par M. A. CARDUCCI.

Le présent travail est consacré à la relation d'un cas fort curieux.

Il s'agit d'une malade de cinquante-cinq ans, ne présentant pas d'antécédents héréditaires et dont le passé pathologique se réduit à une attaque de rhumatisme survenue à l'âge de quinze ans. Depuis lors, la santé de cette femme n'avait rien laissé à désirer, sauf quelques troubles naso-pharyngiens remontant à quatre ans, quand, au mois de janvier de l'an passé, elle commença à éprouver un sentiment général de lassitude la rendant inapte à remplir ses occupations ordinaires; en même temps, elle s'aperçut que la quantité d'urine émise chaque jour diminuait notablement, sans aucun trouble local, du reste; enfin, quelques mois plus tard, bien qu'elle mangeât très peu et que sa faiblesse n'eût fait que croître, elle observa que ses cuisses augmentaient de volume; ce phénomène ne s'accompagnait pas de douleurs, mais d'une sensation de fatigue qui bientôt se transforma en endolorissement de la région lombaire; ces troubles subjectifs demeurèrent stationnaires, tandis que l'hypertrophie s'étendait aux fesses, au ventre, aux seins et aux bras.

A l'examen objectif, M. Carducci constata que cette augmentation de volume portait uniquement sur le tissu cellulaire sous-cutané, où elle était assez uniformément distribuée. En ce qui concerne le système nerveux, il nota que la sensibilité tactile était intacte, mais que la sensibilité à la douleur, partout diminuée, était complètement abolie aux points les plus atteints d'adipose; il existait, en outre, un certain retard à la perception du chaud. De plus, la malade présentait un léger degré d'exophtalmie et un affaiblissement assez marqué de l'acuité visuelle; elle n'avait, d'ailleurs, pas de goitre ni de tremblement; son pouls battait à 75; le second bruit, aux orifices aortique et pulmonaire, était renforcé.

Enfin, l'excrétion urinaire était très ralentie : la quantité journalière d'urine ne dépassait pas 900 c.c.; le taux d'urée était également abaissé; il n'y avait ni glycosurie, ni albuminurie; par contre, un peu d'indicanurie. Sous l'influence de préparations thyroïdiennes, la diurèse ne tarda pas à se relever; mais cette médication dut être suspendue au bout de quelques jours, à cause des malaises qu'elle provoquait.

Ce tableau morbide, on le voit, n'est pas sans offrir quelques analogies avec le goitre exophtalmique, et surtout avec la maladie de Dercum; toutefois, il diffère de cette dernière en ce que les troubles de la sensibilité, au lieu d'être surtout *subjectifs* comme dans l'adipose douloureuse, étaient purement *objectifs :* aussi l'auteur propose-t-il de donner à cette affection le nom d'*adipose analgésique;* il la classe parmi les maladies du sympathique, mais uniquement, il le reconnaît lui-même, parce qu'il lui est impossible de lui attribuer, à l'heure actuelle, une place certaine dans le cadre nosographique. (*Policlinico*, 23 février 1901.) — F. F.

Lymphangite névropathique récidivante, par M. S. SOLIERI.

Si les œdèmes d'origine névropathique sont bien connus, il ne semble pas que l'on ait signalé jusqu'ici de cas où un trouble vasomoteur analogue ait atteint le système lymphatique. C'est à ce point de vue qu'il nous paraît intéressant de résumer l'observation qui fait l'objet du présent travail.

Un homme de trente-deux ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents, eut, au mois de juin 1899, une adénite axillaire droite que rien n'expliquait, et qui, ayant résisté pendant vingt jours aux moyens antiphlogistiques d'ordinaire mis en œuvre en pareil cas, céda en une semaine au massage. Au mois de novembre, le malade fut pris dans la nuit de troubles gastriques et de vives douleurs irradiant dans tout le bras droit; sur le trajet de cette douleur apparut, depuis l'aisselle jusqu'à la face dorsale du médius, une strie rouge; puis le dos de la main, le poignet et l'avant-bras devinrent douloureux, rouges et tuméfiés; au sixième jour se montrèrent, à l'avant-bras, des nodosités dures et limitées qui, deux semaines plus tard, se ramollirent; un médecin les incisa, mais il n'en sortit que du sang. Il y avait eu de la fièvre pendant les cinq premiers jours. La guérison se fit sans encombre, et cet homme put reprendre ses occupations au bout d'un mois et demi environ.

Quatre mois plus tard (en avril 1900), des accidents identiques se reproduisirent, ayant également débuté par un stade fébrile de peu de

durée; après quelques jours, tout paraissait rentré dans l'ordre, quand la crise reprit de plus belle, et c'est alors que M. Solieri put observer le patient, chez lequel il constata quelques stigmates d'hystérie (absence de réflexe pharyngé, champ visuel inverti au point de vue de la vision des couleurs). C'était encore le bras droit qui était atteint, et il offrait l'aspect typique d'une lymphangite. On fit au point le plus rouge de la partie tuméfiée une incision qui ne donna que du sang : celui-ci, ensemencé, ne produisit aucune culture. A la suite de cette incision, les troubles disparurent en deux jours, et il ne persista qu'un peu d'œdème légèrement cyanotique du poignet, du dos de la main et du médius.

Diverses tentatives pour faire réapparaître un accès (travail musculaire assez considérable du bras droit, électrisation, compression, etc.) restèrent sans résultats; mais une troisième crise en tout semblable aux deux précédentes survint spontanément au mois de novembre 1900, et prit fin très rapidement après qu'on eut pratiqué quelques incisions superficielles.

Il ne semble pas à l'auteur que l'on puisse mettre en doute l'origine névropathique des troubles présentés par ce patient, étant donnés les stigmates hystériques dont il est porteur, la répétition périodique de ses accès et leur guérison sous l'influence d'incisions qui ne peuvent agir que par suggestion. (*Riforma med.*, 5 février 1901.) — F. F.

Des altérations histologiques des reins dans l'intoxication par le sublimé corrosif, par M. B. Vasoin.

Malgré le grand nombre de travaux qu'a suscités l'étude des lésions du rein dans l'intoxication par le sublimé, l'accord est encore loin d'être fait concernant la nature et le point de départ de ces altérations. C'est le résultat de ses recherches expérimentales sur cette question que M. Vasoin expose dans le présent mémoire.

Ses expériences ont été faites sur des lapins qu'il a divisés en deux groupes, les uns absorbant le toxique par la voie gastrique, les autres le recevant en injections sous-cutanées. Mais on sait l'action locale très énergique que le bichlorure de mercure exerce sur la muqueuse digestive; aussi, pour faire tolérer ce sel par les animaux du premier lot, l'auteur dut employer des doses très faibles et fréquemment répétées; il s'ensuivit que les lapins de ce groupe réalisèrent plutôt une intoxication subaiguë ou chronique, tandis que ceux qui recevaient le sublimé sous la peau eurent des phénomènes d'hydrargyrisme aigu. Or, l'examen microscopique des reins montra des altérations tout à fait différentes dans l'un et l'autre cas.

En effet, chez les lapins ayant absorbé, par petites doses, de 0 gr. 01 à 0 gr. 07 centigr. de bichlorure de mercure, M. Vasoin constata dans tous les cas, au bout de trois à treize jours — que la mort fût survenue spontanément ou que l'animal eût été sacrifié —, des lésions très nettes de néphrite parenchymateuse aiguë, caractérisée par de la tuméfaction trouble et un certain degré de dégénérescence graisseuse des éléments épithéliaux, parfois avec quelques hémorrhagies intraparenchymateuses et formation de cylindres. Au contraire, chez les lapins ayant reçu des doses égales de sublimé, mais par injection sous-cutanée et en une seule fois, les altérations consistaient en une nécrose de coagulation de variété hyaline, frappant surtout les cellules épithéliales des tubes contournés, et aussi, mais accessoirement, celles des tubes droits. Les éléments nécrosés étaient réunis en amas rapidement infiltrés de sels calcaires, formant ainsi les granulations calcaires que certains auteurs ont voulu considérer comme spéciales au rein altéré par le sublimé. Ajoutons que dans un cas où une intoxication rapidement mortelle avait été déterminée par l'injection d'un gramme de bichlorure, il n'existait que d'abondantes hémorrhagies diffuses, et une séparation des épithéliums, non dégénérés, d'avec leur membrane basale.

Chez quelques-uns de ses animaux, M. Vasoin a dosé le glycogène du sang avant et après l'administration du sublimé; il a toujours constaté, en pareille occurrence, un certain degré d'hyperglycémie consécutive à l'intoxication. *Riforma med.*, 18, 19 et 21 janvier 1901.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'électrisation du mamelon comme moyen galactagogue.

La plupart des médicaments réputés galactagogues se montrant dans nombre de cas insuffisants à rétablir la sécrétion lactée languissante, on a depuis longtemps cherché à leur substituer certains moyens physiques et, en particulier, la faradisation de la glande mammaire. Or, partant de ce fait que l'excitation du mamelon par succion provoque normalement un réflexe sécrétoire, M. le docteur Bédart, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, a essayé d'influencer la sécrétion lactée en utilisant les diverses formes de l'électricité statique et en agissant, non pas sur la masse glandulaire elle-même, mais tout simplement sur la peau du mamelon.

Voici la technique adoptée par notre confrère : la femme étant placée sur le tabouret isolant et reliée à l'un des pôles d'une machine de Carré ou de Wimshurst, on commence par produire un simple souffle électrique, afin de se rendre compte de la susceptibilité de la nourrice. Puis, rapprochant l'excitateur, on obtient l'aigrette dont on gradue, d'ailleurs, l'intensité suivant la sensibilité plus ou moins grande de la région aréolaire. Si cette manœuvre est bien supportée, on pousse l'électrisation plus loin en faisant éclater des étincelles entre le mamelon et l'excitateur, ainsi qu'au niveau des creux sus et sous-claviculaires (branches du plexus brachial innervant la glande mammaire) et de la colonne vertébrale (troisième et quatrième nerfs dorsaux). Les séances durent, en moyenne, une douzaine de minutes et sont répétées toutes les vingt-quatre heures.

Sur 13 cas dans lesquels M. Bédart a eu l'occasion d'appliquer cette méthode, il a enregistré 11 succès définitifs, et cela après quatre séances seulement d'électrisation. Plusieurs fois, il a suffi d'électriser l'un des seins pour voir celui du côté opposé, tari depuis longtemps, se remettre à sécréter abondamment sous l'influence de la propagation du réflexe sécrétoire du côté traité au côté non électrisé.

Fort de ces résultats, notre confrère estime que l'emploi de l'électricité statique, utilisée comme nous venons de le dire, est indiqué toutes les fois que la succion du nourrisson est devenue impuissante à maintenir la sécrétion lactée à un taux suffisant.

Traitement de la blennorrhagie aiguë par des irrigations d'eau salée très chaude.

Le nombre considérable des médicaments soi-disant spécifiques qu'on a préconisés, au cours de ces dernières années, contre la blennorrhagie a eu pour conséquence de rendre les esprits quelque peu sceptiques à l'égard de la valeur thérapeutique des agents microbicides employés sous forme d'injections uréthrales. C'est ainsi qu'un médecin militaire des Etats-Unis, M. le docteur Ch. Woodruff, s'est demandé si les bons effets de ces injections n'étaient pas dus simplement à l'action mécanique du courant de liquide qui débarrasse la muqueuse de l'urèthre des gonocoques et des toxines. Une série d'essais institués comparativement avec de l'eau pure et avec des solutions de sublimé et de permanganate de potasse est venue pleinement confirmer cette manière de voir : chez les patients traités au moyen d'injections d'eau simple, la guérison s'est établie aussi rapidement que chez les sujets soumis à des irrigations de sublimé, et même plus tôt que dans les cas où l'on avait eu recours au permanganate de potasse. Toutefois, comme l'eau simple irrite les muqueuses et que l'eau distillée offre l'inconvénient de gonfler les cellules endo et épithéliales et de contribuer de la sorte à la destruction de ces éléments, notre confrère se sert, de préférence, d'une solution physiologique chaude de chlorure de sodium, qui présenterait, entre autres avantages, celui d'exercer sur la muqueuse uréthrale une action calmante.

La blennorrhagie étant au début une affection purement locale, M. Woodruff se borne à prescrire des irrigations d'eau salée aussi chaude que le patient peut le supporter, répétées toutes les deux ou trois heures et, au besoin, toutes les heures. Il ne voit aucune utilité à ordonner des alcalins ou autres médicaments mal tolérés par le tube digestif. Enfin, le repos au lit et le régime débilitant qu'on considère souvent comme le complément indispensable du traitement de la chaudepisse lui paraissent plus nuisibles qu'utiles.

Sur 98 soldats atteints de blennorrhagie aiguë que notre confrère a traités suivant les principes ci-dessus indiqués, la plupart ont pu quitter l'hôpital au bout d'une dizaine de jours; malgré cela, on n'a eu à enregistrer que 8 rechutes, chiffre peu élevé, surtout si l'on tient compte que, une fois sortis de l'hôpital, les patients furent obligés de s'exposer immédiatement à toutes les fatigues de la vie militaire, et même monter à cheval.

Traitement de la chorée de Sydenham par l'arsenic associé aux corps gras.

Depuis quelques années, l'emploi de l'antipyrine — qui avait semblé, à un moment donné, devoir se substituer à tous les autres moyens de traitement de la chorée de Sydenham — cède le pas à la médication arsenicale. Employé sous forme de liqueur de Boudin *à hautes doses*, l'arsenic a donné, comme on le sait, d'excellents résultats entre les mains de M. le docteur Comby, médecin des hôpitaux de Paris. Toutefois, ce mode de traitement est loin d'être exempt d'inconvénients; il peut donner lieu à des phénomènes d'intoxication (vomissements, diarrhée, névrites), alors même que le médicament est dilué dans une potion gommeuse et administré à doses fractionnées. Aussi, M. le docteur Weill, chargé du cours de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Lyon, a-t-il cherché à utiliser le principe actif de la liqueur de Boudin, c'est-à-dire l'acide arsénieux, sous une forme moins nocive. Partant de ce fait que la toxicité de l'arsenic diminue sous l'influence de l'association de ce produit avec les corps gras (Chapuis), notre confrère emploie l'acide arsénieux incorporé à une quantité fixe de 15 grammes de beurre que l'enfant prend, en général, très volontiers. On commence par donner 0 gr. 005 milligr. d'acide arsénieux, puis on augmente tous les deux jours de 0 gr. 005 milligr. pour atteindre la dose de 0 gr. 03 centigr. et redescendre ensuite jusqu'à la quantité initiale. La durée du traitement étant de vingt-deux jours, l'enfant absorbe de la sorte en tout *0 gr. 18 centigr.* d'acide arsénieux. Et, cependant, sur les 19 cas de chorée plus ou moins intense que M. Weill a traités par cette méthode et qui ont tous guéri, notre confrère n'a jamais eu à observer le moindre accident, et cela sans prendre les précautions (séjour au lit, diète lactée) dont on use habituellement quand on administre la liqueur de Boudin.

A propos de l'emploi thérapeutique de l'oxygène.

On se souvient qu'au cours de la discussion qui a eu lieu dans une des dernières séances de la Société de médecine interne de Berlin sur l'emploi thérapeutique de l'oxygène (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 88), M. le professeur von Leyden a parlé du discrédit dans lequel ce moyen était tombé en Allemagne. Nous pourrions, en effet, citer des ouvrages de thérapeutique publiés récemment par certains de nos confrères d'outre-Rhin et dans lesquels on ne trouve pas mention de l'oxygène dans le traitement des troubles de l'appareil respiratoire. On peut se demander si cette défaveur ne tient pas, tout au moins en partie, à ce fait que les inhalations d'oxygène, telles qu'on les prescrit habituellement, ne produisent que des améliorations momentanées, leur emploi ne pouvant être prolongé au delà de quelques minutes en raison de l'action irritante de ce gaz. Cela étant, il nous paraît intéressant de signaler qu'en Amérique on se sert avec succès, au lieu d'oxygène pur, d'un mélange composé de 21 % d'azote et de 79 % d'oxygène (proportion exactement inverse à la composition de l'air atmosphérique). D'après M. le docteur A. Cottew (de New-York), qui a souvent eu recours à ce procédé, le mélange en question offrirait l'avantage de pouvoir être inhalé à des intervalles très rapprochés sans donner lieu au moindre phénomène fâcheux, à la condition, bien entendu, qu'on ait soin de se familiariser avec son maniement, comme on le fait pour les anesthésiques.

TRAVAUX ORIGINAUX

La lévulosurie alimentaire dans ses rapports avec les affections du foie.

I

On sait que certains diabétiques tolèrent mieux le lévulose que le glucose.

Külz (1), le premier, attira l'attention sur ce fait, en affirmant que si l'on fait ingérer à ces malades une dose modérée de lévulose ou d'inuline (2), la quantité de sucre qu'ils excrètent n'est pas augmentée.

Sans rapporter ses expériences en détail, un physiologiste des plus compétents sur cette question, Worm-Müller (3), dit que « dans la forme grave comme dans la forme légère du diabète, il n'a pu, pas plus que Külz, déceler dans l'urine de ses malades, après l'administration de lévulose, la moindre trace de ce sucre ».

Minkowski (4) a fait ingérer du lévulose à des chiens rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas. Il a observé :

« Que le lévulose, pour la plus grande part, est retenu dans l'organisme;

» Qu'il augmente toutefois, pour une part, l'excrétion du glucose;

» Que s'il est ingéré en trop grande quantité, il passe tel quel dans l'urine. »

Le professeur von Leyden conclut de ses observations que le lévulose est mieux assimilé par les diabétiques que le sucre de canne ou que le glucose formé aux dépens des hydrates de carbone de l'alimentation (5).

Le professeur Naunyn s'exprime avec plus de réserve :

« Les expériences faites à ma clinique sur des malades atteints d'une forme d'ailleurs grave de diabète, mais qui, *soumis à un régime sévère*, n'excrétaient point de sucre, ont montré qu'ils ont bien supporté quotidiennement 100 grammes de lévulose, en trois doses, au moment du repas (6). Toutefois, ils excrétaient 20 grammes de sucre, *et davantage*, s'ils ingéraient le lévulose *cinq ou six jours de suite* (7). »

Hale White (8) a donné du lévulose à 8 diabétiques de Guy's Hospital, à des doses variables, mais presque toujours très inférieures à 100 grammes; une fois, néanmoins, il en administra 120 grammes. Le plus souvent, le lévulose a augmenté l'excrétion du sucre; dans quelques cas seulement le résultat semble avoir été satisfaisant. Grube (9) pense que dans les diabètes légers ce sucre peut être donné en quantité modérée, sans inconvénient, et même avec bénéfice pour l'organisme.

Bohland (10), chez un homme de 75 kilogrammes affecté d'un diabète d'ailleurs léger, a constaté que 20 à 40 grammes de lévulose étaient bien supportés, mais que l'ingestion de 50 grammes de cette substance amenait un excès de sucre de 20 grammes. Dans un cas de diabète grave, une dose même faible de lévulose augmentait toujours la glycosurie.

Haycraft (1) a vu qu'à la rigueur un diabétique *peut* assimiler plus de 50 grammes de lévulose; d'après Palma (2), même dans le diabète grave, 30 % d'une dose modérée de lévulose seraient assimilés.

Je puis encore citer De Renzi et Reale (3), H. Strauss (4), Achard et Weil (5) et Ferrannini (6) comme recommandant l'emploi du lévulose chez les diabétiques. Ce dernier auteur, chez un homme atteint de diabète grave, a obtenu de bons effets de l'administration de 25 grammes de lévulose tous les *deux jours*. A cette dose, ce sucre était bien toléré et diminuait d'une manière appréciable la désassimilation de l'azote.

J'ai montré récemment (7) qu'on pouvait parfois permettre une *petite* quantité de *saccharose* à certains diabétiques, et j'ai justifié cette conduite, qui peut au premier abord sembler étrange, en rappelant que si on laisse ingérer à un malade 50 grammes de saccharose, il absorbe moins de 25 grammes de glucose, ce qui est une quantité modérée de sucre nuisible, et moins de 25 grammes de lévulose, dose qui, d'après ce qui précède, est parfaitement tolérée par *certains* diabétiques (8).

II

Il y a, on ne peut le nier, quelque chose de paradoxal dans le fait que le lévulose est mieux toléré, par certains diabétiques, que le glucose; car l'organisme normal paraît assimiler mieux le glucose que le lévulose. La différence n'est pas grande, mais elle semble réelle :

Fr. Voit (9) a fait des injections sous-cutanées de glucose et de lévulose à des gens sains, d'où il résulte qu'une dose modérée (10 grammes) de ce dernier sucre est un peu moins bien retenue qu'une dose semblable de glucose (10).

Les expériences de Noé (11) prouvent qu'une culture de charbon ne consomme pas le glucose, tandis que, d'après Roger (12), cette même culture consomme le glucose.

Enfin, il me paraît très probable, d'après les chiffres de Portier (1), qu'*in vitro* le lévulose se détruit moins bien que le glucose au contact du sang à 39°.

Le paradoxe dont je parlais tout à l'heure s'explique en tenant compte d'un fait important, observé par Minkowski, à savoir qu'après l'ablation du pancréas, le foie est incapable de faire du glycogène avec du glucose, mais qu'il peut en faire avec le lévulose. Dès lors, la tolérance à l'égard de ce dernier sucre s'explique : il n'est pas *assimilé*, mais *transformé* et *emmagasiné*, au moins en partie. Grâce à cette transformation et à cet emmagasinement dans le foie, ce n'est qu'une fraction du lévulose ingéré qui pénètre dans la circulation artérielle, tandis que, chez la plupart des diabétiques, il n'en est pas de même du glucose qui arrive (grâce à la rapidité de sa résorption et à sa non-transformation en glycogène) à dose massive dans la grande circulation.

Etablissons la réalité de la transformation du lévulose en glycogène chez le chien privé de pancréas.

Minkowski (2) rapporte l'expérience suivante : chez un chien, après extirpation complète du pancréas, il s'établit un diabète intense, et le poids du corps tombe de 17 kilogrammes à 11 kilogrammes. Au bout de douze jours, n'ayant ingéré que 200 grammes d'hydrates de carbone, l'animal a excrété par l'urine 900 grammes de glucose. C'est à ce moment qu'en trois jours il reçoit 400 grammes de lévulose, dont la moitié environ passe dans l'urine à l'état de glucose. Après ces trois jours, on trouve dans le foie 8.14 % de glycogène, c'est-à-dire 46 gr. 32 centigr. pour le foie entier pesant 569 grammes. Dans l'ensemble de la musculature il y en avait probablement une quantité à peu près égale.

Ce qui donne à cette expérience une valeur décisive, c'est que chez d'autres chiens placés dans des conditions semblables, mais ayant reçu du glucose au lieu de lévulose, Minkowski a constaté que le foie ne renfermait que des *traces*, ou tout au moins des quantités très minimes, de glycogène, nullement comparables à celles qu'il a trouvées chez les chiens ayant ingéré du lévulose (3).

Il est donc hors de doute que le foie des animaux rendus diabétiques par l'ablation du pancréas a perdu plus ou moins le pouvoir d'emmagasiner le glucose à l'état de glycogène, tandis qu'il a conservé celui de transformer et d'emmagasiner le lévulose.

Les muscles ne paraissent pas capables d'utiliser le lévulose. Si à une grenouille privée de foie on injecte sous la peau une petite quantité de lévulose, il se produit de la lévulosurie (4) et il n'y a pas d'augmentation du glycogène musculaire (5).

III

L'intégrité du foie étant indispensable pour que le lévulose soit assimilé, on comprend que *tous* les diabétiques ne le tolèrent pas bien,

(1) E. Külz. Beiträge zur Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus. T. I, p. 130 et suiv. Marbourg, 1874.

(2) L'inuline donne, par hydrolyse, du lévulose, de même que l'amidon, dans les mêmes conditions, se transforme en glucose.

(3) Worm-Müller. Die Bestimmung des Traubenzuckers im Harn. (*Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1885, XXXV, p. 106.)

(4) Minkowski. Untersuchungen über den Diabetes mellitus nach Exstirpation des Pankreas. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1893, XXXI, 2-3, p. 154.)

(5) Von Leyden. Bemerkungen über Diabetes mellitus, *in* Verhandlungen der 15. Versammlung der balneologischen Gesellschaft. Berlin, 1893.

(6) Le professeur Naunyn a parfois remplacé cette dose de lévulose par 150 grammes de farine de topinambour renfermant 78 % d'inuline, soit 117 grammes.

(7) Naunyn. Der Diabetes mellitus, p. 134. Vienne, 1898.

(8) W. Hale White et K. Grube. Ueber die Anwendung der Lävulose bei Diabetes mellitus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1894, XXVI, 3-4, p. 332.)

(9) W. Hale White et K. Grube. (*Loc. cit.*, p. 340.)

(10) Bohland. Ueber den Einfluss der Lävulose auf die Traubenzuckerausscheidung bei Diabetes und über einige gegen denselben empfohlene Arzneimittel. (*Therap. Monatsh.*, août 1894, p. 877.)

(1) Haycraft. Lävulose bei Diabetikern; ihre theilweise Umwandlung in Glukose. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1894, XIX, p. 137.)

(2) P. Palma. Ueber die Verwertung der Lävulose und Maltose beim Diabetes mellitus. (*Zeitsch. f. Heilk.*, 1894, XV, p. 272.)

(3) De Renzi et Reale. Le lévulose dans le diabète; sa valeur comme agent d'épargne de l'albumine. (*Semaine Médicale*, 1896, p. 444) — Voir aussi mon article sur le « Traitement diététique du diabète. » (*Semaine Médicale*, 1898, p. 401.)

(4) H. Strauss. Ueber den Einfluss der verschiedenen Zuckerarten auf die Zuckerausscheidung beim Menschen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 et 9 mai 1898, p. 421.)

(5) Achard et Weil. Contribution à l'étude des sucres chez les diabétiques. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov. 1898, p. 837-838.)

(6) A. Ferrannini. Sul meccanismo d'utilizzazione del levulosio nei diabetici. (*Policlinico*, 1er nov. 1899.)

(7) Lépine. Faut-il permettre l'usage du sucre aux diabétiques? (*Semaine Médicale*, 1900, p. 425.)

(8) Je dis qu'il s'absorbera un peu *moins* de 25 grammes de glucose et de lévulose, parce qu'après l'hydrolyse du saccharose une petite quantité de ces deux sucres peut être détruite dans l'intestin avant d'être absorbée.

(9) F. Voit. Untersuchungen über das Verhalten verschiedener Zuckerarten im menschlichen Organismus nach subcutaner Injection. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1897, LVIII, 6, p. 533.)

(10) MM. Achard et Weil (*Loc. cit.*, p. 816) n'ont pas noté cette différence parce qu'ils se sont surtout préoccupés de montrer que *chez le diabétique* le lévulose est mieux utilisé que le glucose.

(11) J. Noé. Action de la bactéridie charbonneuse sur l'inuline. (*Compt. rend. et Mém. de la Soc. de biol.*, 1er déc. 1894, p. 750, et *Semaine Médicale*, 1894, p. 552) — La culture charbonneuse transforme seulement l'inuline en lévulose, comme elle transforme le glycogène en glucose.

(12) Roger. Recherches sur les variations de la glycogénie dans l'infection charbonneuse. (*Arch. de physiol.*, janv. 1894, p. 66.)

(1) P. Portier. Sur la glycolyse des différents sucres. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 24 déc. 1900.)

(2) Minkowski. (*Loc. cit.*, p. 131 et 165, expér. XVII.) — Je dois ici faire remarquer qu'il n'est pas démontré que l'ingestion d'*inuline* serait suivie d'une production de glycogène semblable à celle que donne le lévulose. — Nagaseko (*Amer. Journ. of Physiol.*, IV, 5, p. 143), à la vérité chez des lapins, n'a pas trouvé que cette substance augmentât le glycogène hépatique des animaux en inanition.

(3) Minkowski. (*Loc. cit.*, p. 162.)

(4) H. Sachs. Ueber die Bedeutung der Leber für die Verwerthung der verschiedenen Zuckerarten im Organismus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1899, XXXVIII, 1-2-3, p. 93.) — L'injection de la même dose de glucose serait parfaitement supportée.

(5) H. Sachs. Ueber das Verhalten der Glycogenbildung nach Lävulosezufuhr. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1900, XLI, 5-6, p. 438.) — L'injection de la même quantité de glucose aurait produit, au contraire, une augmentation très sensible du glycogène musculaire. Le glucose est donc *directement* assimilé par le muscle, non le lévulose.

car tous n'ont pas le foie sain. On comprend aussi que dans certaines affections hépatiques ou dans l'insuffisance fonctionnelle du foie, on provoque plus facilement une *glycurie* alimentaire avec le lévulose qu'avec le glucose.

J'avais récemment dans mon service une femme de cinquante-trois ans, entrée le 18 janvier avec un ictère d'une intensité extraordinaire ayant débuté deux mois auparavant et dû à l'imperméabilité absolue du canal cholédoque. Les selles étaient complètement décolorées (1).

Cette malade ne prenait que très peu d'aliments. Plusieurs fois je lui ai fait ingérer, le matin, 100 grammes de glucose pur, dans un demi-litre de tisane; *jamais* elle n'a eu de glycosurie consécutive. Je puis affirmer le fait, car la malade ne quittait pas son lit et toutes ses urines étaient exactement recueillies. Je lui ai fait alors ingérer, un jour, un demi-litre de liquide renfermant 80 grammes de lévulose et 20 grammes de glucose (2) : consécutivement il y a eu une lévulosurie très nette; plusieurs grammes de lévulose ont été éliminés (3). Quelques jours plus tard je lui ai administré, toujours dans un demi-litre de liquide, 150 grammes de glucose; pas de glycosurie; et, quelques jours après, la malade étant devenue de plus en plus cachectique, encore 150 grammes de glucose; pas de glycosurie. Deux jours plus tard elle succombait. A l'autopsie, le foie était très ictérique.

Ainsi, chez une malade profondément cachectique et dont le foie était en grande partie privé de ses fonctions, 80 grammes de lévulose ont provoqué une lévulosurie, tandis que 150 grammes de glucose n'ont pas amené de glycosurie. Ce dernier fait est d'accord avec l'observation de von Noorden et de H. Strauss, que l'ictère et diverses autres affections du foie ne sont pas des conditions favorables à la production de la glycosurie alimentaire. Il est également en harmonie avec le fait expérimental que chez les grenouilles privées de foie la tolérance pour le glucose est à peine diminuée (4). Enfin, la lévulosurie présentée par cette malade concorde parfaitement avec les recherches cliniques de H. Strauss (5).

On voit que nos idées sur la signification de la glycosurie alimentaire sont en train de se modifier. On a autrefois admis qu'elle est un bon signe d'insuffisance hépatique; puis Linossier et Roque (6) ont élevé des doutes à cet égard, et, tandis qu'en France Hanot (7) et Baylac (8) soutenaient l'opinion classique, en Allemagne, von Frerichs (9), von Noorden (10), Kraus et Ludwig (1), Bloch (2) et surtout H. Strauss (3) déniaient à ce phénomène toute valeur en séméiologie hépatique, ce qui était peut-être aller un peu loin (4).

Il est à noter qu'en Allemagne *toutes* les expériences de glycosurie alimentaire ont été faites avec du glucose, tandis que, dans notre pays, un certain nombre d'expérimentateurs, surtout il y a quelques années, employaient le saccharose, c'est-à-dire un mélange de glucose et de lévulose. Il n'est pas impossible que le sucre réducteur que renferme, dans ces conditions, l'urine de certains hépatiques soit surtout du lévulose et que souvent on fasse une épreuve de lévulosurie, sans le savoir (5). Quoi qu'il en soit, il résulte de ce qui précède que désormais c'est avec le lévulose qu'il faut explorer l'insuffisance hépatique (6); malheureusement ce sucre pur est d'un prix assez élevé. Le procédé indiqué plus haut en note (par la fermentation du miel) ne donne qu'un mélange de glucose et de lévulose, et il n'est pas très aisé de préparer soi-même le lévulose par la méthode chimique (7).

R. Lépine,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

(1) On percevait facilement à l'épigastre une tumeur de consistance ligneuse. Le diagnostic clinique avait été : *cancer hépatique avec oblitération du cholédoque;* il a été vérifié à l'autopsie.

(2) Ce liquide a été obtenu par M. Boulud, chef des travaux de mon laboratoire, en faisant fermenter une solution aqueuse de miel. On sait que la levure de bière attaque le glucose avant le lévulose. C'est ainsi qu'on peut débarrasser le miel de la plus grande partie du glucose. On titre alors la solution par le polarimètre et la liqueur de Fehling; une formule permet de trouver la proportion des deux sucres.

(3) La nature du sucre réducteur a été déterminée par la déviation polarimétrique à gauche et par la réaction de Selivanov.

(4) H. Strauss, cité par Bamberg. (*Thèse de Wurtzbourg*, 1898.)

(5) H. Strauss, cité par Sachs. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1899, XXXVIII, 1-2-3, p. 98.)

(6) Linossier et Roque. Contribution à l'étude de la glycosurie alimentaire; glycosurie alimentaire chez l'homme bien portant. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars 1895.)

(7) Hanot. Rapports de l'intestin et du foie en pathologie. (*Semaine Médicale*, 1895, p. 350.)

(8) Baylac. De la valeur de la glycosurie alimentaire dans le diagnostic de l'insuffisance hépatique. (*Compt. rend. et Mém. de la Soc. de biol.*, 11 déc. 1897, p. 1065.)

(9) Von Frerichs. Ueber den Diabetes, p. 43. Berlin, 1884.

(10) Von Noorden. Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. 2e éd., p. 20. Berlin, 1898; et 3e éd., p. 22. Berlin, 1901.

(1) Kraus et Ludwig. Klinische Beiträge zur alimentären Glycosurie. (*Wiener klin. Wochensch.*, 12 et 26 nov. 1891.)

(2) G. Bloch. Ueber alimentäre Glycosurie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1893, XXII, 4-5.)

(3) H. Strauss. Ueber den Einfluss der verschiedenen Zuckerarten auf die Zuckerausscheidung beim Menschen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 et 9 mai 1898, p. 112.)

(4) Voir Castaigne (*Compt. rend. de la Soc. de biol.*, 25 fév. 1899, p. 152, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 69), qui distingue, avec raison je crois, les ictères *bénins*, dans lesquels la glycosurie alimentaire fait défaut, et les ictères infectieux *graves* où elle existe. — Voir aussi : Escuyer. L'épreuve de la glycosurie alimentaire au cours des cirrhoses. (*Thèse de Paris*, 1899.)

(5) Il me paraît probable que chez les malades atteints de la variété d'insuffisance hépatique que vise la description de MM. Gilbert et Weil (*Semaine Médicale*, 1899, p. 385), on doit, par l'ingestion de saccharose, produire facilement la lévulosurie alimentaire.

(6) Ceci n'est qu'une indication générale. Il faut, de plus, dans cette exploration difficile, tenir compte de celles qui ont été données par MM. Achard et Castaigne dans leur mémoire sur « Les causes d'erreur dans l'épreuve de la glycosurie alimentaire ». (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 19 nov. 1897, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 436.)

(7) Voir sur la préparation du lévulose : Külz. (*Loc. cit.*, p. 131.)

MÉDECINE PRATIQUE

La tension intermittente de l'épigastre comme signe très précoce de sténose du pylore.

On connaît le signe décrit sous le nom d'*ondulation épigastrique* et qui n'est autre chose qu'une sorte de spasme clonique des tuniques musculaires de l'estomac luttant contre un obstacle pylorique. D'après l'expérience de M. le docteur L. Bouveret, médecin des hôpitaux de Lyon, on observerait, chez les sujets atteints d'un rétrécissement organique ou spasmodique du pylore, un autre phénomène qu'il conviendrait de distinguer d'avec l'ondulation épigastrique et qui, apparaissant d'ordinaire longtemps avant celle-ci, présenterait, par conséquent, une valeur diagnostique beaucoup plus considérable. Voici en quoi consiste ce nouveau symptôme de sténose pylorique, que notre confrère propose de désigner sous le nom de *tension intermittente de l'épigastre :*

Si, le malade étant couché et en résolution complète, on examine attentivement la région épigastrique, on voit que la partie tout à fait supérieure de cette région est asymétrique, plus saillante à gauche qu'à droite, sans que la limite inférieure de cette proéminence — qui est, d'ailleurs, plus ou moins variable comme degré — arrive jamais jusqu'à l'ombilic. Poussant plus loin l'examen, si l'on procède à la palpation de l'épigastre et qu'on ait soin de pratiquer cette manœuvre doucement, on ne tarde pas à éprouver une sensation de résistance ou de tension, d'autant plus nette qu'elle contraste avec la dépressibilité de l'hypocondre droit et de tout le reste de l'abdomen. Enfin, par la percussion on peut se rendre compte que cette tuméfaction, déjà appréciable à la vue et au toucher, se manifeste en outre par une sonorité dont l'intensité varie naturellement avec le degré de tension de la paroi du viscère.

A l'encontre de ce qu'on observe pour l'ondulation épigastrique, la tumeur formée par la tension intermittente des tuniques stomacales n'est jamais agitée de petites ondes. Elle ne se déplace ni à droite ni à gauche, mais elle s'affaisse tout d'un coup, sans laisser subsister la moindre trace d'asymétrie des deux moitiés de l'épigastre. Au bout de quelques instants, on voit se produire un nouveau soulèvement de la partie gauche de la région épigastrique, auquel succède bientôt après un nouvel affaissement. Ces alternatives, qui peuvent se continuer ainsi pendant un quart d'heure, produisent l'impression, à la vue et au toucher, d'un ballon de caoutchouc qu'on gonflerait et dégonflerait par le jeu d'une pompe foulante et aspirante.

Ainsi donc, bien que la tension intermittente de l'épigastre soit, tout comme l'ondulation épigastrique, une manifestation extérieure de l'exagération de la motilité gastrique, il est cependant facile de saisir la différence fondamentale qui sépare les deux phénomènes en question : l'ondulation correspond à un spasme clonique de la paroi gastrique, tandis que la tension intermittente en représente le spasme tonique. Au point de vue de la valeur diagnostique des deux symptômes, la différence n'est pas moins grande. Soit, par exemple, un cas de cancer du pylore : ce que l'on verra apparaître en premier lieu, c'est la tension intermittente de l'épigastre. On pourra l'observer à une époque où il n'y a pas encore de gastrectasie à proprement parler et où l'estomac ne présente qu'une rétention inconstante, variable d'un jour à l'autre. Par contre, c'est seulement au fur et à mesure que le syndrome de la sténose pylorique ira en s'accentuant que l'ondulation épigastrique entrera en scène et se substituera peu à peu à la tension intermittente. Fait curieux, à cette époque de transition, les deux signes peuvent même se combiner, la contraction exagérée de l'estomac débutant par un spasme tonique pour se continuer ensuite par une convulsion clonique.

Il convient de faire remarquer que la tension de l'épigastre est moins apparente que l'ondulation épigastrique : loin d'être assez prononcée pour frapper d'emblée le regard, elle demande au contraire à être recherchée. De plus, elle n'est marquée que dans les premières heures qui suivent l'ingestion des aliments, et on ne la provoque pas à l'aide de la succussion du tronc ou de la dépression brusque de la paroi abdominale avec la même facilité que l'ondulation épigastrique. Mais, étant donné ce que nous venons de dire sur la précocité du phénomène en question, on comprend que ces considérations ne sont pas de nature à en diminuer la portée pratique, et il n'en reste pas moins que la connaissance de ce signe pourra servir à établir le diagnostic de cancer du pylore à un moment où l'anorexie est peu prononcée et où il n'existe ni vomissement, ni tumeur apparente.

Un signe précurseur de la chorée.

La plupart des cliniciens admettent qu'au cours de la chorée les réflexes tendineux ne présentent pas de modifications constantes : ils pourraient rester normaux ou, au contraire, être tantôt exagérés, tantôt diminués, voire même complètement abolis. Or, un confrère anglais, M. le docteur W. Gordon (d'Exeter), a pu se rendre compte que dans nombre de cas de cette affection il existe une modification du réflexe rotulien assez caractéristique pour que, d'une façon générale, sa présence permette d'affirmer qu'il s'agit de chorée. Si, le patient étant couché, on soulève son genou en laissant re-

poser le talon sur le lit et en faisant relâcher tous les muscles du membre, et qu'on percute alors le tendon rotulien, le pied est projeté d'une manière plus ou moins brusque au-dessus du lit; puis, au lieu de retomber immédiatement, il reste pendant quelques instants comme suspendu pour revenir ensuite lentement à sa position initiale. Dans quelques cas, le phénomène n'est pas aussi net et se réduit simplement à une descente en quelque sorte paresseuse du pied à la suite de la contraction réflexe; d'autres fois, l'extrémité projetée en l'air commence à retomber mais se trouve, pour ainsi dire, arrêtée momentanément à mi-chemin et, fait singulier, on peut à cet instant-là voir se produire une nouvelle secousse, plus énergique même que la première. Enfin, le réflexe peut d'emblée se transformer en une extension plus ou moins persistante et, en apparence, volontaire du membre. Dans les cas d'hémichorée, ces manifestations ne s'observent que du côté malade.

Bien que le diagnostic de la chorée confirmée n'offre, en général, aucune difficulté, le phénomène signalé par notre confrère mérite cependant d'attirer l'attention, car, paraissant exister de très bonne heure, il serait susceptible, le cas échéant, de mettre le praticien sur la voie du diagnostic, alors qu'on ne se trouve encore en présence que de symptômes tout à fait vagues. C'est ainsi que M. Gordon a pu établir, en se basant sur l'existence du réflexe en question, le diagnostic précoce de chorée, vérifié par le succès d'un traitement approprié, chez un petit garçon qui ne présentait qu'une certaine faiblesse des membres inférieurs, ses genoux fléchissant brusquement de temps à autre et amenant ainsi une chute.

Ajoutons qu'un autre médecin anglais, M. le docteur Peacocke (de Dublin) a également été à même de se rendre compte de la valeur diagnostique de cette forme anormale du réflexe rotulien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 avril 1901.

Des kératomycoses.

M. Panas lit, à l'occasion d'un travail de M. Collomb (de Genève) sur un cas d'infection cornéenne due à l'*Aspergillus fumigatus*, un rapport dont voici le résumé :

Les observations de kératomycoses sont jusqu'ici assez rares; on n'en connaît que 8, y compris celle de M. Collomb. Presque toujours il s'agit d'hommes jeunes qui incriminent la pénétration dans leurs yeux de poussières provenant du sol, de sacs de cacao, etc.

L'ulcère cornéen à hypopyon typique, qui pourrait être confondu avec cette affection, survient au contraire le plus souvent, pour ne pas dire toujours, chez des vieillards dont la conjonctive et les voies lacrymales sont le siège d'inflammations chroniques.

Dans la kératomycose, l'ulcère occupe le milieu de la cornée et contient à son centre une sorte de bourbillon gris jaunâtre, cohérent et difficile à détacher. Son élimination est lente et l'on n'observe, en dehors du sillon de séparation, aucune fusée rappelant l'ulcère serpigineux.

Bien que les douleurs soient excessivement vives, le pronostic de cette affection est bien moins grave que celui de l'*ulcus serpens* hypopyonique à pneumocoques, car jamais elle ne s'accompagne de fonte purulente ou de phtisie du globe oculaire. Le seul côté véritablement fâcheux de la kératomycose, c'est de laisser subsister un leucome plus ou moins étendu au centre de la cornée.

Du rôle des oxyures vermiculaires dans le développement de l'appendicite.

M. Moty (médecin militaire) lit une note sur la présence fréquente d'oxyures vermiculaires dans les appendices qu'il a réséqués. Pour reconnaître l'existence de ces nématodes, il est nécessaire d'ouvrir l'appendice immédiatement après l'opération et de ne pas le laver. En procédant ainsi, on obtient vivants les parasites que l'eau froide tue et déforme immédiatement.

Dans trois cas sur cinq, parmi les derniers malades que l'auteur a opérés, les oxyures paraissent avoir été l'unique cause d'appendicites graves dont l'étiologie était restée obscure.

Il résulte de ces faits qu'il faut prescrire les purgatifs parasiticides toutes les fois qu'il s'agit d'appendicite paraissant liée à la présence de vers intestinaux.

Corps étranger métallique de la bronche gauche extrait au moyen de l'électro-aimant.

M. Piéchaud (de Bordeaux) communique l'observation d'un enfant de trois ans qui avait avalé par mégarde un clou en fer de 2 centim. 1/2. La radioscopie ayant permis de constater que ce corps étranger était fixé dans la bronche gauche, on pratiqua, au niveau de la trachée, une incision par laquelle on put faire arriver une tige métallique à proximité du corps étranger. Cela fait, on mit l'extrémité libre de cette tige en contact avec un électro-aimant puissant; en retirant ensuite doucement la tige, on put amener à l'extérieur le clou fixé dans la bronche. Le petit malade est aujourd'hui complètement rétabli.

Fracture de l'humérus guérie par le massage.

M. Lucas-Championnière montre une femme de trente-huit ans qui a été atteinte d'une fracture siégeant à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de l'humérus gauche et qui a été traitée par la mobilisation sans appareil.

A la suite du massage, la douleur, qui était très vive, a disparu ainsi que la contracture, le chevauchement des fragments a beaucoup diminué et actuellement, c'est-à-dire trente-huit jours après l'accident, la consolidation est parfaite et le membre a recouvré tous ses mouvements.

A propos de la prophylaxie de la tuberculose.

M. Lancereaux donne lecture d'un travail sur la *prophylaxie de la tuberculose*, dans lequel il préconise, d'un côté, la lutte contre l'alcoolisme par la prohibition absolue des apéritifs, la réglementation des débits de boissons, etc., et, d'un autre côté, un ensemble de mesures législatives et administratives destinées à assurer un cube d'air suffisant aussi bien dans les habitations privées que dans les ateliers, pensionnats, casernes, etc.

M. Bureau lit un travail *sur les strychnos africains et les plantes servant à empoisonner les armes en Afrique.*

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 mars 1901.

Origine des eaux thermales sulfureuses.

M. A. Gautier. — Les diverses hypothèses que l'on a émises pour expliquer la provenance des minéraux contenus dans les eaux thermales sont insuffisantes; il en est ainsi, notamment, en ce qui concerne les eaux sulfureuses.

Or, j'ai pu m'assurer que quand on épuise de la poudre de granit par de l'eau froide, la liqueur ainsi obtenue ne renferme pas trace de sulfures alcalins ou alcalino-terreux. Au contraire, si on chauffe à 250° ou 300°, dans un tube scellé, ce même granit pulvérisé avec son poids d'eau, on obtient une véritable eau sulfureuse artificielle, comparable, par sa composition, aux eaux pyrénéennes, mais plus concentrée.

Voici comment j'explique la série des phénomènes qui se passent en pareil cas :

A une température suffisante, les gaz qui se forment dans les roches ignées, en particulier les gaz carburés et sulfurés, réagissent sur les matériaux de ces roches, et substituent une petite quantité de soufre à l'oxygène des silicates; il se forme ainsi des sulfosilicates, lesquels sont décomposables par l'eau chaude qui se charge alors de sulfures solubles. J'ai pu reproduire expérimentalement cette réaction : chaque fois que des silicates sont chauffés avec des matières pouvant donner du soufre, au rouge, dans un milieu réducteur, on obtient des sulfosilicates décomposables par l'eau entre 200° et 300°.

Sur un parasite observé chez des syphilitiques.

M. H. Stassano. — J'ai constaté, dans la sérosité sanguinolente retirée par ponction du ganglion satellite des chancres syphilitiques, la présence de corps mobiles paraissant être des infusoires flagellés du groupe des monadines. Ces parasites, ronds, ovoïdes ou pyriformes, sont munis de deux *flagella* tout droits à l'un des pôles, et d'un *flagellum* plus long et flexueux à l'autre pôle; je suis parvenu sur quelques individus à mettre en évidence un noyau.

Ces protozoaires sont, en majorité, libres parmi les cellules et les leucocytes du tissu lymphatique; certains, cependant, sont fixés sur les hématies qui traversent le ganglion. Ils pénètrent ainsi dans la circulation, mais à la première période de la syphilis ils y sont peu nombreux, et on les trouve presque exclusivement dans le sang retiré au niveau du premier territoire lymphatique contagionné. Puis ils envahissent peu à peu la grande circulation et présentent alors une phase très active de multiplication par bourgeonnement.

Les individus ainsi formés restent d'abord réunis en amas; à une phase plus avancée de l'infection (en pleine éruption), ils se détachent les uns des autres et se fixent aux hématies; ils grandissent en même temps et s'allongent à leurs deux extrémités, ce qui leur donne l'apparence de trypanosomes, lesquels s'attachent également, comme on le sait, aux globules rouges.

Je n'ai pu suivre complètement le cycle évolutif de cet infusoire, mais je dois déclarer que, chez les malades que j'ai observés, il ne s'est montré qu'au moment précis des exanthèmes et a disparu avec les améliorations spontanées ou dues au traitement.

Les conditions biologiques de ce parasite expliquent parfaitement la diminution du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine que l'on observe à chaque poussée nouvelle de la syphilis, ainsi que l'extrême fragilité, signalée par Murri, des globules rouges des syphilitiques.

Courbes d'ascension thermique.

M. S. Leduc. — On peut établir des courbes d'ascension thermique en portant les températures successives en ordonnées et les temps en abscisses. La différence entre deux températures, divisée par la durée de l'ascension, donne la vitesse moyenne entre ces deux températures.

Cette vitesse de l'ascension thermique est proportionnelle à la quantité de chaleur perdue par le sujet; elle est également en rapport direct avec la conductibilité calorifique de la peau, ou en rapport inverse avec la résistance de celle-ci au passage de la chaleur.

Au point de vue du diagnostic, l'étude de ces courbes peut fournir des données très utiles, notamment en ce qui concerne la tuberculose au début; en effet, la vitesse d'ascension est toujours très grande chez les tuberculeux; elle est, au contraire, très faible chez les goutteux. Ces particularités sont dues à ce que la température s'élève d'autant plus vite que l'intensité des combustions organiques est plus grande; aussi les courbes en question permettent-elles d'apprécier parfaitement l'état des échanges organiques.

Conduction nerveuse et conduction musculaire des excitations électriques.

M. A. Charpentier. — J'ai pu m'assurer qu'en excitant électriquement un faisceau musculaire, il se produit une onde électrique cheminant dans le muscle avec une vitesse très modérée (de 3 à 6 mètres par seconde); mais, en même temps, on observe une propagation plus rapide (de 20 à 29 mètres à la seconde), tout à fait analogue à la transmission nerveuse que j'ai étudiée récemment (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 68). Ce phénomène est dû à la présence des filets nerveux dissociés, très nombreux, qui se distribuent aux fibres musculaires; ces filets manifestent donc les mêmes

propriétés que les troncs nerveux complets au point de vue anatomique. On en peut conclure que ce mode de propagation de l'onde électrique caractérise non pas seulement le nerf, mais la substance nerveuse en général.

M. A. Nodon adresse une note de laquelle il résulte que l'on peut produire des rayons X dans l'air, en dehors du vide de Crookes, sous l'influence simultanée de radiations ultra-violettes et d'un champ électrique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mars 1901.

A propos de la médiastinotomie antérieure.

M. Quénu. — J'admets parfaitement la légitimité d'une intervention, si grave qu'elle puisse être, pour l'extraction des corps étrangers des voies aériennes lorsqu'ils provoquent des accidents sérieux et n'ont pu être enlevés par les voies naturelles. Mais en ce qui concerne le procédé opératoire qu'il convient d'employer pour atteindre la bifurcation de la trachée et les bronches, je ne suis pas d'accord avec M. Ricard, qui nous a exposé dans la dernière séance la technique suivie par lui pour tenter, par la voie médiastinale antérieure, l'extraction d'une canule arrêtée au niveau de la bifurcation de la trachée et de l'origine de la bronche droite (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 99).

D'après les expériences que j'ai faites à ce propos sur le cadavre, je crois, en effet, que la médiastinotomie postérieure, avec résection costale, doit être préférée à la voie antérieure; au point de vue vasculaire, on ne rencontre que la crosse de l'azygos, car je ne parle pas, bien entendu, des vaisseaux intercostaux; malgré la profondeur de la plaie, il est facile de sentir les bords postérieurs des cartilages de la trachée et des bronches, et, d'autre part, la palpation faite au niveau de la face postérieure, molle, du conduit aérien, permet de déterminer sans difficulté le siège du corps étranger, tandis que, par la médiastinotomie antérieure, M. Ricard a échoué dans cette exploration. L'incision faite directement sur le corps étranger permettra son extraction immédiate.

M. Poirier. — En 1896, j'ai dû opérer d'urgence, par la voie antérieure, un homme atteint d'un sarcome du médiastin qui donnait lieu à des accidents d'asphyxie très graves. Je pus sans trop de difficultés réséquer la poignée du sternum et enlever une grande partie de la tumeur, mais il existait un prolongement inférieur qui me força à réséquer également une partie du corps du sternum; malheureusement, l'extirpation du néoplasme resta incomplète en raison de sa diffusion. Le malade ne retira pas moins un bénéfice immédiat de mon intervention, au point de vue des troubles respiratoires: après sa guérison opératoire, il put retourner dans son pays, où il a succombé à l'extension néoplasique.

M. Tuffier. — Je me demande si, en cas de corps étranger de la trachée ou des bronches, il n'y aurait pas lieu de pratiquer l'extraction en se guidant constamment d'après l'image radioscopique projetée sur l'écran.

De l'intervention chirurgicale dans le traitement de la septicémie puerpérale.

M. Rochard. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une communication que M. Faure nous a faite au cours de notre discussion sur le traitement de la septicémie puerpérale par l'hystérectomie (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 76, 84 et 93). Notre confrère a opéré 7 femmes atteintes d'infection puerpérale, et toutes les 7 par la voie vaginale dont il est partisan convaincu. Pour éviter les difficultés que crée la friabilité de l'utérus, M. Faure recommande l'emploi de pinces à kyste, au lieu des pinces à abaissement dont on se sert habituellement; grâce à cette précaution, il a pu terminer ses interventions en un temps très court, qui a varié de quatre à quinze minutes. Six de ses malades ont été opérées pour ainsi dire *in extremis*, et l'hystérectomie n'a pu les sauver, mais la septième, opérée moins tardivement, a parfaitement guéri.

M. Broca fait un rapport sur deux cas de spina-bifida opérés, l'un par M. Le Toux (de Vannes), l'autre par M. Gervais de Rouville (de Montpellier).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 mars 1901.

Les suites éloignées de la méningite cérébro-spinale épidémique.

M. Netter. — Au cours de la dernière séance, M. Chauffard a appelé l'attention sur le point de savoir si une méningite cérébro-spinale terminée par guérison pouvait être suivie d'accidents éloignés, en d'autres termes si le pronostic à longue distance de cette affection était aussi favorable que son pronostic immédiat.

On pourrait résoudre cette question en s'adressant aux relations des épidémies antérieures qui montrent que, chez beaucoup de sujets, la guérison est restée complète et définitive, tandis que chez d'autres la méningite a été suivie de troubles persistants de la vue ou de l'ouïe, de paralysies, d'atrophies, de contractures, de modifications de l'intelligence, etc. Mais il vaut mieux faire appel, je crois, à nos observations personnelles, et surtout à celles où l'existence d'un épanchement purulent a été vérifiée par la ponction lombaire.

En mai 1900, j'ai rapporté ici l'histoire de sept malades guéris (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 172); trois d'entre eux ont été perdus de vue, mais j'ai eu l'occasion d'examiner récemment les quatre autres, et chez tous j'ai constaté l'intégrité complète de l'appareil cérébro-spinal. Depuis lors, j'ai observé trois nouveaux cas de méningite cérébro-spinale, aux mois de juin, juillet et août 1900; jusqu'à présent, la guérison de ces nouveaux malades ne s'est pas démentie.

Voici donc 7 observations dans lesquelles nous pouvons affirmer que la guérison s'est maintenue d'une façon parfaite pendant une série de mois.

Cette intégrité de l'appareil cérébro-spinal, alors qu'il a existé des lésions suppuratives graves des méninges, n'a rien, du reste, de surprenant, si nous la rapprochons de ce que l'on observe chez les sujets qui ont guéri d'une pleurésie purulente.

Toutefois, entre les cas aboutissant à la guérison complète et ceux qui se terminent par la mort, il en est où la méningite est suivie de désordres persistants plus ou moins graves; mais, dans mes observations, ces complications sont survenues au cours même de la période aiguë et ont toujours manifesté une tendance marquée à l'amélioration au fur et à mesure qu'on s'éloignait du début de l'affection.

J'ai déjà signalé le cas d'un enfant de quatre ans, chez lequel est survenue une surdité labyrinthique s'étant, comme il est de règle à cet âge, transformée en surdi-mutité. Les faits de ce genre ne sont pas exceptionnels. J'ai rapporté également l'histoire d'une enfant qui a eu une hémiplégie avec aphasie au cours d'une méningite cérébro-spinale. Je puis y joindre celle d'une fillette qui devint paraplégique au cours de sa méningite et dont l'un des membres inférieurs est resté affaibli et atrophié. Enfin, j'ai vu récemment une paralysie incomplète avec atrophie du muscle grand dentelé survenir dans les mêmes conditions.

M. Souques communique, au nom de MM. Labbé et Castaigne, deux cas de méningite cérébro-spinale terminés par guérison. La ponction lombaire, pratiquée à plusieurs reprises, permit de constater la disparition des éléments leucocytaires au moment de la guérison; celle-ci fut donc complète non seulement au point de vue clinique, mais aussi au point de vue de la formule histologique du liquide céphalo-rachidien.

Dilatation aiguë du cœur au cours du rhumatisme polyarticulaire aigu.

M. Pierre Teissier. — J'ai pu observer chez deux malades (une jeune fille de dix-sept ans et une femme de trente ans) une dilatation aiguë du cœur survenue pendant une atteinte de rhumatisme polyarticulaire aigu.

Cette dilatation se différencie d'avec les dilatations cardiaques déjà étudiées au cours ou à la suite du rhumatisme, par l'absence complète, durant l'évolution de la crise rhumatismale, de toute lésion endopéricardique cliniquement appréciable et de toute cause susceptible de réagir par voie mécanique ou réflexe sur le cœur. J'ajoute que la première malade n'avait eu comme affection antérieure qu'une fièvre typhoïde non compliquée sept ans auparavant, et que la seconde comptait comme seuls antécédents trois atteintes de rhumatisme polyarticulaire aigu.

Chez ces deux femmes, le diagnostic de dilatation du cœur intéressant plus particulièrement les cavités droites s'est imposé de par la déformation et l'agrandissement de la surface de matité, de par la constatation d'un choc diastolique (protodiastolique dans un cas, présystolique dans l'autre) et de par une légère exagération de fréquence du pouls, sans autres troubles de la circulation périphérique.

La pathogénie exacte de ces dilatations est d'appréciation difficile. S'agit-il d'un simple trouble fonctionnel du myocarde par défaut d'innervation ou de circulation intracardiaque, sans lésions structurales? A-t-on affaire, au contraire, à la myocardite aiguë parenchymateuse rhumatismale que les observations de Weil et Barjon, de Bard, de Bouchot, de Henschen, de Merklen et Rabé nous ont fait connaître? Je n'oserais pour ma part conclure. Je ne crois pas toutefois que l'on soit autorisé à admettre plutôt le trouble fonctionnel en se basant sur cette seule raison que la dilatation du cœur a évolué sans suites fâcheuses pour les malades.

Quelque idée que l'on ait de ces faits, il était intéressant de les relever, car ils nous montrent que la dilatation aiguë du cœur, au cours du rhumatisme articulaire aigu, doit être recherchée en dehors de toute lésion endopéricardique. Cette notion peut avoir une certaine valeur au point de vue du pronostic immédiat ou éloigné des rhumatisants et des cardiaques rhumatisants.

M. Barié. — Aux observations que vient de nous communiquer M. Teissier, je puis en ajouter deux autres.

L'une a déjà été publiée dans la *Semaine Médicale* (31 janvier 1900). Il s'agit d'un malade atteint pour la première fois, mais très sévèrement, de rhumatisme articulaire aigu, chez lequel survint, vers le cinquième jour, une endocardite aiguë qui prit rapidement un caractère de malignité extrême; le patient succomba huit jours après son admission à l'hôpital, la maladie ayant duré quinze jours à peine. A l'autopsie, nous trouvâmes une endocardite mitrale récente, de la *dilatation aiguë du ventricule gauche avec altération du myocarde* et diverses lésions consécutives à la cardiopathie.

L'autre concerne un homme d'une trentaine d'années qui entra à l'hôpital pour une seconde attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu, avec fièvre intense. Vers la fin du premier septénaire, ce malade se plaignit d'oppression et d'un peu de gêne précordiale; le pouls, toujours fréquent (106 pulsations), devint filiforme en même temps qu'on nota l'apparition d'une très légère cyanose des doigts, des orteils et de la région malaire et une ischurie manifeste, avec traces d'albumine dans les urines. Le cœur battait très fréquemment, avec quelques faux pas; les bruits étaient un peu assourdis; toutefois on ne constatait ni bruit de souffle, ni rythme de galop. Mais ce qui nous frappa, ce fut le changement notable des dimensions de la matité cardiaque; celle-ci, qui mesurait 92 centimètres carrés les premiers jours, atteignit 104 centimètres carrés.

Sous l'influence du traitement digitalique et du régime lacté exclusif, les accidents s'amendèrent rapidement, et cinq semaines après son admission le malade quittait l'hôpital complètement guéri: le cœur n'accusait aucun trouble appréciable à l'auscultation, mais son aire de matité était restée un peu supérieure à la normale: elle était de 96 cent. carrés.

Ainsi donc, dans le premier cas la dilatation aiguë du cœur coïncida avec une endomyocardite vérifiée à l'autopsie; dans le second, on ne saurait affirmer qu'il y ait eu des altérations du myocarde, mais on peut dire sûrement que le cœur a fléchi et qu'il s'est produit, sous l'influence du rhumatisme polyarticulaire aigu, une insuffisance temporaire du muscle cardiaque suivie de dilatation aiguë du cœur.

Variole des nouveau-nés.

M. Roger. — J'ai eu l'occasion d'observer onze femmes enceintes et atteintes de variole, qui ont accouché à terme ou près du terme.

Les nouveau-nés, au premier abord, paraissaient normaux, mais, en prenant leur température, on constata qu'ils étaient tous hypothermiques. En effet, le thermomètre introduit dans le rectum ne monta jamais à 37° : le plus souvent il restait au-dessous de 36°; dans quelques cas il tomba à 31°, 30° et même 28°. Trois de ces enfants succombèrent quatre, six et onze jours après leur naissance, n'ayant eu pour tout symptôme que de l'hypothermie et de l'ictère; un autre présenta en plus, la veille de sa mort, une éruption scarlatiniforme.

Dans les 7 autres cas, l'évolution fut plus complète et aboutit au développement d'une éruption variolique. Celle-ci fut précédée généralement d'une élévation de la température, qui atteignait ou dépassait le chiffre normal. On constatait, le lendemain, quatre ou cinq papules qui se remplissaient d'une petite quantité de liquide louche et se desséchaient rapidement. La mort survenait deux à trois jours plus tard avec des températures fort basses. Dans un cas, le thermomètre tomba, deux heures avant le décès, à 27°.

Cependant l'évolution des éléments éruptifs peut se faire chez le nouveau-né comme chez l'adulte. C'est ainsi que deux fois les papules subirent une véritable transformation purulente.

Malgré sa gravité, la maladie n'est pas forcément mortelle, car un enfant a guéri après avoir eu une température centrale de 35°.

Le traitement de la sciatique par l'injection intra-arachnoïdienne de doses minimes de cocaïne.

M. Marie communique, en son nom et au nom de M. Guillain, l'observation d'un homme de trente-cinq ans, atteint depuis huit jours d'une sciatique de moyenne intensité avec signe de Lasègue bien caractérisé, chez lequel on a pratiqué le 26 mars une injection intra-arachnoïdienne de 0 gr. 005 milligr. de cocaïne en solution stérilisée à 1 %. Six minutes après cette injection, la douleur avait complètement disparu, et il ne restait plus que quelques vestiges du signe de Lasègue; le soir, à quatre heures et demie, la névralgie revint, mais peu prononcée, et depuis elle ne s'est pas reproduite.

M. Troisier. — Dans un cas de sciatique très douloureuse, M. Sicard a injecté dans l'espace sous-arachnoïdien lombaire 4 c.c. de sérum physiologique ne contenant aucune trace de cocaïne. L'effet sédatif fut à peu près immédiat, et, depuis plus de trois semaines, les douleurs très vives ont fait place à un léger engourdissement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 mars 1901.

Les causes de la splénomégalie dans les cirrhoses biliaires.

MM. Gilbert et P. Lereboullet. — L'hypertrophie considérable de la rate dans les cirrhoses biliaires semble due à deux causes superposées : l'infection et la congestion passive.

Cette dernière est rendue manifeste par l'existence du syndrome de l'hypertension portale à l'état d'ébauche (urines retardées, hémorrhagies gastro-intestinales, circulation collatérale fréquente, ascite terminale) et aussi par la facilité avec laquelle la splénomégalie rétrocède — au point de diminuer parfois de plus de moitié — sous l'influence d'hémorrhagies gastro-intestinales. Mais l'infection intervient également, et il semble nécessaire, vu le caractère nettement secondaire de la splénomégalie, vu la fréquence et l'intensité avec laquelle celle-ci survient au cours des angiocholites, d'admettre une infection directe de la rate, sous la dépendance de l'infection biliaire primitive.

A côté de ces preuves cliniques, cette double pathogénie est encore démontrée par certaines angiocholites expérimentales où l'on voit se produire une hypertrophie splénique manifeste. Il est vraisemblable que c'est la veine splénique qui constitue la voie de cette infection; même à l'état physiologique, il y a, à certains moments, stase sanguine dans cette veine, comme le prouve la tuméfaction splénique dans la période digestive. Du fait de la congestion passive, cette stase est ici plus évidente et l'on conçoit que, grâce à elle, des microorganismes doués de mobilité puissent refluer du foie jusqu'à la rate. La veine splénique jouerait donc vis-à-vis de la rate le rôle de voie d'apport des germes, tout comme la veine sus-hépatique par rapport au foie.

Sur les lésions des centres nerveux consécutives à l'élongation des nerfs périphériques et crâniens.

M. G. Marinesco. — La connaissance précise des modifications des centres nerveux que produit l'élongation est intéressante au double point de vue de l'histologie pure et des applications chirurgicales.

En pratiquant l'élongation progressive, et prolongée pendant quelques secondes, des nerfs hypoglosse et sciatique chez le chien, nous avons constaté, au niveau du point d'application de la traction et dans les centres d'origine des nerfs en question, des lésions variables avec l'intensité et la durée de l'élongation.

Tant que la force de la traction ne dépasse pas certaines limites (de 2 ½ à 4 kilogrammètres pour l'hypoglosse), les altérations sont peu graves et demeurent susceptibles de réparation. Dans ces conditions, on trouve, au point où la traction a été effectuée, des lésions dégénératives du nerf relevant de la dégénérescence traumatique; ces lésions sont le plus accusées au niveau du point d'application de la force; elles disparaissent assez vite au-dessus, tandis qu'elles sont évidentes au-dessous. Elles affectent surtout la périphérie du cordon nerveux; la myéline est fragmentée et réduite en grosses boules, ou présente les signes de la dégénérescence granuleuse; le cylindraxe est plus ou moins altéré et les noyaux de la gaine de Schwann sont multipliés. Si la compression exercée au niveau de l'élongation est plus forte, la dégénérescence ne se borne pas seulement aux couches superficielles du nerf, mais elle intéresse aussi les couches plus profondes.

Les modifications que subissent les cellules nerveuses sont en rapport avec le degré et la durée de l'élongation. Lorsqu'il s'agit d'une traction légère, c'est à peine si l'on voit dans les cellules une tuméfaction du corps cellulaire accompagnée d'une dissolution peu prononcée de la substance chromatique. L'aspect change quand l'élongation a été assez intense pour déterminer, sur le nerf lui-même, de la dégénérescence traumatique : on peut dire, d'une manière générale, que plus cette dégénérescence est prononcée, plus les lésions des centres nerveux correspondants sont caractéristiques. Dans les cas où la dégénérescence du nerf hypoglosse est limitée à sa périphérie, les cellules du noyau de ce nerf présentent des phénomènes de réaction analogues à ceux que provoque la section du nerf (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 7), avec cette différence toutefois que, dans le cas qui nous occupe, les lésions affectent plus particulièrement les cellules situées à la périphérie du noyau. Les cellules centrales, elles aussi, sont altérées, mais la dissolution de la substance chromatique y est moins accusée et le noyau reste à peu près central. En d'autres termes, les éléments périphériques sont en état de chromatolyse périnucléaire avec émigration du noyau, tandis que les cellules centrales présentent de la dissolution chromatique.

Propriétés hématolytiques de la première urine émise par le nouveau-né

MM. Sabrazès et Fauquet (de Bordeaux). — L'un de nous a montré récemment que, sous l'influence du régime lacté absolu — naturel (allaitement) ou artificiel —, l'urine acquiert la propriété de dissoudre les globules rouges (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 85). Mais à la naissance, alors que le nouveau-né n'a pas encore pris le sein et qu'il n a ingéré aucun aliment, l'urine est-elle hématolytique? Pour résoudre cette question, nous avons examiné la première urine émise par le nouveau-né après l'accouchement; c'est un liquide transparent, d'aspect aqueux, parfois légèrement citrin, de réaction neutre ou très faiblement alcaline, dont la quantité oscille entre 5 et 6 c.c.; cette urine est très pauvre en urée (moins de 0 gr. 50 centigr. par litre); elle ne contient pas d'albumine; le taux des chlorures y varie de 1 gr. 20 centigr. à 2 gr. 50 centigr. par litre, celui des phosphates est voisin de 0 gr. 35 centigr.; le point de congélation oscille entre — 0.18 et — 0.22. Nous avons examiné cette première urine chez trois nouveau-nés issus de mères normales et non soumises au régime lacté, et eux-mêmes normaux : dans ces trois cas, les globules rouges introduits dans l'urine ont immédiatement cédé leur hémoglobine; l'hématolyse a été complète.

Ainsi, en dehors des sujets, enfants ou adultes, nourris exclusivement de lait, seul le nouveau-né, immédiatement après l'accouchement — et cela en dehors de toute influence alimentaire —, excrète de l'urine douée de propriétés hématolytiques.

De l'élimination du salicylate de soude par la bile.

M. Linossier. — J'ai soumis des chiens à une médication intensive par le salicylate de soude et, après les avoir sacrifiés en plein traitement, j'ai dosé l'acide salicylique dans l'urine, le sang, le tissu hépatique et la bile. Dans ce dernier liquide, la teneur en acide salicylique fut toujours supérieure à 0.16 ‰; dans un cas où il existait des troubles de la sécrétion urinaire, elle atteignait même 0.35 ‰. Dans le foie, la proportion du même acide était comprise entre 0.05 et 0.06 ‰.

La fixation de l'acide salicylique par le tissu hépatique permet d'espérer de ce médicament une influence spéciale sur le foie; mais son élimination par la bile est insuffisante pour qu'on puisse lui attribuer une action antiseptique directe importante. J'ai pu constater, en effet, que la putréfaction de la bile de bœuf n'est entravée notablement *in vitro* que si on y ajoute 1 % de salicylate de soude, c'est-à-dire une quantité plus de 25 fois supérieure à celle qui peut être éliminée au maximum par la bile, d'après mes expériences.

Le liquide céphalo-rachidien dans le tétanos.

MM. Milian et Legros. — Nous avons eu récemment l'occasion de faire l'examen histologique du liquide céphalo-rachidien chez un malade atteint de tétanos non traumatique.

Ce liquide a conservé sa limpidité et sa fluidité habituelles pendant toute la durée de l'affection. A aucun moment, nous n'y avons constaté d'éléments figurés, ce qui permet de différencier le tétanos d'avec les méningites cérébro-spinales et peut permettre une application plus judicieuse de la médication antitétanique.

En outre, le liquide céphalo rachidien de ce sujet ne contenait aucun microbe décelable par les cultures aérobies ou anaérobies ou par l'inoculation.

Enfin, la toxine tétanique ne traverse pas les méninges, car l'inoculation à la souris, animal très sensible, de doses massives du liquide céphalo-rachidien de notre malade est restée absolument négative.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 20 mars 1901.

Le régime végétarien au Japon.

M. Baelz (de Tokio) fait, au sujet de la récente discussion sur le régime végétarien (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 77 et 87), une communication relative à l'alimentation des Japonais. Ce peuple est bien trop observateur, dit l'orateur, pour n'avoir pas reconnu que le régime carné convient parfaitement à l'homme; et, de fait, sur les côtes le poisson entre pour une bonne part dans l'alimentation; mais dans l'intérieur du pays, qui est très montagneux, on ne peut se procurer de poisson; d'autre part, le laitage fait défaut. Aussi des millions de Japonais se nourrissent-ils en majeure partie de végétaux, non par principe, mais par habitude et par nécessité.

M. Baelz fait remarquer que les recherches

classiques de Voit, qui ont porté sur le régime habituel en Europe, ont eu pour résultat de faire condamner tous les modes d'alimentation qui diffèrent de celui-ci. Cependant les Japonais, malgré la pauvreté en albumine et en graisse de leur nourriture ordinaire, sont dans un état de nutrition fort satisfaisant; chez les lutteurs, une certaine obésité est même de bon ton, ce qui prouve que les hydrates de carbone sont susceptibles de se transformer en graisse. Au total, l'orateur estime que les chiffres de Voit devraient être diminués de 20 à 30 %.

En ce qui concerne la manière d'apprécier la valeur d'un régime alimentaire, M. Baelz fait observer que les données de l'analyse chimique ne sont pas tout; il faut encore tenir compte de la sensation de fatigue dont s'accompagne la transformation en travail des calories fournies par les aliments, en d'autres termes, de la facilité, variable suivant le régime, du travail habituel. En réalité, un mode d'alimentation n'est bien supporté que s'il permet la même somme de travail qu'antérieurement, avec la même facilité, et sans perte de poids.

A ce sujet, l'orateur a fait l'expérience suivante : chaque jour pendant trois semaines, deux pousse-pousse l'ont traîné (il pèse 80 kilos) sur un parcours de 40 kilomètres; ils prenaient leur nourriture ordinaire, consistant en châtaignes, en racines et en autres substances végétales; ces aliments ne contenaient même pas la moitié de la quantité de graisse que Voit juge nécessaire; le déficit d'albuminoïdes y était de 20 à 40 %; naturellement les hydrates de carbone comblaient la différence. Au bout de deux semaines, l'un de ces individus avait le même poids qu'au début, l'autre avait gagné une demi-livre; M. Baelz leur donna alors de la viande en remplacement d'une certaine quantité d'hydrates de carbone; ils l'acceptèrent avec plaisir, mais, au bout de trois jours, ils demandèrent qu'on la leur supprimât, et, à la fin de l'expérience, ils déclarèrent qu'à ce moment là ils s'étaient sentis fatigués et ne pouvaient plus courir aussi bien. Ainsi, ces deux individus ont accompli ce travail colossal durant trois semaines, avec une alimentation qui est théoriquement insuffisante.

L'orateur cite encore l'exemple d'un pousse-pousse, également végétarien, qui a fait en courant les 110 kilomètres séparant Tokio de Nipo, en quatorze heures et demie; avec une voiture changeant six fois de chevaux, il ne faut qu'une demi-heure de moins pour accomplir ce trajet.

Mais c'est une erreur de croire, déclare M. Baelz, que l'on peut se mettre brusquement au régime végétarien; il faut, au contraire, s'y habituer très progressivement. En terminant, l'orateur attire l'attention sur un légume qui entre pour une bonne part dans l'alimentation des Japonais; c'est la graine de soya, qui contient deux fois plus d'albumine que la meilleure viande de bœuf, et renferme 20 % de graisse; il l'a employée avec succès chez des diabétiques.

Adénome malin du corps thyroïde.

M. Helbig communique, au nom de M. Israel, l'observation d'une femme de cinquante et un ans, qui présentait, il y a dix-sept ans, une tumeur grosse comme une noisette au niveau de la poignée du sternum. Dix ans plus tard, cette tumeur avait acquis le volume d'une pomme; elle était soulevée de battements dans tous les sens et diminuait de volume par la compression; on crut à un anévrysme de l'aorte ayant traversé le sternum, mais l'acupuncture permit de reconnaître l'intégrité de cet os.

La malade se fit recevoir à l'hôpital au mois de septembre dernier pour une fracture spontanée du fémur, siégeant à un travers de main au-dessus des condyles; on constata, à ce moment, que la tumeur sternale avait acquis les dimensions d'un poing d'adulte et que le lobe droit du corps thyroïde était atrophié; depuis trois ans étaient apparus les symptômes d'une myélite par compression (douleurs dorsales et lombaires, parésie des membres inférieurs, incontinence des réservoirs). La mort survint par infection urinaire.

L'autopsie et l'examen histologique montrèrent qu'il s'agissait de dégénérescence colloïde du corps thyroïde, avec métastases au niveau du sternum, de la septième vertèbre dorsale et du fémur. C'est là une forme rare de néoplasme bénin au point de vue microscopique, mais malin quant à son évolution.

D[r] VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 18 mars 1901.

Les troubles du langage dans la surdité.

M. Gutzmann. — La correction du langage est assurée par la comparaison entre les mots prononcés par le sujet et ceux qu'il entend autour de lui; cette comparaison est faite, d'abord, par l'ouïe, et aussi par le sens tactile, qui intervient non tant par la sensibilité musculaire de l'organe du langage que par la sensibilité au contact, laquelle renseigne sur la position de la langue dans chacun des mouvements qu'elle accomplit dans l'acte de parler.

Il suit de là que, selon l'importance relative, à ce point de vue, des sens auditif et tactile, la perte ou l'affaiblissement de l'ouïe a sur la correction du langage une influence très variable.

Le plus fréquent des troubles que l'on observe en pareille occurrence est la monotonie, résultant du manque d'alternance entre les sons élevés et bas, forts et faibles; parfois se produisent des changements brusques et sans motif dans la hauteur et l'intensité du débit; certains sourds parlent très haut; d'autres, au contraire, s'expriment à voix basse. Enfin, les sons primitifs sont modifiés, ce qui nuit beaucoup à la clarté du langage : les voyelles sont employées les unes pour les autres, les consonnes sont altérées, etc.

En ce qui concerne le traitement, le moyen le plus efficace consiste à apprendre au sujet à lire sur les lèvres de quelqu'un qui parle; par contre, je n'attache pas grande valeur aux exercices d'audition; en outre, on peut développer le sens tactile en recommandant à l'élève de placer une main sur son propre larynx et l'autre sur le larynx d'une personne qui parle; par ce procédé on arrive très bien à apprécier des différences ne dépassant pas une tierce.

M. Treitel estime qu'il y a deux phases successives dans les troubles de la parole chez les sourds : l'une où le patient parle bas, l'autre, au contraire, où, ayant perdu la capacité de contrôler l'intensité des sons, il élève beaucoup la voix. Dans la pathogénie de ces troubles, l'orateur fait jouer un certain rôle au facteur psychique. Quant au traitement, il accorde la préférence, contrairement à M. Gutzmann, aux exercices d'audition.

D[r] VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 30 mars 1901.

Sur quelques symptômes anormaux de la lithiase rénale.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Max. Sternberg** a appelé l'attention sur certaines formes atypiques de lithiase rénale : il s'agit de ces cas où des troubles gastro-intestinaux, tels que nausées, vomissements, anorexie, constipation, météorisme, douleurs gastriques, etc., l'emportent sur les symptômes rénaux. Le siège de la douleur, en pareille occurrence, donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic. Ainsi, chez plusieurs malades observés par l'orateur, elle occupait le dixième espace intercostal, chez d'autres le point de McBurney.

Ces accidents du côté du tube digestif disparaissent généralement avec la crise lithiasique; quelquefois, cependant, ils persistent dans les intervalles de calme, mais ils sont alors moins prononcés. Ils reconnaissent pour cause en partie un processus d'auto-intoxication ou une altération secondaire des organes de la digestion, en partie une irritation réflexe du nerf splanchnique ou d'autres nerfs intestinaux, irritation que traduit aussi l'élévation simultanée de la pression sanguine.

La localisation de la douleur au point de McBurney peut s'expliquer par le coude que forme l'uretère dans cette région; normalement, l'appendice vermiforme croise l'uretère, de telle sorte que lorsque celui-ci est douloureux à la pression, on est tenté d'admettre une affection appendiculaire.

M. J. Pál attribue également les symptômes gastro-intestinaux à une irritation du sympathique; il a observé fréquemment, en cas de lithiase, de la tachycardie et de l'arythmie dépendant de la même cause.

Thrombose veineuse consécutive à la fièvre typhoïde.

M. E. Schwarz a présenté un garçon de quatorze ans qui a été atteint, il y a plusieurs années, de fièvre typhoïde et, quelque temps après, d'un œdème des deux membres inférieurs qui disparut rapidement du côté gauche, mais persista très longtemps à droite où il reparut même à la suite d'un excès de marche. Il existe actuellement, à la face externe de tout le membre droit, un réseau veineux très développé, dont une partie aboutit à la veine mammaire interne par l'intermédiaire de l'épigastrique, tandis que l'autre se perd dans la région lombaire. L'orateur croit que ces accidents sont dus à une thrombose de la veine iliaque droite.

M. H. Schlesinger fait remarquer que, quoique l'œdème soit limité à un seul des membres inférieurs, il n'est pas impossible que l'oblitération réside dans la veine iliaque primitive, ou même dans la veine cave inférieure. On a, en effet, observé des faits où une telle altération n'avait produit que des troubles circulatoires unilatéraux.

Endothéliomes multiples de la moelle osseuse.

M. K. Sternberg a montré des pièces anatomiques provenant d'une femme de soixante-six ans ayant succombé avec tous les symptômes de l'anémie pernicieuse. A l'autopsie, on trouva dans la moelle des os longs et spongieux de petites nodosités blanches, formées d'un fin stroma peu vascularisé et de cellules vésiculeuses à noyau périphérique. Ces derniers éléments sont analogues à ceux qui ont été décrits par Krukenberg dans certaines tumeurs des ovaires. Il existait, en outre, dans les vaisseaux capillaires du foie et de la rate, de grands myéloplaxes. Le point de départ de ces néoplasies n'a pu être déterminé.

Lymphangiome caverneux récidivant du pharynx.

M. Weil a présenté une jeune fille atteinte, pour la quatrième fois depuis cinq ans, d'une tumeur du pharynx. L'examen histologique a permis de constater que les néoplasmes précédemment extirpés étaient constitués par un réseau de tissu fibreux dont les mailles étaient remplies de lymphe.

D[r] SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Contribution à l'étude du cancer de l'estomac,
par M. CH. BROQUET.

Dans sa thèse inaugurale, M. Broquet rend compte des résultats obtenus par M. le professeur Kocher (de Berne), dans le traitement de 52 cas de cancer de l'estomac, par la résection de cet organe.

Dans une première période, c'est à la méthode de Billroth — abouchement du duodénum au niveau de la suture stomacale même — que M. Kocher avait recours. Il employa ce procédé 15 fois, avec 6 guérisons et 9 décès. Mais, depuis 1886, il s'est servi de plus en plus fréquemment de sa méthode personnelle, consistant en l'implantation du duodénum dans la paroi postérieure de l'estomac après fermeture complète de la plaie gastrique. La résection pylorique avec gastro-jéjunostomie fut pratiquée chez 5 malades, dont 4 succombèrent, tandis que le procédé de M. Kocher, sur 32 cas, donna 5 décès seulement : 2 furent causés par une résection simultanée du pancréas, un par la gangrène du côlon transverse, un par l'emploi du bouton de Murphy et le dernier par une

péritonite consécutive au traitement de la plaie à ciel ouvert.

Quant au bouton de Murphy, on y eut recours 7 fois avec 2 décès qui doivent lui être imputés. Aussi M. Kocher en a-t-il complètement abandonné l'usage.

En ce qui concerne les résultats éloignés, l'auteur note 18 cas de mort par récidive après une survie ayant varié de cinq mois à trois ans; 16 malades, revus plus ou moins longtemps après l'intervention, étaient demeurés en bonne santé; parmi eux, 6 étaient opérés depuis plus de trois ans; chez une femme, l'intervention remontait même à dix ans.

A signaler cette remarque, intéressante au point de vue symptomatologique, que dans 6 cas on avait trouvé, avant l'opération, de l'acide chlorhydrique à l'état libre.

L'examen anatomo-pathologique démontra qu'il s'agissait 51 fois de cancer et une fois de sarcome : ce dernier cas concerne un homme de quarante ans, chez lequel l'analyse chimique du contenu stomacal révéla la présence d'acide chlorhydrique libre; il n'y avait pas d'acide lactique ni de bacilles filiformes; ce malade succomba plus tard à des métastases ganglionnaires rétropéritonéales. (*Thèse de Berne*, 1900.) — F. DE Q.

Fibrome utérin simulant une tumeur de la vessie, par M. E. LOUMEAU.

L'observation qui fait l'objet du présent travail est relative à une femme de trente-neuf ans, qui avait eu dès l'enfance des mictions tant soit peu douloureuses; il y a trois ans, on reconnut chez elle un petit polype uréthral sur le compte duquel on mit les troubles vésicaux, mais dont l'extirpation demeura sans résultats.

C'est alors que la malade vint consulter M. Loumeau; elle se plaignait de tiraillements constants dans la direction du canal, même pendant l'intervalle des mictions; celles ci étaient tantôt normales comme nombre, tantôt elles se reproduisaient toutes les dix à quinze minutes pendant la journée et forçaient la patiente à se relever cinq ou six fois dans la nuit; elles étaient provoquées, dans ce dernier cas, par de vives douleurs siégeant au col de la vessie et à l'hypogastre. Claires et limpides quand cette femme ne souffrait pas, les urines devenaient sanguinolentes lorsque les mictions étaient rapprochées et douloureuses; ces petites hématuries étaient terminales. Ajoutons que la malade avait toujours été bien réglée et que, quoique mariée, elle n'avait jamais eu de grossesse; la menstruation n'exerçait aucune influence sur les crises vésicales.

Le palper bimanuel permettait de constater l'existence d'une masse pâteuse, du volume d'une orange, occupant la région vésicale et remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le cystoscope faisait reconnaître, à la partie postéro-supérieure de la cavité vésicale, une volumineuse tumeur recouverte par la muqueuse; celle-ci était fortement congestionnée mais lisse et nullement hérissée de ces saillies irrégulières qui caractérisent, d'ordinaire, les néoplasmes de la vessie.

Malgré cette dernière particularité, M. Loumeau n'hésita pas à porter le diagnostic de tumeur vésicale et à pratiquer la taille hypogastrique. Or, cette opération montra que la vessie était absolument normale; le néoplasme qui en soulevait la paroi postérieure en était indépendant et représentait, selon toute vraisemblance, un fibrome sous-péritonéal de la paroi antérieure de l'utérus.

La cavité vésicale fut suturée sans que l'intervention eût été poussée plus loin. Les suites opératoires furent des plus simples et la malade se rétablit complètement; elle fait usage, depuis lors, d'une ceinture hypogastrique destinée à refouler en arrière le néoplasme utérin et à décomprimer ainsi la vessie; grâce à cette simple précaution, les troubles de la miction ont presque entièrement disparu. (*Ann. de la policlin. de Bordeaux*, janvier 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches expérimentales sur la production des concrétions uratiques, par M. MAX FREUDWEILER.

Certains auteurs considèrent les tophus comme la conséquence d'une sursaturation des sucs organiques par les urates alcalins, lesquels se déposeraient ensuite dans les tissus sans qu'une lésion locale préalable fût nécessaire; pour d'autres, au contraire, ces productions témoigneraient d'une altération purement locale, et non d'un trouble de la nutrition générale; enfin un troisième groupe de cliniciens admet l'intervention de ces deux facteurs à la fois, en ce sens que les urates contenus en excès dans les sucs organiques précipiteraient de préférence dans des tissus lésés. M. Freudweiler a cherché à reproduire expérimentalement ces différentes circonstances, dans le but de se rendre compte de la manière dont se forment les dépôts uratiques.

Si l'on injecte de l'acide urique ou des urates alcalins sous la peau d'un lapin ou d'un poulet, on voit se développer une lésion rappelant celles que l'on observe dans l'accès de goutte. Au bout de quelques heures, on constate une infiltration du foyer uratique, infiltration qui atteint son maximum en un ou deux jours; il se produit une nécrose des tissus suivie d'une réaction inflammatoire des cellules environnantes avec apparition de cellules géantes, et les dépôts cristallins sont résorbés peu à peu par phagocytose. Les lésions les plus intenses sont provoquées par l'urate acide de soude; viennent ensuite l'acide urique et l'urate d'ammoniaque; l'urate de potasse a une action beaucoup plus faible et durant moins longtemps : la résorption des dépôts d'urate de soude n'est complète chez le lapin qu'après six semaines ou deux mois, tandis que celle de l'urate acide de potasse demande seulement de quatre à cinq semaines.

Des recherches récentes ont établi les rapports existant entre la xanthine et l'hypoxanthine, et l'acide urique. On pouvait dès lors se demander si une accumulation de l'un des deux premiers de ces composés en un point quelconque de l'organisme ne serait pas susceptible de donner lieu à la production d'un dépôt uratique. Or, l'injection sous-cutanée de xanthine et d'hypoxanthine a eu pour effet de produire des lésions semblables à celles que détermine une injection d'acide urique, mais jamais on ne put constater, à la suite de ces injections, de dépôt uratique. Il en fut de même après l'injection de substances capables de former de l'acide urique par synthèse, telles que le lactate d'ammoniaque ou le glycocolle. M. Freudweiler tire de ces expériences la conclusion que la théorie de la production purement locale des dépôts uratiques, sans accumulation préalable d'acide urique dans les sucs organiques, est, tout au moins, peu vraisemblable.

On sait que si l'on ajoute à une solution sursaturée d'un sel un cristal du même sel, ce cristal a pour effet de provoquer la cristallisation de toute la solution. L'auteur a recherché si l'injection de cristaux d'acide urique provoque la formation de tophus chez des animaux dont le sang contient de l'acide urique en excès. A cet effet, il a injecté à des lapins porteurs de tophus artificiels de l'acide urique dissous à la faveur de pipérazine ou de phosphate de soude. Dans plusieurs cas il a observé, aux abords du foyer artificiel, la présence de nombreux cristaux d'acide urique, mais séparés de ce foyer par une zone de démarcation fort nette; aussi n'admet-il pas que les cristaux injectés sous la peau aient eu pour effet immédiat d'entraîner la cristallisation de l'acide urique contenu dans le sang et la lymphe. Il s'appuie pour cela sur d'autres expériences, dans lesquelles il a noté une formation analogue de cristaux d'acide urique, chez des poulets auxquels on avait lié les uretères, après injection de xanthine, d'acide hippurique ou de carbonate de calcium.

M. Freudweiler s'est encore demandé si une diminution de l'alcalinité des tissus a pour effet de favoriser la cristallisation de l'acide urique en excès dans l'organisme. Pour cela, il a injecté de l'acide sulfurique dilué ou de l'acide tannique à des poulets auxquels on avait lié les uretères, mais il n'a jamais observé ainsi de formation cristalline anormale.

On a longtemps discuté la question de savoir si la nécrose des tissus que l'on constate dans les tophus doit être considérée comme la cause ou comme la conséquence du dépôt uratique. L'auteur a produit une nécrose artificielle par des cautérisations au fer rouge sur des poulets ayant leurs uretères liés; dans ces conditions il n'a jamais noté le moindre rapport entre les foyers nécrosés et le dépôt d'acide urique On trouve, par contre, des cristaux en nombre plus ou moins considérable dans la zone inflammatoire entourant le tissu nécrosé, de même qu'on en observe aux abords d'un foyer uratique artificiel chez un animal traité de la même manière. L'auteur en conclut qu'un foyer inflammatoire survenant alors qu'il y a accumulation d'acide urique dans l'organisme détermine un dépôt de ce corps au point enflammé. Aussi déclare-t-il que l'hypothèse admettant que, chez les goutteux, l'augmentation de l'acide urique du sang et des tissus est la cause nécessaire à laquelle s'ajoute une cause locale pour déterminer la formation d'un tophus, est celle qui concorde le mieux avec les résultats de l'expérimentation. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 1-2.) — A. J.

L'hystérectomie vaginale suffit-elle comme opération radicale dans le cancer? par M. G. WINTER.

Il n'y a que quatre ou cinq ans que, guidés par une idée théorique, certains chirurgiens ont préconisé l'extirpation de l'utérus cancéreux par la voie abdominale : ils espéraient, alors que l'extirpation vaginale donne des résultats insuffisants comme durée, que l'opération abdominale permettrait l'ablation de plus larges segments du paramétrium, ainsi que des ganglions de la région. Malheureusement les résultats immédiats de cette dernière intervention sont beaucoup moins bons que ceux de l'hystérectomie vaginale (20 % de mortalité au lieu de 5 %); quant à ses résultats éloignés, ils ne sont pas encore connus. En attendant qu'il soit possible de les apprécier, M. Winter a cherché à se rendre compte de ce que l'on peut obtenir de l'extirpation par voie vaginale d'un utérus cancéreux.

Au point de vue des résultats immédiats, il a constaté que l'hystérectomie vaginale est beaucoup plus grave quand il s'agit d'un cancer que dans toute autre affection. Il attribue ce fait aux nombreux microorganismes auxquels le cancer donne asile : aussi insiste-t-il pour qu'on fasse précéder l'hystérectomie d'un curettage et d'une cautérisation énergiques.

En ce qui concerne les résultats éloignés, il considère comme guéries les malades qui, au bout de cinq ans, n'ont pas eu de récidive. Or, de 260 femmes opérées à Berlin et ayant survécu à l'opération, 85 se trouvent dans ce cas. Il en conclut que, lorsqu'il s'agit de cancer limité à l'utérus, l'hystérectomie vaginale amène la guérison complète chez un tiers des patientes environ.

Quand le carcinome a dépassé les limites de l'utérus, le succès est encore possible, quoique extrêmement rare; aussi ne saurait-on considérer l'hystérectomie vaginale comme radicale en pareil cas.

L'auteur discute les différents procédés qui ont été mis en œuvre pour rendre les résultats plus favorables lorsque le paramétrium est atteint : il estime que l'incision paravaginale est une amélioration technique, mais qu'on ne peut se prononcer encore sur la durée des succès qu'elle permet d'obtenir. L'emploi des pinces à forcipressure ne serait pas supérieur à la ligature au point de vue de la persistance de la guérison.

Quant aux mesures destinées à prévenir une inoculation du cancer pendant l'opération, M. Winter pense qu'elles se sont montrées jusqu'ici insuffisantes. L'extirpation au fer rouge, qui pourrait présenter des avantages à cet égard, est d'autre part dangereuse, car elle expose à la lésion d'organes voisins.

Comme opération palliative, il trouve l'hystérectomie totale trop grave. Il préfère l'ablation du col, ou, si l'organe est absolument fixé, le curettage ou l'emploi du thermocautère.

En terminant, l'auteur fait observer que, pour savoir quelle est la proportion exacte des cancers utérins curables, il ne faut pas s'en tenir au chiffre absolu des guérisons, mais combiner ce nombre avec celui qui représente la proportion des cancers opérés. En effet, à Berlin on intervenait en moyenne, avant 1892, chez 28.7 % des femmes atteintes de cancer de l'utérus, et on en guérissait 33 %, soit 9.5 % seulement du total des malades. Actuellement on opère environ 48 % des cancers de la matrice; si l'on obtient encore la même proportion de guéri-

sons, 16 % des cas doivent être considérés comme curables. L'avenir nous apprendra si l'hystérectomie abdominale est susceptible de donner des résultats meilleurs que ceux-là. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 3.) — E. C.

Ecoulement spontané de liquide cérébro-spinal par le nez, par M. W. Freudenthal.

L'auteur relate l'observation d'une malade atteinte d'un écoulement nasal assez particulier, qu'il croit devoir considérer comme d'origine intracrânienne. Abondant au point de souiller vingt mouchoirs par jour, cet écoulement, qui date de deux ans, est permanent et continu, même la nuit. Il augmente quand la malade incline la tête en avant; lorsqu'elle penche la tête en arrière, il se tarit, mais en apparence seulement, car il suffit alors d'examiner la gorge pour voir perler, à l'extrémité de la luette, une goutte de liquide qui va en augmentant et qui, après avoir atteint un certain volume, se détache et tombe dans le pharynx. La pituitaire, dans sa totalité, est lisse, luisante et constamment baignée de liquide; elle a été, à plusieurs reprises, le siège de polypes muqueux. L'odorat est aboli, et l'ouïe très diminuée par suite d'une otite moyenne. Il existe, en outre, une neurorétinite gauche et de l'œdème papillaire à l'œil droit. A certains moments, la malade a été sujette à des céphalées atroces, coïncidant avec une diminution ou même une suppression complète de l'écoulement nasal.

Le diagnostic ne présente de difficultés qu'en raison de la rareté de ces cas. Il doit être fait surtout d'avec l'hydrorrhée nasale d'origine nerveuse, où le liquide provient d'une hypersécrétion de la pituitaire; le point important pour ce diagnostic est la permanence de l'écoulement quand il s'agit de liquide cérébro-spinal, alors que l'exsudation nerveuse de la pituitaire cesse pendant le sommeil. L'examen chimique de la sérosité ne fournit pas toujours les renseignements que l'on serait en droit d'en attendre, en raison de l'insuffisance de nos connaissances sur la composition des humeurs en question. Cependant, l'absence de mucine et l'existence de 0.06 % de sucre dans le liquide recueilli par M. Freudenthal sont des arguments qui militent en faveur de l'origine cérébro-spinale de ce liquide. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 2.) — F. M.

Etude historique et chirurgicale sur l'emploi de la lance, par M. F. Schäfer.

La lance, dont le règne paraissait définitivement terminé avec les progrès réalisés en matière d'armes à feu, commence à reprendre une certaine place dans l'armement de la cavalerie moderne. Aussi était-il intéressant d'étudier la nature des blessures qu'elle produit, en se basant sur les indications fournies par les anciens chirurgiens militaires et sur les cas de blessures accidentelles que l'on observe parfois en temps de paix.

M. Schäfer, qui a entrepris cette tâche, a pu se convaincre que les coups de lance, fréquents dans les combats de jadis, ne présentaient le plus souvent que peu de gravité; il en est de même des plaies occasionnelles dont quelques exemples ont été enregistrés dans l'armée allemande. On est frappé, en outre, de la marche favorable que prennent généralement les blessures les plus sérieuses en apparence. C'est ainsi que l'auteur rappelle le fait suivant : un cavalier fut atteint d'un coup de lance qui, après avoir traversé son cheval, pénétra dans l'abdomen au niveau du rebord costal droit pour ressortir dans le dos, près de l'angle de l'omoplate; cet homme, après avoir présenté des symptômes passagers de péritonite circonscrite, se rétablit complètement. Cette bénignité est remarquable en ce qui concerne les plaies du cou, car il est rare que ces dernières soient compliquées de lésions vasculaires ou nerveuses.

La forme du fer de lance rend compte du peu de gravité des blessures que produit cette arme, et qui constituent un empalement par un instrument pointu dont les angles ne sont pas tranchants; aussi les organes essentiels échappent-ils sans peine au corps vulnérant en glissant de côté sous la pression de l'arme. Les lésions ainsi produites seraient plus graves si l'on affilait les angles de la lance que l'on transformerait alors en instrument tranchant. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 3.) — F. DE Q.

La fréquence de la rétrodéviation de l'utérus sans symptômes génitaux, par M. E. Schröder.

Pour se faire une opinion sur l'importance pathologique des rétrodéviations utérines, l'auteur a examiné 411 femmes prises un peu au hasard dans différents services hospitaliers. De ces femmes, 303 n'accusaient aucune souffrance abdominale, et cependant 79 d'entre elles présentaient un déplacement en arrière de l'utérus (53 fois il s'agissait de rétroversion et 26 fois de rétroflexion). Des 108 autres, qui se plaignaient de troubles des organes pelviens, 39 étaient atteintes de rétrodéviation (23 d'une rétroversion et 16 d'une rétroflexion). Au total, sur 93 femmes se considérant comme tout à fait bien portantes que M. Schröder a examinées, 22 avaient cependant un utérus déplacé en arrière.

De ces faits, l'auteur tire les conclusions suivantes : normalement (dans 75 % des cas) l'utérus est dirigé en avant. Cependant, la position en arrière (que l'on rencontre chez 25 % des femmes) ne saurait être considérée comme pathologique; c'est une position moins favorable, mais qui peut être considérée comme naturelle. En pareil cas, quand il y a des douleurs, ce n'est pas la rétrodéviation en elle-même qui les cause, mais bien les complications qui peuvent l'accompagner. La rétroflexion simple n'exige donc pas de traitement.

Au cours de ces recherches, M. Schröder a noté que la rétroflexion est plus fréquente chez les nullipares et surtout chez les vierges. Il pense que cette affection, rarement congénitale, débute le plus souvent dans l'enfance. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 3.) — E. C.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des tuberculoses externes ouvertes par des injections de naphtol camphré associé à la bougie stéarique.

L'action modificatrice des injections de naphtol camphré se trouve souvent entravée par ce fait qu'il est difficile de maintenir le liquide en contact avec les lésions sur lesquelles il est appelé à agir. Aussi, s'inspirant du procédé, déjà ancien, qui consiste à mélanger du salol et de l'iodoforme, à les faire fondre à 45° environ et à les couler alors dans les tissus où ils se solidifient, formant ainsi un pansement à action lente et prolongée, M. le docteur Pesme a-t-il cherché, pendant son internat à l'hôpital de Berck-sur-Mer, à obtenir un mélange analogue en ce qui concerne le naphtol camphré. A cet effet, notre confrère a essayé d'associer le liquide en question à de la vaseline, puis à de la lanoline ou encore à du suif; mais toutes ces substances restaient liquides dans le corps. Finalement, il eut l'idée d'utiliser la bougie stéarique et il obtint une sorte de pommade répondant parfaitement à tous les desiderata du traitement des trajets fistuleux par des injections modificatrices.

Voici quelle est la manière de préparer ce mélange :

On prend trois parties de bougie stéarique du commerce, qu'on fait fondre à feu nu et qu'on laisse bouillir pendant une dizaine de minutes de façon à la stériliser complètement; puis, avant le refroidissement de la stéarine, on ajoute une partie de naphtol camphré ordinaire en agitant soigneusement, afin d'obtenir une dissolution tout à fait homogène.

Le mélange ainsi préparé, et qu'on peut employer immédiatement, est solide à la température ordinaire et ne fond qu'à 40° environ. Pour pouvoir l'injecter dans les fistules ou le verser à la surface des ulcères tuberculeux, il faut au préalable le liquéfier. En outre, on doit avoir soin de tiédir la seringue dont on se sert, faute de quoi le topique se solidifierait rapidement à l'intérieur de l'instrument et en empêcherait le fonctionnement. Cette précaution une fois prise, on injecte la quantité voulue du mélange et, sans cesser de comprimer l'orifice du trajet fistuleux, on retire l'embout de la seringue. On attend quelques instants pour laisser au liquide le temps de se figer et on peut alors appliquer le pansement sans crainte de voir le naphtol camphré s'écouler au dehors.

En procédant de la sorte, on assure le contact permanent de la substance modificatrice avec les tissus lésés et, de plus, on n'a pas à redouter des accidents d'intoxication, le naphtol camphré incorporé à la bougie ne s'absorbant que très lentement.

Quelques injections suffiraient pour amener d'abord une diminution très marquée de la suppuration et ensuite la cicatrisation complète.

Ajoutons que, dans les cas de grosses poches avec anfractuosités nombreuses où il est nécessaire d'augmenter, au contraire, la diffusibilité du naphtol camphré afin de permettre à ce liquide de s'insinuer dans tous les coins et recoins de la cavité, notre confrère emploie un mélange composé par parties égales de naphtol camphré et d'éther iodoformé, lequel fournirait de très bons résultats sans donner jamais lieu à des phénomènes d'intoxication.

Traitement du zona par des applications d'alcool absolu.

En présence des bons résultats obtenus par M. le docteur R. Salzwedel (médecin militaire allemand) dans le traitement des phlegmons et des accidents inflammatoires analogues au moyen de compresses à l'alcool (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 434, et 1901, p. 48), M. le docteur W. Winternitz, professeur d'hydrothérapie à la Faculté de médecine de Vienne, a eu l'idée d'utiliser ce procédé thérapeutique contre le zona. Notre confrère s'est servi de lanières de gaze hydrophile pliées en six ou huit doubles et largement imbibées (sans cependant dégoutter) d'alcool absolu. Après avoir disposé ces compresses sur les parties malades de façon qu'elles débordent les lésions de tous les côtés, on les recouvre d'une étoffe imperméable sur laquelle on applique une couche de coton, et on fixe le tout à l'aide de bandes de toile ou de tarlatane. Le pansement n'est renouvelé qu'au bout de vingt-quatre heures.

M. Winternitz a eu l'occasion d'employer ce moyen de traitement dans 6 cas d'herpès zoster, dont un zona gangreneux (chez une femme de cinquante ans) et un zona hémorrhagique. Chez tous les malades, le pansement à l'alcool a eu pour résultat de faire cesser les douleurs névralgiques immédiatement ou, tout au moins, au bout de quelques jours, en même temps que les vésicules s'affaissaient sans se transformer en ulcérations et sans qu'il se montrât de nouveaux éléments éruptifs.

Quelques moyens pour soutenir l'activité cardiaque au cours de la fièvre typhoïde et d'autres maladies infectieuses.

Partant de ses recherches relatives à l'influence que les excitations cutanées exercent sur l'activité cardiaque (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 79), M. le docteur A. Abrams (de San-Francisco) a cherché à substituer aux pratiques hydrothérapiques habituellement employées dans le traitement de la fièvre typhoïde et de quelques autres maladies infectieuses, et qui visent surtout l'hyperthermie, des moyens appelés à agir, par l'intermédiaire de la circulation périphérique, sur le cœur lui-même, toujours plus ou moins menacé en pareille occurrence. A cet effet, notre confrère a recours avec succès aux bains chargés d'acide carbonique (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 220). Comme ces bains n'exercent qu'une action antithermique très peu marquée, on peut, dans les cas où l'antipyrèse paraît absolument indiquée, les faire alterner avec des bains froids ou encore tout simplement incorporer à l'eau froide les substances servant à obtenir l'acide carbonique. On peut également remplacer le bain d'acide carbonique par une sorte de douche qu'on donne au moyen d'un siphon chargé du mélange gazogène.

D'autre part, et dans le même but, M. Abrams emploie un moyen auquel il donne la dénomination de *friction-bain* et qui consiste d'abord à passer sur le corps du patient une éponge imbibée d'alcool, puis à pratiquer une friction vigoureuse jusqu'à ce qu'on provoque la rougeur des téguments. Sous l'influence de cette manœuvre, le pouls tomberait rapidement de de 120 à 100 pulsations à la minute, en même temps qu'on constaterait une amélioration sensible dans l'état de l'appareil circulatoire en général, ainsi que du côté du système nerveux.

Erratum. — Dans notre avant-dernier numéro, p. 95, 2e col., 1re et 4e lignes, au lieu de : bacillus tetraticus, lire : *bacillus tartricus*.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les troubles de la marche dans l'ataxie locomotrice progressive étudiés à l'aide du cinématographe.

Il peut sembler inutile, après les descriptions si saisissantes qu'en ont données Duchenne, Charcot, Marie et d'autres, de faire de nouvelles recherches sur la démarche des ataxiques. Mais la tendance actuelle est de compléter et même de remplacer, dans la mesure du possible, l'exposition descriptive des phénomènes par l'analyse plus rigoureuse, plus exacte, qui consiste dans l'enregistrement du mouvement à l'aide de procédés spéciaux. Aussi, et depuis un certain temps déjà, quelques auteurs, Gilles de la Tourette (1), puis Demeny et Quénu (2), ont fait des tentatives fructueuses dans ce domaine. Voici tout d'abord le résumé des recherches de M. Gilles de la Tourette :

« La marche de l'ataxique, dit-il, offre des phénomènes communs à toutes les démarches rectilignes bilatérales, et des phénomènes qui lui sont propres. La longueur du pas est toujours diminuée, et cela d'une façon progressive à partir du moment où l'affection a touché les membres inférieurs jusqu'au jour où le malade doit rester confiné au lit.

Lorsque, chez l'ataxique, le pied à l'appui devient oscillant, par suite de l'incoordination motrice dont la jambe est affectée ce pied est lancé avec force en avant et en dehors. On devrait croire, et on croit en effet, à première vue, que, par ce fait même, le pas aura une longueur inusitée.

Il n'en est rien cependant, car la marche est une réunion de phénomènes complexes en relation intime les uns avec les autres. Cette sorte de jet du membre inférieur en avant et en dehors est un phénomène tout à fait surajouté aux actes de la locomotion, et, même s'il pouvait être efficace pour former un long pas, il serait encore corrigé par le grand écartement total qui existe toujours. D'ailleurs, cette projection brusque est de telle nature qu'elle raccourcirait d'elle-même la longueur du pas. On observe, en effet, nettement, et sans le secours d'appareils enregistreurs, que le pied ainsi jeté en avant, arrivé au bout de sa projection revient en arrière et retombe pesamment sur le sol par le talon, à un point moins éloigné du pied à l'appui que la limite extrême qu'il vient d'atteindre ».

D'après M. Gilles de la Tourette, il se passe là quelque chose d'analogue à ce qui constituerait la marche d'un individu qui, à chaque pas, lancerait aussi loin que possible des coups de pied devant lui. La coordination des divers muscles — qui tient à leur égalité de tonicité (laquelle s'est rompue) et, partant, aux divers actes musculaires — n'existant plus, l'un de ces actes, le plus fort, doit absorber tout ce qui reste de puissance nerveuse au détriment des autres. Suivant M. Gilles de la Tourette, au point de vue de la marche, celui de lever et de porter la jambe en avant prime tous les autres. Il atteint ici son maximum, mais les muscles qui, dans l'état ordinaire, le secondaient pour poser le pied au point maximum atteint, ne participent plus à l'égalité proportionnelle de tonicité, et le pied, au lieu de se poser sur le sol, y tombe en revenant à son point de départ. Une autre particularité de l'ataxie, suivant le même auteur, est la déformation si remarquable de l'empreinte. En effet, M. Gilles de la Tourette a trouvé des doubles empreintes très nettes de l'ovoïde postérieur coïncidant avec l'absence ou la diminution de l'empreinte des orteils. Plus rarement il a vu des doubles empreintes de l'ovoïde antérieur. L'angle que font les pieds avec la directrice s'ouvre également en dehors : $\frac{43^o, 46^o, 48^o}{1^o\ 32^o4}$; cette ouverture de l'angle constitue, avec la forme particulière des empreintes, une des meilleures caractéristiques de la marche dans cette affection.

MM. Demeny et Quénu ont étudié par la chronophotographie 7 malades atteints d'ataxie locomotrice et ils ont constaté des modifications assez constantes de la trajectoire du genou pendant l'appui : cette trajectoire se rapproche plus d'une horizontale dans l'état normal; mais son vrai caractère chez l'ataxique, c'est qu'un peu avant le poser du pied, elle s'élève fortement et tardivement pour s'abaisser tout d'un coup. Il y a là une sorte de chute brusque des plus remarquables que les auteurs ont retrouvée, du reste, dans la trajectoire des autres articulations des membres inférieurs. Celle de l'articulation tibio-tarsienne, au moment qui précède l'appui, est plus élevée que dans la marche normale; puis elle s'abaisse presque verticalement en présentant une boucle dont le dernier élément a un mouvement rétrograde et sort quelquefois du plan d'oscillation de la jambe.

Le mouvement des segments du membre inférieur est à peu près le mouvement normal : dans celui-ci, en effet, la cuisse, au moment de l'appui, se fléchit en même temps que la jambe et s'étend avant cette dernière.

Après ce court historique, je vais exposer le résultat des recherches que j'ai faites sur les troubles de la marche, à l'aide du cinématographe, chez des malades atteints d'ataxie locomotrice. J'ai eu l'occasion d'étudier 14 cas de tabes arrivé à différentes phases de son évolution, depuis l'incoordination légère des sujets qui peuvent marcher sans canne, jusqu'à l'ataxie avancée ne permettant plus au patient de progresser qu'à l'aide d'un soutien. Ainsi qu'on le verra, ces recherches ont, d'une part, confirmé les données bien établies de la pathologie de l'ataxie et, d'autre part, nous ont mis sur la voie de faits peu connus, ou même absolument nouveaux.

I

Avant d'aborder l'étude des troubles de la marche dans l'ataxie locomotrice, il serait nécessaire de rappeler l'allure de l'homme dans les différentes phases de la marche normale. Mais ayant exposé cette question, et d'une façon assez détaillée, dans un travail publié naguère dans ce journal même (1), et auquel je renvoie le lecteur, je me bornerai actuellement à rappeler que l'élément essentiel de la marche est le pas, et que le pas simple comprend les phases suivantes : 1° période de double appui; 2° pas postérieur; 3° moment de la verticale ou du passage; 4° pas antérieur, représentées sur les figures 1 à 12. Cette division, qui est celle de Richer et que j'ai confirmée par mes recherches, est la meilleure que l'on puisse donner présentement.

Voyons maintenant quelles sont les modifications qu'éprouvent chez les ataxiques les différentes phases de la marche. Il est naturel de commencer tout d'abord par des cas simples et de laisser pour plus tard la description des faits complexes. En effet, la démarche ataxique des tabétiques varie non seulement au point de vue de l'intensité des troubles de la coordination, mais aussi en ce qui concerne la forme même de l'ataxie. Quant au degré de cette dernière, on peut distinguer trois étapes : 1° l'ataxie légère, où les modifications de la marche sont bien caractérisées, mais où l'incoordination n'est pas très accusée; 2° l'ataxie avancée, qui n'est que l'exagération de l'état précédent et où le malade ne peut plus marcher ni seul, ni à l'aide d'une canne; 3° l'ataxie très avancée, où le sujet doit être soutenu par une personne de chaque côté, et où l'on constate la projection folle des membres.

Chez les patients du premier groupe, nous voyons que la phase de double appui ne ressemble plus à ce qu'elle est à l'état normal. La jambe antérieure, au lieu de s'appuyer sur le talon, porte sur presque toute la face plantaire; la jambe postérieure, qui va devenir oscillante, est étendue et non pas légèrement fléchie; elle présente un certain degré d'hypotonie et le talon, qui devrait être relevé, n'est, au contraire, pas encore détaché du sol (*fig. 13* et *14*). Dès le début du pas postérieur (*fig. 15*), on remarque une diminution dans la flexion du genou et aussi dans l'élévation du talon. Ce n'est que plus tard que le talon commence à se relever plus ou moins, suivant les circonstances (*fig. 16* et *17*).

Pour apprécier les différences qui séparent au moment du double appui la démarche des ataxiques de celle de l'individu normal, on n'a qu'à comparer les figures sus-indiquées avec les figures 1 à 3 de la marche normale. A la fin du pas postérieur (*fig. 17* et *18*), on voit que la pointe du pied se relève, que les orteils présentent une extension brusque, de sorte que le pied arrive à se trouver plus ou moins horizontal lorsqu'on passe du pas postérieur au pas antérieur, passage qui constitue le moment de la verticale (*fig. 19, 34* et *35*).

L'allure du membre inférieur dans le pas antérieur est bien différente suivant qu'il s'agit de malades très ataxiques et ne pouvant plus marcher seuls, ou bien d'ataxiques capables de marcher sans appui ou, du moins, avec une simple canne. Chez ces derniers, en dehors de la projection brusque du pied en avant et en dehors, dépassant le but (car le patient, ainsi que nous le verrons plus loin, pose le pied d'une façon rétrograde), on ne constate rien de particulier dans les segments du membre inférieur. La flexion dorsale exagérée du pied, qui correspond à l'action de talonner, est, suivant les cas, plus ou moins accentuée (*fig. 21* à *28* et *36* à *42*); elle est toujours, ou presque toujours, plus accusée qu'à l'état normal. La jambe portante, pendant l'évolution de la jambe oscillante, présente une extension progressive avec hypotonie tantôt peu marquée, tantôt très exagérée, des fléchisseurs.

Chez un grand nombre de sujets, les orteils des deux côtés présentent des mouvements qu'il est intéressant de signaler, et qui se produisent non seulement pendant la marche, mais aussi pendant la station. Cette *ataxie des orteils* consiste en mouvements de relèvement et d'abaissement irréguliers, tout au moins en apparence. Parfois, ce sont les quatre derniers orteils de la jambe oscillante qui manifestent une flexion dorsale plus ou moins considérable (le cinquième étant le plus relevé), pendant que le gros orteil reste encore en contact avec le sol (*fig. 43* à *46*). Dans le pas antérieur, le gros orteil est plus relevé que les autres et, au moment où le pied se pose, tous se sont abaissés (*fig. 52*). A la jambe portante, les orteils ont également des mouvements irréguliers, non seulement pendant le pas postérieur mais encore pendant le pas antérieur (*fig. 44* à *50* et *54* à *61*). Les derniers orteils se relèvent et s'écartent du gros orteil qui reste appuyé sur le sol, ou *vice versa*.

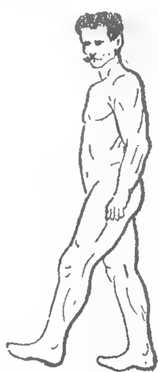
Chez les ataxiques arrivés à une phase plus avancée de la maladie, celle où il leur est impossible de marcher sans appui, la plupart des troubles décrits plus haut sont exagérés. C'est ainsi que chez la femme représentée par les figures 63 à 69, on constate dans le double appui (*fig. 63*) une double hypotonie, et on peut voir aussi que les deux pieds reposent sur le sol par presque toute leur face plantaire. Chose

(1) Gilles de la Tourette. Etudes cliniques et physiologiques sur la marche; la marche dans les maladies du système nerveux étudiée par la méthode des empreintes. (*Thèse de Paris*, 1886.)

(2) Demeny et Quénu. De la locomotion dans l'ataxie locomotrice. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 29 avril 1889, et *Semaine Médicale*, 1889, p. 148.)

(1) G. Marinesco. Les troubles de la marche dans l'hémiplégie organique étudiés à l'aide du cinématographe. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 225.)

curieuse, lors du commencement de l'oscillation de la jambe postérieure (*fig. 64*), le talon se relève un peu, et cependant le genou ne se fléchit pas, contrairement à ce qui arrive à l'état normal où cette flexion est très accusée (*fig. 2*). Ce n'est que vers les trois quarts du pas postérieur (*fig. 67*) et à la fin de ce pas que la flexion du genou se produit d'une manière brusque (*fig. 68*). Le moment du passage du pas postérieur au pas antérieur (*fig. 69* et *70*) est caractérisé par une flexion exagérée de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse, de sorte que ces deux segments forment un angle plus fermé que normalement. D'autre part, à la même phase, la flexion dorsale des pieds est très exagérée. Au début du pas antérieur, le pied est presque horizontal, la flexion du genou diminue, tandis que celle de la


Fig. 12.

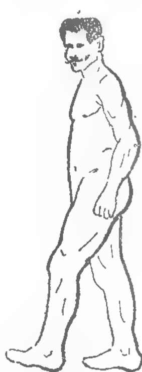
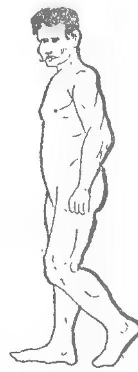

Fig. 11.


Fig. 10.


Fig. 9.

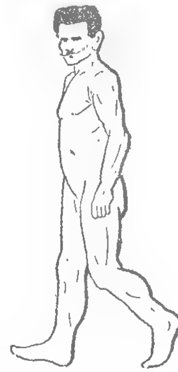

Fig. 8.


Fig. 7.


Fig. 28.

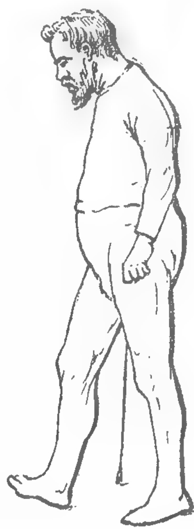

Fig. 27.


Fig. 26


Fig. 25.


Fig. 24.


Fig. 23.


Fig. 22.


Fig. 21.

cuisse s'accuse encore davantage. Puis survient l'extension brusque de la jambe avec flexion exagérée de la cuisse, et la pointe du pied, après avoir atteint son maximum de hauteur, commence à s'abaisser; enfin le pied se pose à terre sans force et par le talon : le plus souvent, on peut voir qu'il aborde le sol par le talon et par le bord externe; au commencement du pas antérieur, il s'était écarté de la ligne médiane.

Les phénomènes qui caractérisent la marche des ataxiques avancés sont les suivants : au début du pas postérieur, il y a extension exagérée des deux membres avec hypotonie, puis la cuisse se fléchit sur le bassin, la jambe étant légèrement fléchie sur la cuisse et le talon ne se relevant que très peu. Par suite de la flexion brusque de la cuisse, le genou dépasse de beaucoup la jambe portante au moment de la verticale, tandis que la jambe reste en arrière. Ensuite, lors du pas antérieur, se produit une flexion dorsale du pied sur la jambe, et une extension exagérée de la jambe sur la cuisse. Ce n'est que plus tard, au moment de la rétrogradation, que se fait l'extension de la cuisse sur le bassin.

Ce qu'on remarque surtout chez les malades qui constituent le troisième groupe, c'est la grande irrégularité des mouvements; l'ataxie, dans ces cas, s'écarte du type commun qu'elle affecte chez les sujets précédents, dont l'incoordination est


Fig. 42.


Fig. 41.

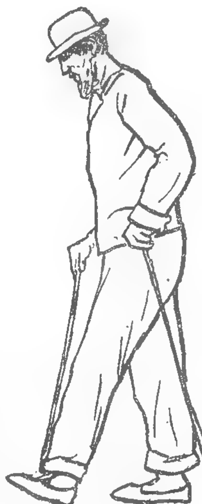

Fig. 40.


Fig. 39.


Fig. 38.


Fig. 37.


Fig. 43.


Fig. 44.


Fig. 45.

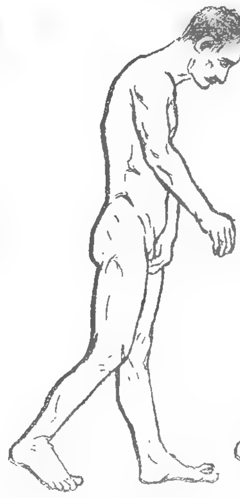

Fig. 46.


Fig. 47.

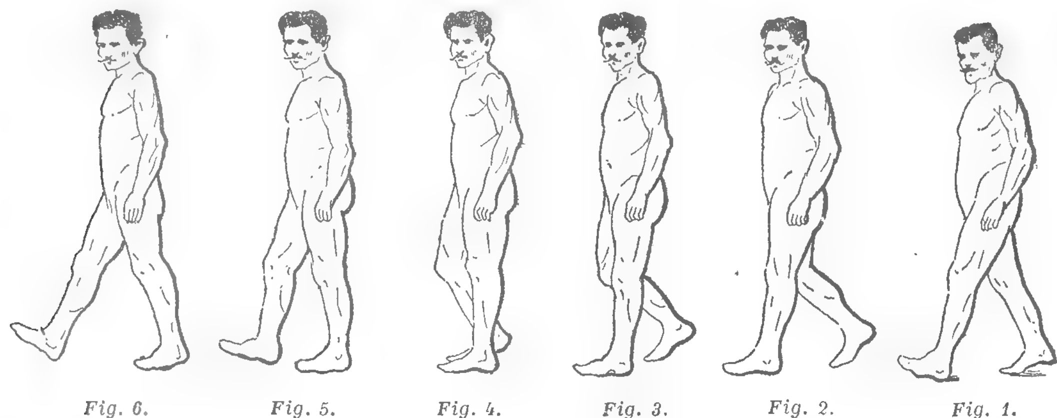


Fig. 6. Fig. 5. Fig. 4. Fig. 3. Fig. 2. Fig. 1.

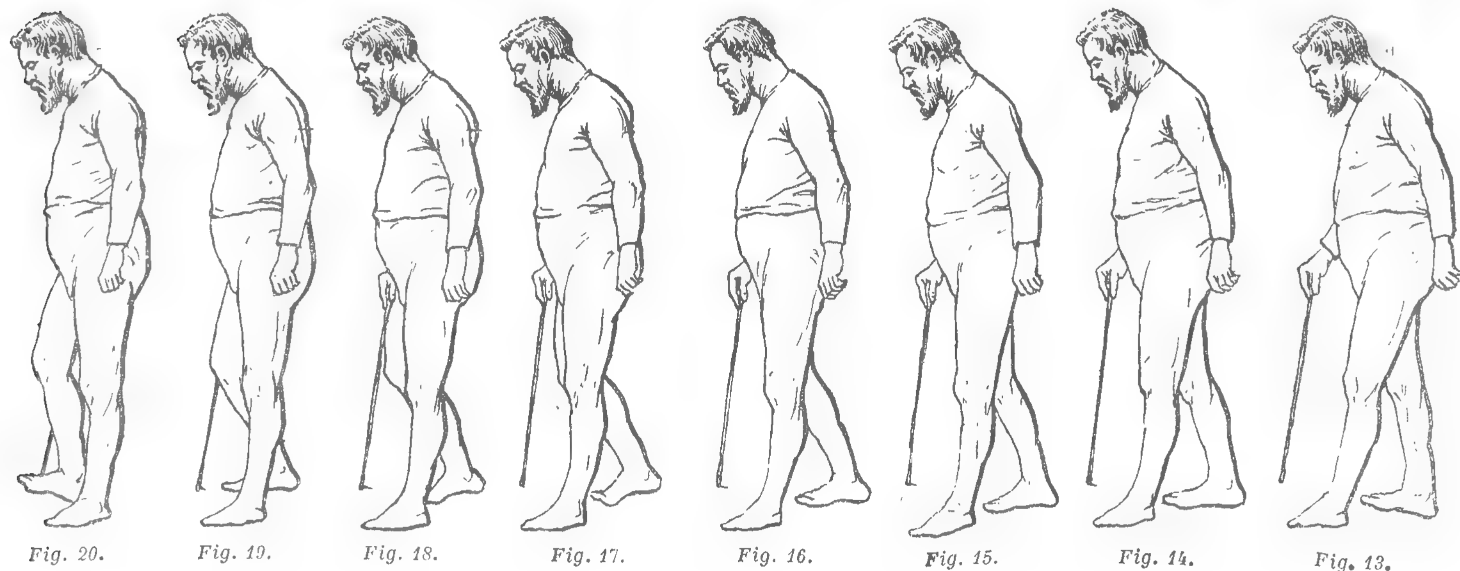


Fig. 20. Fig. 19. Fig. 18. Fig. 17. Fig. 16. Fig. 15. Fig. 14. Fig. 13.

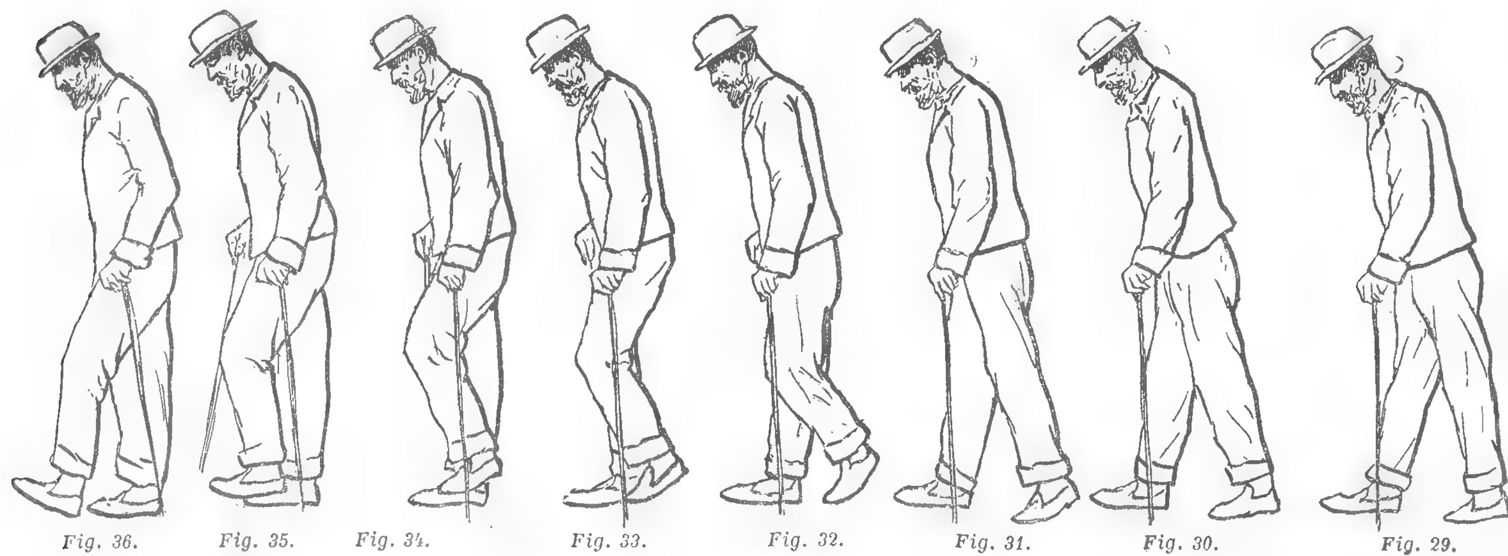


Fig. 36. Fig. 35. Fig. 34. Fig. 33. Fig. 32. Fig. 31. Fig. 30. Fig. 29.

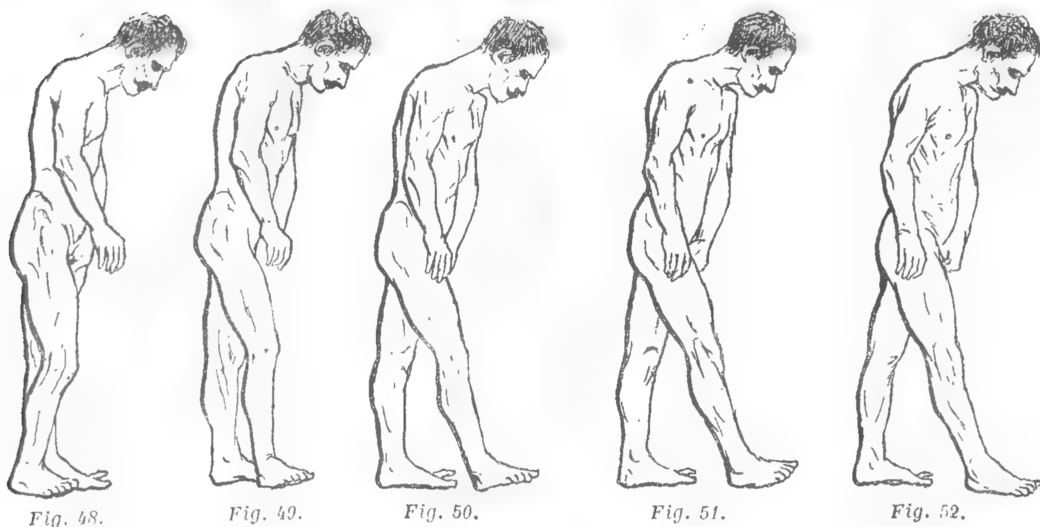


Fig. 48. Fig. 49. Fig. 50. Fig. 51. Fig. 52.

en quelque sorte systématisée et dont les pas demeurent plus ou moins semblables. Au contraire, chez les ataxiques dont nous nous occupons maintenant, les pas ne se ressemblent plus et la description varie de l'un à l'autre. Toutefois, les images successives obtenues à l'aide du cinématographe nous permettent d'arriver à une analyse de ces troubles qui représentent une espèce de chaos de l'incoordination. Nous retrouvons ici certaines particularités que nous avons indiquées chez les malades du deuxième groupe. C'est ainsi, par exemple, que nous remarquons, à la phase de double appui, que les deux jambes sont en état d'hypotonie (*fig. 80*). Dans le pas postérieur se produit également la flexion exagérée de la cuisse que nous avons signalée plus haut; mais à la même phase le talon, ainsi qu'on le voit sur les figures 82 à 85, est plus relevé que chez la femme qui nous a servi de type pour le deuxième groupe. Je dois ajouter cependant que l'ataxique représenté dans les cinématogrammes 80 à 98 est resté trois ans dans son lit sans avoir pu marcher et a été traité ensuite par la kinésithérapie. Il est possible que ce relèvement assez considérable du talon soit dû, en partie, à l'influence du traitement. Aussi ce malade ne talonne pas ou, du moins, très peu.

C'est surtout sur les cinématogrammes vus de face qu'on peut bien étudier les troubles de la marche chez les grands ataxiques. Ce qui nous frappe tout d'abord chez eux, ce n'est pas tant l'exagération de l'incoordination que l'existence d'attitudes contradictoires des membres inférieurs dans les différentes phases de la marche. Il en résulte que les pas sont très dissemblables au point de vue de leur allure. Ainsi, dans le pas postérieur, la jambe oscillante est plus ou moins fléchie sur la cuisse, et le pied est souvent en varus équin avec la pointe très déviée en dedans (*fig. 101*). A cause de cette attitude anormale, la jambe oscillante, arrivée à la fin du pas postérieur, ne peut dépasser qu'à grand'peine la jambe portante, laquelle est aussi déviée en dedans et placée en extension exagérée; aussi le malade doit-il recourir à un artifice pour faire progresser la jambe : il fléchit d'une façon excessive la cuisse sur le bassin, écarte tout le membre de la ligne médiane et imprime au pied un mouvement d'abduction. Ce n'est que par ce moyen que la jambe oscillante parvient à se mettre devant la jambe portante; à ce moment, elle est projetée en avant et le pied aborde le sol par la pointe, empiétant souvent sur la ligne de la marche; du reste, le pied ne se pose pas toujours de la même manière.

J'ai retrouvé ce mouvement d'adduction du pied avec varus équin, dans le pas postérieur,

chez plusieurs malades atteints d'incoordination motrice au dernier degré; mais il n'est pas constant, car, pour d'autres pas, nous constatons chez les mêmes sujets (*fig. 102*) un mouvement inverse, c'est-à-dire que le pied est dévié en dehors, la pointe étant plus ou moins relevée et tout le membre s'écartant de la ligne médiane. Habituellement, lorsque le patient offre cette allure, il décrit un véritable arc de cercle au moment du passage du pas postérieur au pas antérieur. Chez ces malades, l'hypotonie qui a envahi presque tous les groupes musculaires du membre inférieur n'a plus un caractère de systématisation comme chez les sujets précédents; aussi leur allure varie-t-elle d'un pas à l'autre.

Les mouvements du torse dans l'ataxie présentent des modifications très diverses, en rapport avec le degré de l'ataxie et pouvant même changer d'aspect d'un pas à un autre. De plus, les patients qui sont capables de marcher tant

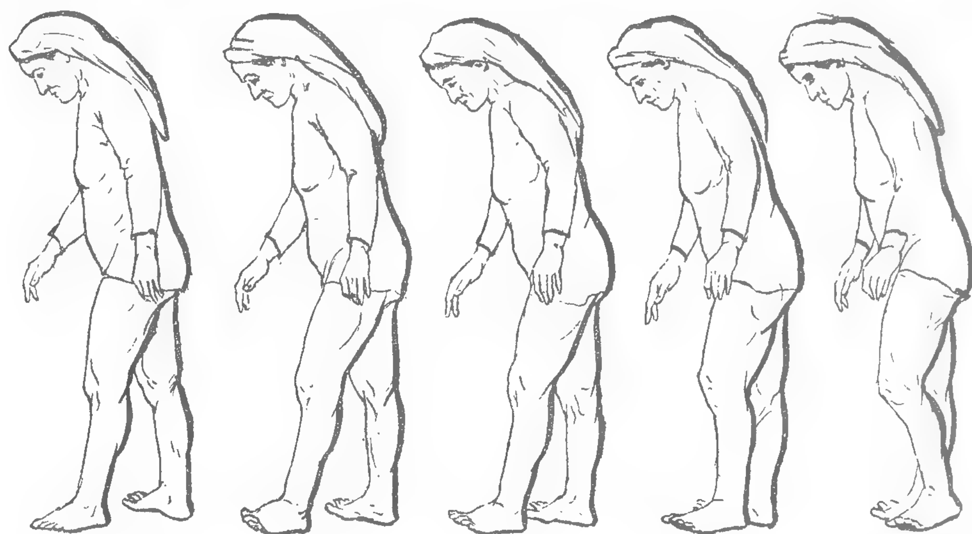


Fig. 62. *Fig. 61.* *Fig. 60.* *Fig. 59.* *Fig. 58.*

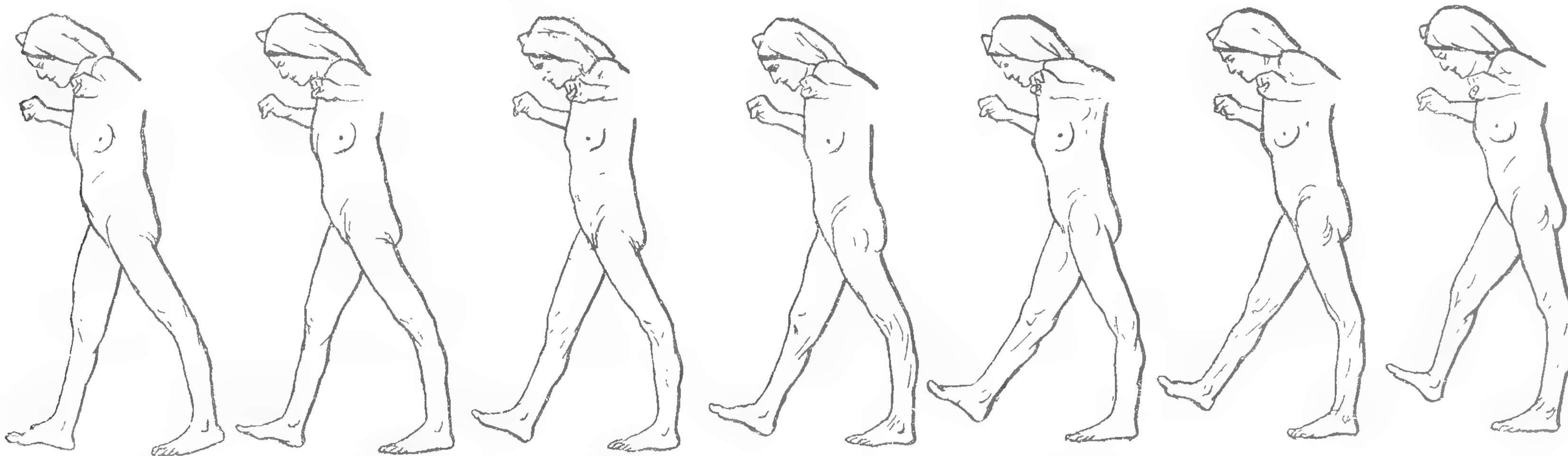


Fig. 79. *Fig. 78.* *Fig. 77* *Fig. 76.* *Fig. 75.* *Fig. 74.* *Fig. 73.*

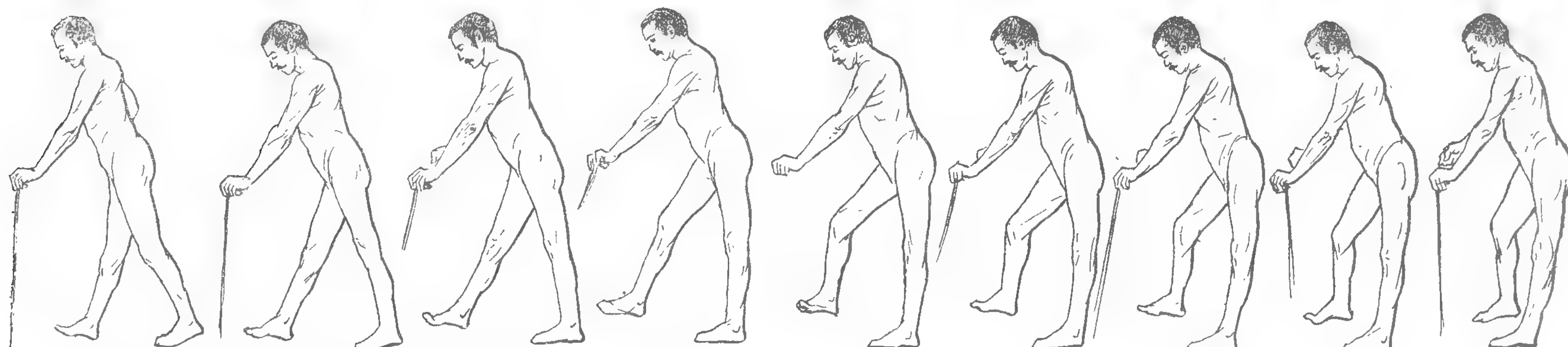


Fig. 98. *Fig. 97.* *Fig. 96.* *Fig. 95.* *Fig. 94.* *Fig. 93.* *Fig. 92.* *Fig. 91.* *Fig. 90.*

bien que mal sans appui parviennent, s'ils se servent d'une canne, à corriger jusqu'à un certain point, voire même à compenser les mouvements anormaux du tronc.

Dans les cas d'ataxie légère ou de moyen degré (*fig. 13* à *28* et *29* à *42*), le torse est penché en avant depuis le commencement du pas postérieur jusqu'à la fin du pas antérieur, où il se trouve presque complètement redressé.

Quand l'ataxie est plus accentuée, comme chez l'homme représenté par les figures 29 à 42, l'inclinaison du torse se maintient encore à la fin du pas antérieur. Toutefois, cette inclinaison, pour être visible aux différentes phases de la marche, offre certaines variations; c'est ainsi que, très accusée au commencement du pas postérieur, elle s'atténue au moment de la verticale (*fig. 34*) et pendant le pas antérieur. Quand ces individus marchent sans canne (*fig. 43* à *52* et *53* à *62*), l'inclinaison de leur tronc devient plus considérable; même alors, elle diminue légèrement à la fin du pas antérieur (*fig. 62*).

Dans une troisième catégorie d'ataxiques, ceux qui ne peuvent marcher qu'à l'aide d'une canne et d'un second soutien, le torse est fortement penché en avant pendant le pas postérieur (*fig. 80* à *98*), et vers la fin de ce pas ce mouvement de flexion atteint son maximum. Au moment de la verticale se produit un léger redressement du torse; cependant l'inclinaison se maintient encore pendant tout le pas antérieur.

Il existe aussi chez les ataxiques des désordres intéressant les mouvements de latéralité du tronc. Chez presque tous, nous avons vu pendant le pas postérieur un mouvement de rotation du torse, en vertu duquel l'épaule du côté de la jambe oscillante est projetée en avant, ce qui la rend visible quoique le malade se présente de profil, en même temps que cette épaule exécute un mouvement propre; en somme, le tronc s'incline du côté de la jambe portante. Pendant le pas antérieur, il se produit un mouvement inverse : on voit alors que c'est l'épaule du côté de la jambe portante qui se relève et que le torse se penche plutôt du côté de la jambe oscillante.

II

L'étude des formes extérieures des différents segments du membre inférieur, chez certains ataxiques tout au moins, nous révèle quelques détails intéressants. Tout d'abord, nous cons-

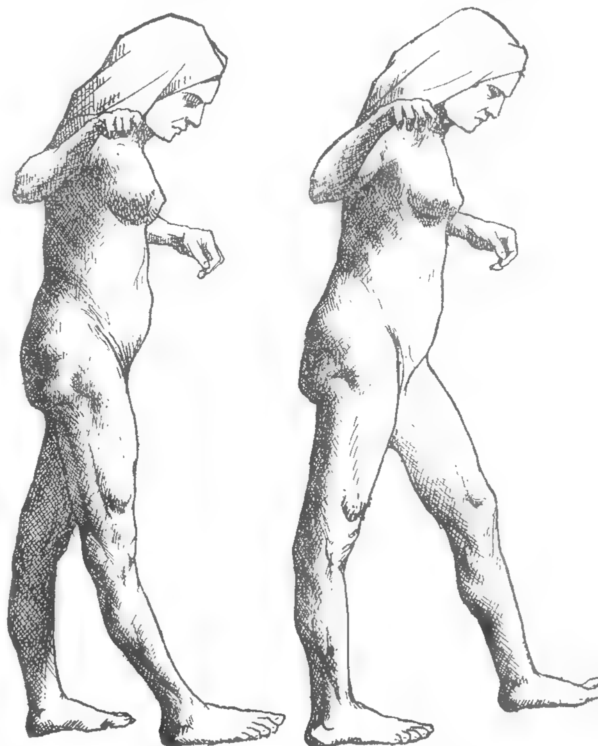


Fig. 99. *Fig. 100.*

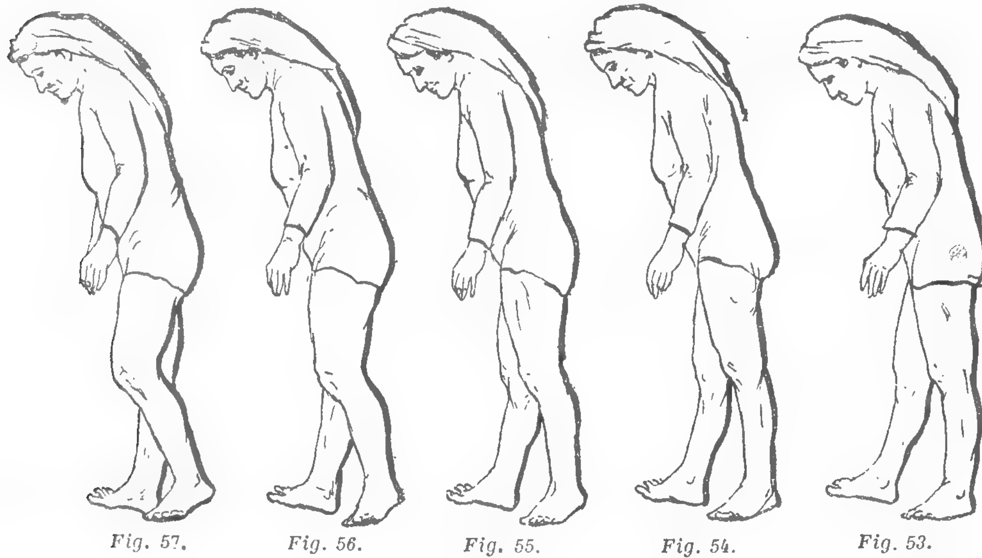


Fig. 57. *Fig. 56.* *Fig. 55.* *Fig. 54.* *Fig. 53.*

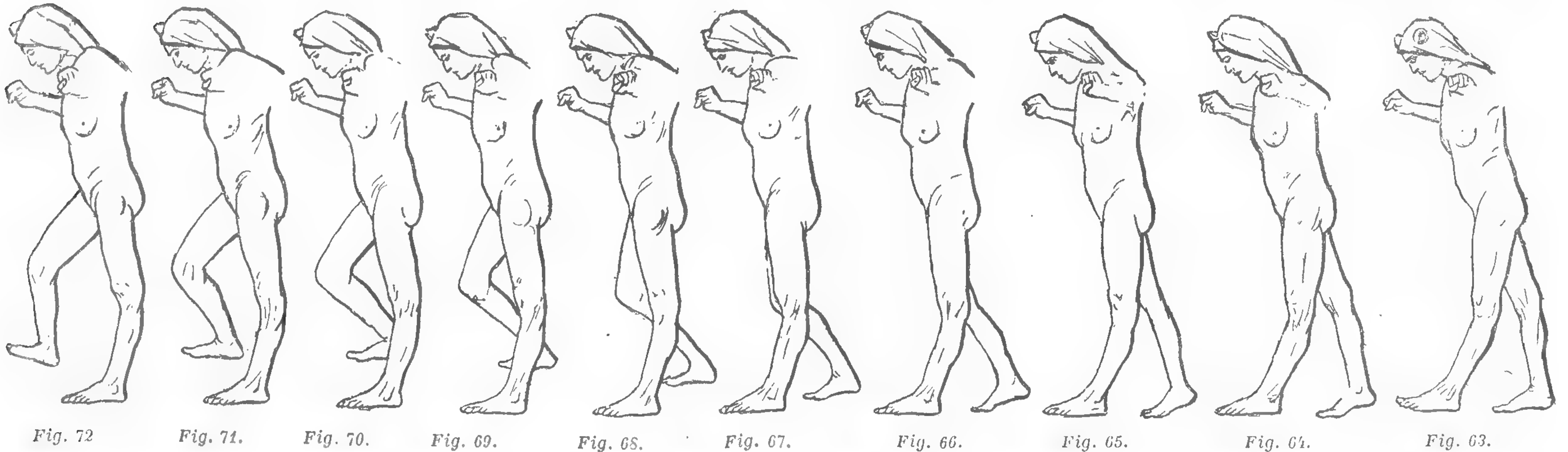


Fig. 72 *Fig. 71.* *Fig. 70.* *Fig. 69.* *Fig. 68.* *Fig. 67.* *Fig. 66.* *Fig. 65.* *Fig. 64.* *Fig. 63.*

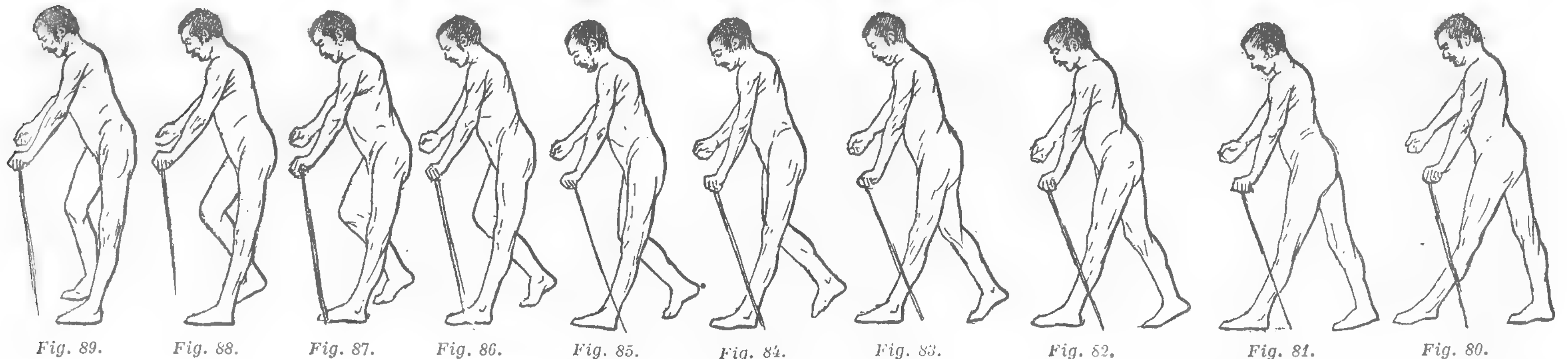


Fig. 89. *Fig. 88.* *Fig. 87.* *Fig. 86.* *Fig. 85.* *Fig. 84.* *Fig. 83.* *Fig. 82.* *Fig. 81.* *Fig. 80.*

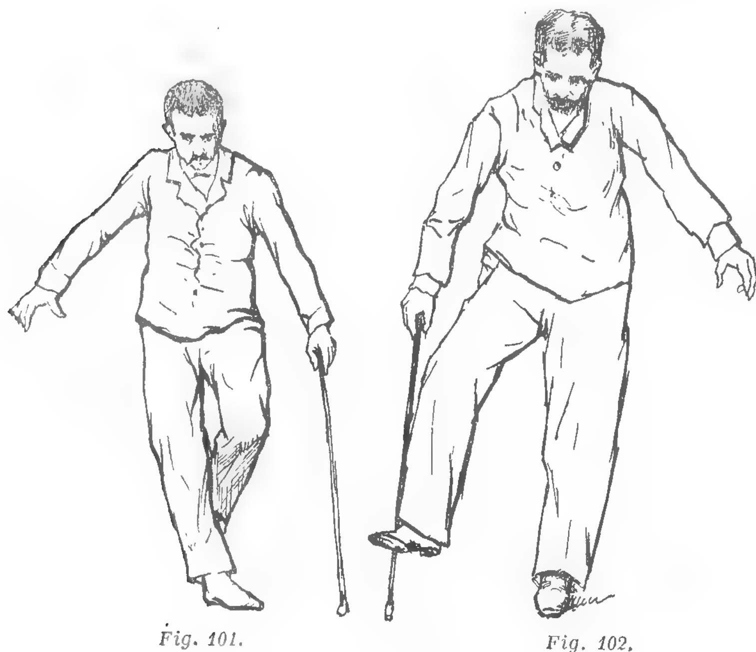


Fig. 101. *Fig. 102.*

tatons que la forme de la fesse du côté de la jambe portante, aussi bien dans le pas postérieur (*fig. 99*) que dans le pas antérieur (*fig. 100*), est tout à fait caractéristique, par suite de la contraction du moyen et du grand fessier : elle paraît plus longue, une forte dépression rétro-trochantérienne se produit au niveau de l'aponévrose inférieure d'insertion (*fig. 99* et *100*). La contraction des muscles, bien qu'ayant diminué quelque peu, est encore appréciable à la fin du pas antérieur *(fig. 100)*. Les cuisses diffèrent aussi de leur forme habituelle par certaines particularités. Nous savons, ainsi que Richer (1) l'a montré, qu'à l'état normal, au moment où le membre portant a pris franchement contact avec le sol, la contraction du triceps fémoral est énergique. En cas d'ataxie, le sillon latéral externe de la cuisse et la séparation fort nette des masses charnues qui composent le triceps s'accentuent (*fig. 99* et *100*). Comme on le voit sur la figure 99, qui représente une femme ataxique à la phase d'appui unilatéral et en hypotonie, le pas postérieur étant tout à fait au début de son oscillation, la contraction du triceps fémoral est encore plus apparente qu'à l'état normal. On remarque de plus, avec une grande netteté, l'existence du sillon latéral externe de la cuisse et le relief charnu du triceps. Cette contraction a pour but, chez l'individu normal, de maintenir le membre en flexion légère et d'empêcher l'action de la pesanteur et la flexion complète du membre; chez l'ataxique, elle est absolument indispensable, car, étant donnée l'hypotonie des fléchisseurs, les jambes fléchiraient à coup sûr sous le poids du corps et se déroberaient. A l'état normal, cette contraction ne se maintient que pendant le pas postérieur, elle fait ensuite place au relâchement complet qui subsiste durant tout le pas antérieur; chez l'ataxique, au contraire, le relâchement n'apparaît qu'à la fin du pas antérieur, ainsi qu'on le voit sur la figure 100 (ce relâchement est caractérisé, suivant Richer, par la production du bourrelet sus-rotulien). Par conséquent, en cas d'ataxie, la contraction du triceps fémoral est plus durable que normalement. Une remarque analogue pourrait s'appliquer aux grand et moyen fessiers.

III

Chez tous nos malades on constate facilement, à l'aide du cinématographe, que la jambe oscillante, après avoir été projetée en avant, revient en arrière et retombe sans force sur le sol par le talon, plus ou moins en arrière du point qu'elle a atteint lors de sa projection. Ce fait, déjà bien mis en évidence par M. Gilles de la Tourette, est d'une grande constance, mais son degré varie d'un individu à l'autre. On peut dire, d'une façon générale, que ce mouvement rétrograde est en rapport direct avec l'intensité de l'ataxie; toutefois il semble y avoir des exceptions; ainsi, chez le malade représenté dans les figures 80 à 98, le pas, bien que grand, ne subit pas une réduction très accentuée, le mouvement rétrograde se produisant à peine.

(1) P. Richer. Physiologie artistique de l'homme en mouvement, p. 262. Paris, 1895.

Voici, du reste, un petit tableau qui donne pour 7 malades, en millimètres, la longueur relative du pas apparent et du pas réel, et, par conséquent, celle du mouvement rétrograde de la jambe et du pied.

Elévation du pied au-dessus du sol..	40	76	32	52	128	89	165
Longueur apparente du pas...........	416	411	425	520	524	630	787
Longueur réelle du pas...............	378	340	355	460	446	534	540
Longueur du mouvement rétrograde..	38	71	70	60	78	96	247

Ces chiffres montrent qu'il n'y a pas de proportionnalité exacte entre l'élévation de la jambe au-dessus du sol et le mouvement de rétrogradation, car, chez le premier malade, le mouvement d'élévation est de 40 millimètres et la longueur du mouvement rétrograde n'est que de 38 millimètres, tandis que chez le troisième sujet, où l'élévation du pied est moindre (32 millimètres seulement), la rétrogradation est presque deux fois plus considérable.

IV

L'étude des mouvements passifs des ataxiques est d'une grande utilité pour comprendre le mécanisme de l'ataxie. En examinant un grand nombre de tabétiques, nous avons été surpris de voir que la résistance qu'opposent les muscles antagonistes, variable suivant les cas, est plus considérable au niveau de certains groupes musculaires que sur d'autres. Ainsi, à la jambe, la résistance des fléchisseurs est toujours plus ou moins diminuée, elle est parfois insignifiante et peut même être nulle; et il est rare, dans les cas d'ataxie accusée, qu'elle soit normale. Au contraire, celle des extenseurs de la jambe peut être normale ou à peu près; il est exceptionnel qu'elle soit diminuée. La même remarque s'applique aux muscles fléchisseurs de la cuisse, quoique ici la différence ne soit pas aussi tranchée qu'à la jambe; habituellement la résistance est diminuée, quelquefois même elle est très réduite. Pour les muscles qui mettent en jeu l'articulation tibio-tarsienne, j'ai remarqué que ceux qui produisent la flexion dorsale du pied avec abduction conservent beaucoup mieux leur force que ceux qui déterminent la flexion avec adduction. D'autre part, j'ai pu voir que les abducteurs et les rotateurs en dehors opposent une résistance plus grande que les adducteurs et les rotateurs en dedans. Ces constatations sont en harmonie avec l'allure des ataxiques dans la station verticale et dans la marche. En effet, un phénomène des plus caractéristiques — et je puis dire des plus communs — que présentent les ataxiques est l'hypotonie des fléchisseurs du genou, telle qu'on la voit sur les figures précédentes et particulièrement sur les figures 99 et 100. Suivant mes recherches, il y a dans l'ataxie une diminution de force des muscles en hypotonie, et cette diminution est en rapport avec le degré de l'ataxie. Sans doute, il est admis depuis les recherches de Duchenne (1) que la force musculaire est conservée dans l'ataxie locomotrice, et cela a été répété depuis par tous les auteurs et écrit dans tous les traités. Cependant, cette affirmation n'est pas exacte, et le corollaire des observations que nous venons de faire est que l'hypotonie s'accompagne toujours d'une diminution plus ou moins considérable de la force musculaire. Il est possible, d'autre part, que ces muscles en état d'hypotonie présentent des altérations histologiques, mais une étude de ce genre n'a encore été entreprise par personne, du moins à ma connaissance. Je n'ai pu examiner à ce point de vue qu'un seul cas d'ataxie très avancée, et le muscle biceps, qui est toujours en hypotonie chez les ataxiques, offrait des lésions manifestes d'atrophie musculaire; c'est à ces altérations qu'il faut rattacher, sans doute, la diminution de la force musculaire dont nous venons de parler.

(1) DUCHENNE (de Boulogne). De l'électrisation localisée et son application à la pathologie et à la thérapeutique, p. 616 et 625. Paris, 1861.

Voici comment Duchenne s'exprimait à ce sujet (1) : « Le malade que les chocs renverseraient, qui ne peut se tenir debout ni marcher sans appui ou sans l'aide d'un bras étranger, qui enfin, pendant la locomotion, lutte en vain et avec fatigue contre son impuissance, ce malade, on le conçoit, se croit atteint de paralysie. Aussi comprendra-t-on combien on doit être surpris lorsque, mesurant la force des mouvements partiels, on constate qu'elle est considérable. » Duchenne a même imaginé un dynamomètre pour mesurer la force de ces mouvements partiels; il a vu qu'elle est, d'ordinaire, bien conservée.

V

Le mécanisme intime de l'ataxie en général, et de l'ataxie tabétique en particulier, constitue l'un des problèmes les plus ardus de la physiologie pathologique du système nerveux; aussi s'explique-t-on qu'il y ait dans la science un aussi grand nombre de théories concernant ce mécanisme. Je ne peux pas entrer dans l'exposé de ces systèmes, dont on trouvera, du reste, une bonne exposition dans un livre du professeur Raymond (2). Je n'insisterai que sur ceux qui sont encore admis actuellement.

Tout d'abord, nous avons la théorie qui attribue l'incoordination motrice du tabes aux troubles de la sensibilité; cette opinion a joui d'une certaine faveur, grâce aux auteurs qui l'ont soutenue et parmi lesquels il faut citer von Leyden et Goldscheider, Vulpian, Oppenheim, Brissaud et, plus récemment, M. Dejerine. C'est surtout von Leyden qui l'a appuyée de son autorité. Partant de la célèbre expérience de Claude Bernard qui consiste à sectionner les racines postérieures chez la grenouille, section qui est suivie de troubles moteurs comparables à ceux de l'ataxie, von Leyden a affirmé depuis longtemps que l'ataxie au cours du tabes reconnaît pour cause certains troubles de la sensibilité constants dans cette maladie; par conséquent, l'ataxie est, pour lui, d'origine spinale (3). J'ajoute que deux physiologistes anglais, Mott et Sherrington (4), en répétant les expériences de Claude Bernard chez le singe, ont observé une paralysie motrice durable des extrémités anesthésiées, et ont rapporté ces désordres de la motilité à une lésion en quelque sorte de la volonté; ils font donc intervenir le cerveau dans l'explication de ces troubles.

Mais passons à la théorie de Duchenne. Contrairement à la doctrine de Galien sur l'inaction des muscles antagonistes pendant l'exercice des mouvements volontaires, doctrine qui s'est propagée de siècle en siècle jusqu'à nos jours, Duchenne a montré que tout mouvement volontaire des membres et du tronc est le résultat d'une double excitation nerveuse en vertu de laquelle les deux ordres de muscles qui possèdent une action contraire (fléchisseurs et extenseurs) entrent simultanément en contraction, les uns pour produire le mouvement, les autres pour le modérer. Sans cette espèce de solidarité des antagonistes (*harmonie des muscles antagonistes*), le mouvement perd inévitablement de sa précision et de sa sûreté. Or, cette harmonie est une des premières fonctions lésées dans l'ataxie locomotrice. « On sait, dit Duchenne, que les mouvements si complexes de la marche se font avec une précision admirable. Sitôt que l'ataxie locomotrice a dissocié les muscles qui concourent habituellement et si énergiquement à l'exécution des mouvements, la faculté instinctive ne suffit pas à la progression; et l'attention doit être constamment tenue en éveil. Le malade alors ne peut plus, quoi qu'il fasse, même en s'aidant de la vue, exécuter régulièrement les différents temps de la marche. C'est ainsi, par exemple, que l'on voit dans cette désharmonie les malades exagérer la plupart des mouvements de la marche dont ils peuvent cependant exécuter les différents temps. »

(1) DUCHENNE. (*Loc. cit.*, p. 627.)

(2) RAYMOND. Maladies du système nerveux; scléroses systématiques de la moelle. Paris, 1894.

(3) Ce travail était déjà imprimé, lorsque j'ai reçu de M. von Leyden une intéressante monographie (Die Tabes dorsualis. Berlin, 1901), dans laquelle le professeur de Berlin reprend sa théorie sensitive de l'ataxie; les arguments qu'il invoque à l'appui peuvent être résumés de la façon suivante :

1° Le substratum anatomo-pathologique du tabes réside dans le système sensitif de la moelle, car, ainsi que M. von Leyden lui même a été le premier à le démontrer, la lésion commence par les racines postérieures; 2° en dehors de cette altération du système sensitif central, il y a des cas où les nerfs sensitifs périphériques sont altérés (Westphal, Dejerine, Oppenheim), et de plus on a vu survenir de l'ataxie au cours de névrites avec troubles de la sensibilité; 3° la sensibilité est toujours affectée dans le tabes; 4° l'intégrité de la sensibilité est nécessaire pour la coordination normale des mouvements, et les altérations de la sensibilité entraînent à leur suite des troubles de la coordination; 5° les modifications de la sensibilité dans le tabes sont en rapport à peu près constant avec l'intensité de l'ataxie, ainsi que le prouvent les expériences intéressantes de Goldscheider; 6° enfin, certains phénomènes que l'on observe régulièrement dans le tabes, particulièrement l'augmentation de l'ataxie quand le malade est dans un lieu obscur ou ferme les yeux, ne peuvent être interprétés que par l'intervention de la sensibilité dans la coordination des mouvements.

(4) F. W. MOTT et S. SHERRINGTON. Experiments upon the influence of sensory nerves upon movement and nutrition of the limbs. (*Proceedings of the Royal Soc. of London*, 1895, LVII, p. 481.)

Et l'auteur conclut de ses recherches que les troubles de la coordination des mouvements observés dans l'ataxie locomotrice ne sauraient être confondus avec les désordres fonctionnels produits uniquement par la paralysie de la sensibilité musculaire et articulaire. Cette indépendance de l'ataxie locomotrice et des troubles sensitifs se trouve confirmée, à son avis, par l'existence de cas d'ataxie avec intégrité parfaite des différentes formes de la sensibilité. Pour expliquer la production de l'ataxie locomotrice au cours du tabes, il fait intervenir une faculté spéciale qu'il appelle *conscience musculaire*, faculté qui établirait une relation intime entre les muscles et le cerveau et qui permettrait à celui-ci de provoquer le mouvement sans l'intervention de la vue. Il ne faut pas confondre la conscience musculaire avec la sensation qui donne le sentiment de la pesanteur, de la résistance, etc., et qui a été appelée *sens musculaire* par Charles Bell, et *sensation de l'activité musculaire* par Gerdy. Cette dernière sensation est le résultat de la contraction musculaire et dépendrait, d'après Duchenne, de la sensibilité articulaire plutôt que de la sensibilité musculaire. « La conscience musculaire, dit-il, semble précéder et déterminer la contraction. »

MM. Debove et Boudet (1), dans un travail datant déjà de vingt ans, ont repris une opinion soutenue autrefois par Lockhart Clarke, et qui attribue l'incoordination des tabétiques à l'inégale tonicité de leurs muscles. Ces auteurs, ayant employé le myophone, ont trouvé d'une manière constante une diminution du bruit musculaire dans certains muscles du membre inférieur, presque toujours les mêmes : ce sont les muscles antérieurs de la cuisse, c'est-à-dire les extenseurs de la jambe. A l'avant-bras, lorsque l'incoordination motrice a envahi les membres supérieurs, ils ont constaté également un affaiblissement du bruit musculaire dans les extenseurs. Ils n'ont pas observé ce phénomène chez les tabétiques encore à la période des douleurs fulgurantes et n'ayant pas d'incoordination motrice. Il paraît donc y avoir un lien étroit entre l'ataxie et l'inégale tonicité des muscles, et « nous croyons, disent-ils, que celle-ci est cause de celle-là. Les ataxiques sont obligés de corriger l'inégalité de leur tonus par des efforts énergiques et c'est pour contre-balancer les effets de cette inégalité de tonus que ces ma-

(1) DEBOVE et BOUDET. Recherches sur l'incoordination motrice des ataxiques. (*Arch. de neurol.*, juillet 1880, p. 39.)

lades sont obligés, dans tous leurs mouvements, de déployer une force hors de proportion avec le but qu'ils se proposent d'atteindre ».

MM. Debove et Boudet remarquèrent, en outre, que les muscles rotateurs en dehors l'emportent de beaucoup, aux membres inférieurs, sur les rotateurs en dedans; aussi ces membres, lorsque la contraction de leurs muscles est portée à son maximum, se mettent-ils dans la rotation en dehors, ainsi qu'on le voit chez les ataxiques pendant la marche. Chez ces malades, en effet, il ne s'agit pas d'une simple déviation du pied en dehors, mais d'une rotation de tout le membre, comme il est facile de s'en assurer en examinant la direction de la rotule.

Frenkel (1), dans plusieurs travaux consécutifs, dont un publié en collaboration avec M. Faure, a également insisté sur l'importance de l'hypotonie et sur ses rapports avec le degré de l'ataxie. L'hypotonie des fléchisseurs de la jambe (biceps, demi-tendineux, demi-membraneux) et des adducteurs de la cuisse laisse à l'articulation coxo-fémorale un champ d'excursion très grand en avant et de côté, tandis que l'hypotonie du triceps sural permet à l'articulation du genou des mouvements anormaux en arrière et latéralement. D'autre part, Frenkel confirme l'opinion énoncée par ses prédécesseurs, à savoir que l'ataxie est d'autant plus forte que les troubles de la sensibilité sont plus accentués. Il considère, en somme, l'ataxie comme une réaction consécutive aux troubles de la sensibilité musculaire et articulaire.

Jendrassik (2) a fait des recherches encore plus précises sur l'hypotonie des ataxiques, en mesurant le maximum d'ouverture de l'angle des différentes articulations chez l'individu normal, dans les paralysies spasmodiques et dans le tabes. Cette étude l'a conduit à émettre l'opinion qu'il n'y a pas de relations étroites entre l'ataxie et l'extensibilité passive des muscles; car chez certains tabétiques il a trouvé une hypotonie très accusée sans la moindre ataxie. Toutefois, dans les cas d'ataxie très prononcée, l'angle d'extensibilité est plus grand que d'ordinaire (80° au lieu de 78°). D'autre part, il a vérifié l'opinion généralement admise aujourd'hui, d'après laquelle il existerait quelque rapport entre l'état du tonus musculaire et les réflexes tendineux.

M. Jaccoud, qui a écrit autrefois des pages intéressantes sur le mécanisme de l'ataxie, a fait intervenir à la fois la moelle et le cerveau pour expliquer la production de ce symptôme au cours du tabes. Il admet, en effet, une coordination automatique qui appartient à la sphère spinale et une coordination volontaire qui ressortit à l'encéphale.

On sait que Jendrassik (3) a décrit pour la première fois, chez les ataxiques, des lésions cérébrales consistant dans une raréfaction des fibres tangentielles des circonvolutions, accompagnée d'une multiplication de la névroglie. Il a cru pouvoir en conclure que les lésions spinales du tabes ne sauraient rendre compte de la symptomatologie de cette affection si polymorphe, si différente d'un malade à un autre, si changeante chez le même sujet aux diverses périodes de son évolution. Pour lui, l'origine de la plupart des manifestations du tabes doit être cherchée dans l'écorce cérébrale. Mais à ceci, on peut répondre que les troubles de la sensibilité, tout au moins, ainsi que l'ont montré les recherches récentes de Hitzig, de Lähr, de Patrick, de Frenkel, de Dejerine, de moi-même, etc., sont bien d'origine radiculaire.

M. Raymond (4) a émis une théorie qui se rapproche beaucoup de celle de Jendrassik. D'après lui, ce que nous appelons coordination volontaire (adaptation des qualités des mouvements intentionnels à un but voulu), n'est que la résultante des activités combinées de la *perception consciente* et de la *volonté*. Or, la synergie de ces deux fonctions ne se conçoit pas sans l'intervention des fibres dites d'association. C'est donc à l'altération de ces fibres qu'il faut rattacher l'incoordination du tabes. M. Raymond s'empresse, d'ailleurs, d'ajouter avec raison que c'est aux recherches de l'avenir qu'il appartient de nous édifier sur la valeur objective des théories actuelles de l'ataxie.

(1) Frenkel. Die Ursachen der Ataxie bei der Tabes dorsalis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 15 août 1897.)

(2) Jendrassik. Zur Lehre vom Muskeltonus. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept. 1896, p. 781.)

(3) Jendrassik. Ueber die Localisation der Tabes dorsalis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1888, XLIII, 6, p. 543.)

(4) Raymond. (*Loc. cit.*, p. 233.)

VI

Qu'il me soit permis, maintenant, de proposer moi aussi une théorie, ou plutôt une hypothèse, concernant le mécanisme de l'ataxie tabétique, hypothèse qui, je crois, s'harmonise à la fois avec les faits cliniques et les données anatomo-pathologiques.

Tout d'abord, il faut reconnaître qu'on ne peut ramener tout simplement le mécanisme de l'ataxie à des troubles de la sensibilité superficielle ou profonde. Cependant, il est certain que ces troubles modifient d'une certaine manière, par les collatérales réflexes, l'état du tonus. Si l'on veut bien tenir compte des cas simples d'ataxie, c'est-à-dire de ceux où l'hypotonie, localisée d'une façon systématique à certains groupes musculaires, imprime à la marche des malades une allure toute spéciale, il est permis d'affirmer que, dans ces cas, le mécanisme de la production de l'ataxie réside dans cette distribution systématique de l'hypotonie, en d'autres termes que l'hypotonie est la cause de l'ataxie. En effet, l'hypotonie des fléchisseurs de la jambe et de la cuisse, celle des adducteurs du pied, etc., nous expliquent la prédominance d'action du triceps fémoral, des fessiers, de l'extenseur commun des orteils. Les muscles en hypotonie se relâchent beaucoup plus que d'habitude, car ils ne peuvent plus modérer, en aucune manière, l'action de leurs antagonistes, lesquels prédominent et donnent naissance aux attitudes que nous avons décrites, dans la station et pendant la marche.

Mais il faudrait préciser à présent la cause de cette hypotonie et la raison de sa localisation habituelle dans certains groupes musculaires plutôt que dans d'autres. Pour cela, il faut recourir aux connaissances acquises sur le trajet des racines postérieures dans l'axe cérébro-spinal, et sur le processus de dégénérescence de ces racines dans le tabes. Nous savons aujourd'hui, grâce aux recherches de Ramón y Cajal, de von Lenhossék, de Van Gehuchten, de von Kölliker, etc., que les fibres radiculaires qui constituent les cordons postérieurs, avant d'arriver à leur point terminal représenté par les noyaux des cordons de Burdach et de Goll, donnent, sur leur trajet, des ramifications collatérales, parmi lesquelles il faut citer les collatérales réflexes (qui transmettent l'influx tonique aux cellules radiculaires), les collatérales destinées aux colonnes de Clarke et, enfin, les collatérales affectées à des cellules de cordons. Un second neurone prend naissance au niveau des noyaux des cordons de Burdach et de Goll, et les fibres qu'il émet constituent après entrecroisement le ruban de Reil et traversent le bulbe, la protubérance, etc., pour aboutir à la couche optique. Enfin, une troisième série de neurones, ainsi qu'il résulte des recherches de von Monakov, de Mahaim, de M. et Mme Dejerine, part de la couche optique et se termine à la zone rolandique. Cette description suffirait pour faire comprendre que l'excitation périphérique qui agit sur les cellules radiculaires par l'intermédiaire des collatérales réflexes impressionne également le cervelet par l'intermédiaire des cellules des cordons de Flechsig, de Gowers, etc., et le cerveau par l'intermédiaire du neurone thalamo-cortical. Par conséquent, la dégénérescence tabétique, arrivée à un point de développement suffisant, va soustraire à l'influence des excitations centripètes, non seulement la moelle, mais aussi le cerveau et le cervelet. Il est certain que le tonus musculaire est à la fois l'expression des excitations qui arrivent aux muscles de la moelle par l'intermédiaire des collatérales réflexes et de celles qui leur viennent du cerveau et du cervelet. Tous ces centres, moelle, cerveau et cervelet, exercent donc une action tonique sur nos muscles, et supprimer cette action revient à remplacer le tonus habituel par de l'hypotonie. Si la coordination normale résulte de la mise en jeu de tous ces centres, l'ataxie tabétique — constituée, en somme, par des troubles du tonus musculaire — est non seulement d'origine spinale, mais encore d'origine cérébrale et cérébelleuse. Ceci nous explique, à mon avis, pourquoi l'hypotonie dans le tabes est plus accusée sur les extenseurs, aux membres inférieurs, et sur les fléchisseurs, aux membres supérieurs, car c'est sur ces muscles que le cerveau exerce le plus son influence.

Il importe, d'autre part, de faire remarquer que le processus tabétique est un processus de systématisation en rapport avec les troubles fonctionnels observés chez ces malades, et qu'il ne peut pas être identifié à la destruction rapide et complète des racines postérieures que l'on produit dans les recherches expérimentales. Je suis, enfin, enclin à admettre que la dégénérescence ne débute pas précisément dans le tronc de ces racines mais au niveau des collatérales, car les ganglions spinaux n'offrent pas de lésions constantes ni caractéristiques.

Dr G. Marinesco,
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Bucharest.

MÉDECINE PRATIQUE

La méralgie paresthésique et le pied plat.

Si le syndrome nerveux particulier qui a été signalé, pour la première fois, par Bernhardt en 1895 et décrit peu après par V. K. Roth sous le nom de *méralgie paresthésique* (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 195) reste en général rebelle aux moyens thérapeutiques, cela tient, en partie, à ce que l'étiologie et la pathogénie de cette affection sont encore fort obscures, les accidents et les maladies les plus divers (traumatisme, syphilis, alcoolisme, infection, grossesse, goutte, rhumatisme articulaire aigu, etc.) ayant été relevés dans les antécédents des sujets qui en sont atteints. Or, M. le professeur J. Pal, privatdocent de pathologie interne à la Faculté de médecine de Vienne, a eu l'occasion de constater que le syndrome en question coexiste souvent avec un pied plat parfaitement constitué ou seulement en train de se développer. En raison de la fréquence assez grande de cette difformité, notre confrère n'avait tout d'abord attaché aucune importance à cette coïncidence, la croyant toute fortuite. Mais il fut bientôt à même de se rendre compte qu'il existe, en réalité, une relation intime de cause à effet entre le pied plat et la méralgie paresthésique. Voici dans quelles circonstances :

Il fut appelé à donner ses soins à un confrère qui, après avoir considérablement augmenté de poids (20 kilogrammes environ) entre vingt-neuf et trente-trois ans, vit se développer à la suite d'une série de visites aux musées et aux expositions, le syndrome complet de la méralgie paresthésique du côté gauche. Il existait même une zone d'hyperesthésie dans la moitié inférieure de la face externe de la cuisse. Les douleurs disparaissaient sous l'influence du repos pour subir une exacerbation intense dans la station debout et pendant la marche. Un an après, le côté droit se prit également, sans que les phénomènes morbides fussent

cependant aussi marqués qu'à gauche. Le patient s'étant souvenu qu'il avait jadis éprouvé des sensations plus ou moins pénibles au niveau du pied gauche et que ces troubles s'atténuaient lorsqu'il avait soin de mettre l'extrémité en supination, pour ainsi dire, en s'appuyant exclusivement sur le bord externe de la plante, on procéda à l'examen des pieds et on constata, à gauche, l'existence d'un affaissement plantaire, très marqué dans la station verticale mais disparaissant au repos; à droite, on nota un aplatissement moins accentué. L'application de deux appareils appropriés eut pour résultat d'amener rapidement une amélioration non seulement dans les phénomènes douloureux caractéristiques du pied plat, mais aussi dans les symptômes de méralgie paresthésique. Du côté droit, le syndrome névralgiforme ne tarda pas à disparaître d'une manière à peu près complète, tandis qu'à gauche il continua encore à se manifester de temps à autre, notamment lorsque le patient portait des chaussures mal confectionnées ou se livrait à des marches prolongées. L'examen de la sensibilité montra que l'hyperesthésie de la cuisse avait diminué comme étendue et comme intensité.

En décrivant la méralgie paresthésique, M. Roth avait déjà signalé que la plupart des sujets atteints de cette affection présentent un certain degré d'obésité, sans pourtant faire jouer à cet embonpoint un rôle quelconque dans la pathogénie des troubles observés du côté du nerf fémoro-cutané. D'après l'expérience de M. Pal, il y a là autre chose qu'une simple coïncidence, étant donné que chez les individus à squelette peu résistant et qui, avec l'âge, deviennent plus ou moins obèses, comme ce fut le cas du malade dont nous venons de résumer l'histoire, il survient dans l'ossature du pied des modifications pouvant aboutir à un affaissement plantaire. Le pied plat qui se développe dans ces conditions peut rester méconnu, car il donne souvent lieu à des troubles qu'on n'observe guère dans la tarsalgie des adolescents. C'est ainsi qu'il est susceptible de se manifester sous forme de méralgie paresthésique. Notre confrère a vu 6 cas de ce genre, et M. le docteur Max Reiner, assistant de la consultation orthopédique à la Faculté de médecine de Vienne, auquel il avait fait part de ses observations, lui a communiqué peu après 2 autres faits dans lesquels la méralgie se trouvait évidemment sous la dépendance d'un pied plat, l'apparition de celui-ci étant à son tour liée à une augmentation rapide du poids du corps.

Sans vouloir faire du pied plat le seul facteur étiologique de la méralgie paresthésique, et tout en admettant que ce syndrome est loin de constituer une entité nosologique absolument univoque, M. Pal estime cependant qu'il importe d'avoir toujours présents à l'esprit les rapports qui existent entre les deux phénomènes morbides, et cela d'autant plus que, dans les cas récents ne s'accompagnant ni d'altérations anatomiques considérables des faisceaux nerveux ni de déformation persistante du squelette du pied, le traitement orthopédique dirigé contre le pied plat est en même temps le seul qui soit efficace à l'égard des troubles douloureux et paresthésiques observés dans le territoire innervé par le fémoro-cutané.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 27 mars 1901.

Dystrophie des ongles dans un cas d'intoxication mercurielle professionnelle.

M. Hirschberg montre un patient qui, obligé, par sa profession d'ouvrier miroitier, à mettre ses mains en contact avec du mercure, a présenté jadis des symptômes typiques d'hydrargyrisme (stomatite, entérite, tremblement) dont il a parfaitement guéri; par contre, il lui est resté des lésions dégénératives des ongles, d'intensité variable suivant les doigts; c'est ainsi qu'au pouce et à l'index, où elles sont le moins accentuées, ces altérations consistent uniquement en petites stries et éraillures, et en une incurvation de l'ongle vers le haut; aux autres doigts, elles sont plus prononcées : le sillon unguéal faisant défaut, l'épiderme de la face dorsale se continue immédiatement avec la substance de l'ongle qui est molle ou, au contraire, dure et cassante. Il s'agit là d'une dystrophie intéressant surtout le processus de kératinisation.

Ces troubles ont apparu alors que cet homme exerçait depuis longtemps sa profession; les autres ouvriers du même atelier en sont restés indemnes.

M. Lassar cite le cas d'un chirurgien qui eut une onychogrypose attribuable à l'emploi du sublimé pour la désinfection des mains, car les lésions rétrocédèrent sitôt que ce confrère eut renoncé à se servir de solutions mercurielles pour cet usage.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 1er avril 1901.

A propos de l'acromégalie.

M. A. Fränkel. — L'an passé, il a été observé, à l'hôpital Urban, 4 cas d'acromégalie, dont 2 dans mon service et 2 dans celui de M. Stadelmann.

On sait que, relativement à la pathogénie de cette affection, certains auteurs soutiennent avec Mendel que l'hypophyse ne joue pas un rôle spécial et qu'elle est lésée seulement au même titre que nombre d'autres organes glandulaires (corps thyroïde, mamelle, glandes génitales, pancréas, etc.). Or, l'un des cas observés dans mon service concernait une femme de cinquante-trois ans, chez qui la ménopause était survenue à trente-six ans et qui présenta, sept années plus tard, les premiers signes de l'acromégalie. En plus des symptômes classiques, on notait, chez elle, des sueurs très abondantes; le cœur était extrêmement dilaté par suite d'artériosclérose; l'épreuve de la glycosurie alimentaire fut régulièrement positive, et on trouva parfois même du sucre dans l'urine en dehors de toute ingestion de substances sucrées. La sclérose des artères cérébrales ayant entraîné la mort, l'autopsie permit de reconnaître, outre une grosse tumeur de l'hypophyse, un goitre, une dégénérescence du pancréas et un ovaire kystique.

Ma seconde observation a trait à un homme de cinquante ans, chez lequel l'acromégalie était de toute évidence, et qui mourut d'un cancer de l'estomac. On trouva aussi chez lui une tumeur de l'hypophyse. Fait remarquable, le père et deux frères ou sœurs de ce malade sont également acromégaliques, et un de ses fils a un nez très développé et une bouche « en groin », sans autres manifestations d'acromégalie.

M. Stadelmann. — Comme le disait M. Fränkel, j'ai eu deux acromégaliques dans mon service l'année dernière. L'un d'eux, un homme de quarante-deux ans, succomba dans le coma diabétique; je tiens à faire remarquer à ce sujet que, si la glycosurie n'est pas rare dans l'acromégalie, il n'en va pas de même du diabète vrai : Naunyn n'a pu rassembler que 12 exemples d'une telle coïncidence. Chez le même patient, j'ai constaté que l'augmentation de volume des extrémités tient uniquement à l'hypertrophie des parties molles, les os n'étant nullement intéressés, comme on le voit sur cette préparation de l'un des pieds du malade. Malgré son diabète, cet homme n'avait aucune altération du pancréas; au contraire, dans mon autre cas, il existait, en l'absence de toute glycosurie, une pancréatite interstitielle très avancée. La femme qui fait l'objet de cette seconde observation, comme celle dont M. Fränkel nous résumait l'histoire tantôt, portait un goitre; elle succomba, le jour même de son entrée, à une néphrite. Elle était atteinte, d'ailleurs, d'une forme de passage entre le gigantisme et l'acromégalie, plutôt que d'acromégalie *pure*, car certains os étaient épaissis chez elle (sternum, clavicules, fémur, humérus).

Dr VILLARET.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement du rhumatisme chronique par la révulsion spinale.

Les rapports étroits qui existent entre certaines arthropathies et le système nerveux central n'avaient pas échappé aux anciens cliniciens et, dès 1831, le professeur J. K. Mitchell relata plusieurs cas de troubles articulaires survenus à la suite d'un traumatisme de la moelle épinière et contre lesquels il avait eu recours avec succès à l'application de sangsues au niveau du renflement cervical ou lombaire (selon que les symptômes morbides portaient sur les extrémités supérieures ou inférieures), suivie, au besoin, de quelques vésicatoires posés en ces mêmes points.

Partant de ces faits, ainsi que de considérations théoriques sur lesquelles il serait trop long d'insister ici et qui permettraient d'envisager le rhumatisme chronique comme une manifestation d'une congestion spinale ou d'une myélite chronique intéressant surtout les cellules ganglionnaires des cornes antérieures, M. le docteur P. W. Latham, médecin consultant de l'Addenbrooke's Hospital de Cambridge, a eu l'idée de traiter deux cas de cette affection par des vésicatoires appliqués au niveau de la colonne vertébrale.

Dans l'un de ces faits, il s'agissait d'un jeune homme de dix-neuf ans atteint très gravement et chez lequel les moyens usuels, tels que l'emploi de l'arsenic, des iodures, du quinquina, de l'huile de foie de morue, les bains chauds, le massage, les bains d'air chaud, etc., utilisés pendant cinq mois, restèrent à peu près sans effet. Or, l'application successive de trois vésicatoires sur les régions cervico-dorsale et dorso-lombaire du rachis amenèrent une amélioration considérable non seulement au point de vue fonctionnel, mais aussi en ce qui concerne les déformations articulaires, ainsi que le montrèrent les radiographies des membres prises avant, pendant et après le traitement. Il en fut à peu près de même chez une femme de quarante-sept ans, dont l'observation a été communiquée à notre confrère par M. le docteur A. C. Latham.

Ajoutons que la méthode en question serait aussi susceptible de rendre des services dans les cas avancés de rhumatisme chronique avec éburnation des os, en amendant les poussées douloureuses aiguës et même en arrêtant la marche progressive de la maladie.

Prothèse oculaire au moyen d'injections de vaseline.

On ne connaît que trop la grave difformité qui résulte de l'énucléation du globe de l'œil et que la prothèse habituelle n'atténue guère, l'appareil prothétique étant généralement mal soutenu par le moignon subsistant après l'exentération. Aussi a-t-on cherché à remplacer ce moignon par des greffes de corps étrangers, tels que boules de métal ou de verre, pelotes de soie ou d'éponge, yeux d'animaux, etc.

S'inspirant du procédé préconisé récemment par M. le docteur R. Gersuny, chirurgien du « Rudolfiner-Haus » de Vienne (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 433), M. le docteur Rohmer, chargé du cours de clinique des maladies des yeux à la Faculté de médecine de Nancy, a eu l'idée de substituer à cette pratique peu satisfaisante des greffes l'emploi d'injections de vaseline liquide dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Chez un individu ayant subi l'énucléation de l'œil gauche, notre confrère fit, au bout de quinze jours, après cocaïnisation de la conjonctive, une injection d'environ 2 c.c. 1/2 de vaseline dans le centre de la cicatrice conjonctivale; huit jours plus tard, il injecta encore 1 c.c. 1/2; quarante-huit heures après, on appliqua l'œil artificiel. Les injections n'ont provoqué qu'une douleur très modérée et qui a persisté quelques instants seulement; elles n'ont pas donné lieu à du gonflement ni à de l'œdème. Le résultat obtenu est parfait : on ne voit pas, sur la paupière supérieure, le sillon cadavérique qui contribue habituellement à accentuer la difformité d'une façon particulière, et le patient peut imprimer à l'appareil de prothèse des mouvements assez étendus.

TRENTIÈME CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 10 au 13 avril 1901.

Séances du 10 avril 1901.

Les progrès de la chirurgie rénale.

M. Küster (de Marbourg) donne un aperçu sur le développement de la chirurgie rénale au cours des trente dernières années; il insiste notamment sur l'importance d'un diagnostic exact de l'état fonctionnel de l'appareil rénal, tel qu'on peut le faire à l'aide du cathétérisme des uretères, de l'épreuve par la phloridzine et de l'examen cryoscopique; à son avis, la précision du diagnostic a, plus encore que l'asepsie chirurgicale, contribué à diminuer la mortalité autrefois très considérable de la néphrectomie.

Il esquisse ensuite, dans leurs grandes lignes, les principes qui doivent guider le chirurgien dans ses décisions thérapeutiques; il érige en règle absolue que, en dehors des affections malignes, c'est une faute grave que de sacrifier du tissu rénal sain ou susceptible de se régénérer; aussi proscrit-il la néphrectomie contre le rein mobile et contre la plupart des traumatismes rénaux, la néphroptose étant justiciable de la néphropexie et les traumatismes de la suture du tissu rénal ou du tamponnement. Quant aux différentes formes de cystonéphrose infectée ou non, il maintient son ancienne proposition de les comprendre sous un même nom (*Sackniere*), tout en reconnaissant la nécessité de distinguer les cas où il s'agit d'une infection primitive avec rétention secondaire (empyème du bassinet et abcès rénal) d'avec ceux où l'on a affaire à une hydronéphrose par obstacle mécanique infectée secondairement. Dans les deux variétés, on doit se guider, pour intervenir, sur l'état de l'autre rein; on aura recours de préférence à la néphrotomie et aux opérations destinées à enlever l'obstacle mécanique, pour ne faire la néphrectomie qu'en dernière ressource.

Contre la tuberculose rénale, la néphrectomie rend de réels services, lors même qu'il est impossible d'enlever toutes les parties de l'appareil uro-génital atteintes de tuberculose. L'orateur estime que ce serait aller trop loin que de vouloir pratiquer d'emblée et de parti pris l'ablation complète de l'uretère et de la portion de la vessie infectée éventuellement, ces localisations secondaires étant souvent améliorées, sinon guéries, par la seule extirpation du rein malade.

Pour ce qui est de la lithiase rénale, M. Küster insiste sur l'utilité du diagnostic radiographique, même lorsqu'il s'agit de calculs phosphatiques.

L'enthousiasme qui a régné pendant un certain temps au sujet de l'extirpation du rein pour néoplasmes malins a sensiblement diminué, vu la fréquence des récidives. L'orateur estime cependant qu'il faut tenir compte du développement et de la nature de la tumeur; à son avis, on peut se borner à la simple résection rénale en cas de néoplasmes à développement très lent, tels que certains de ceux qui proviennent des capsules surrénales.

Comme voie d'accès, l'incision lombaire reste le procédé de choix, sauf pour les tumeurs peu mobiles; il est alors préférable de recourir d'emblée à la laparotomie.

M. Leop. Casper (de Berlin) fait, au nom de M. P. F. Richter et au sien, une communication sur les résultats fournis par l'examen fonctionnel de l'appareil rénal dans 14 cas d'affections chirurgicales des reins. Ils ont déterminé chez chaque malade et pour chaque rein, en recueillant simultanément les urines des deux reins à l'aide du cathétérisme des uretères, la quantité d'urée excrétée en un certain temps, le point de congélation de l'urine et la quantité de sucre fournie dans un laps de temps déterminé après l'injection de 0 gr. 005 milligr à 0 gr. 010 milligrammes de phloridzine. Les conclusions de ces recherches ont été reconnues exactes, dans 12 cas, soit à l'opération, soit à l'autopsie; dans les deux derniers, la vérification n'a pu être faite.

D'après l'orateur, ces faits montrent que l'épreuve de la phloridzine est un moyen très précis pour déterminer la quantité de substance rénale apte à fonctionner dans chaque rein.

M. Kümmell (de Hambourg) complète les indications qu'il a fournies au précédent Congrès sur la valeur de l'examen comparatif du point de congélation du sang et de l'urine de chacun des reins (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 142).

Ses recherches, basées sur une centaine de cas, lui permettent de confirmer l'exactitude absolue de ce fait, avancé par M. von Korányi, que le fonctionnement de l'appareil rénal est suffisant aussi longtemps que le point de congélation du sang est compris entre — 0°55 et — 0°57, tandis que tout abaissement à — 0°58 ou au-dessous indique une épuration insuffisante, à moins qu'il ne s'agisse de tumeurs abdominales ou rénales d'un certain volume ou d'affections cardiaques avancées. L'examen doit être complété, en outre, par l'injection de phloridzine et la recherche du sucre dans l'urine de chaque rein, ainsi que par la détermination de la quantité d'urée excrétée par chacun de ces organes.

Le nombre des néphrectomies pratiquées par M. Kümmell est de 26, dont 17 pour pyonéphrose ou hydronéphrose et 7 pour tuberculose. Ces 24 dernières interventions donnèrent 22 guérisons; des 2 décès, aucun ne fut causé par l'insuffisance du second rein. Le point de congélation du sang a été déterminé chaque fois après l'opération; il a été trouvé normal dans tous les cas, ce qui permet de conclure que le rein restant a suffi à assurer la dépuration urinaire. Par contre, on a généralement constaté, à la suite de l'intervention, une augmentation passagère du taux de l'urée et un abaissement du point de congélation de l'urine. Ce fait — ainsi que l'anurie « par réflexe », que l'orateur n'a observée, du reste, dans aucun des cas qu'il a opérés — est interprété par M. Kümmell comme une conséquence du traumatisme opératoire, et surtout de la narcose; l'orateur estime, en effet, qu'il n'existe pas d'anurie « par réflexe » sans lésion anatomique du tissu rénal.

Pour ce qui est de la tuberculose rénale, M. Kümmell pense que l'on peut pratiquer la néphrectomie sans avoir la certitude que l'autre rein est indemne de tuberculose, si l'examen démontre que ce rein a un état fonctionnel suffisant.

Quant à la technique de cet examen, l'orateur commence par l'analyse cryoscopique du sang et le dosage de la totalité de l'urée des deux reins, puis il détermine le point de congélation et le taux de l'urée dans l'urine de chaque rein, ainsi que l'élimination du sucre après une injection de phloridzine. L'association de ces différentes épreuves est nécessaire, la cryoscopie du sang pouvant fournir un chiffre normal alors que chaque rein ne suffit pas à assurer l'épuration urinaire. La néphrectomie pourra donc être pratiquée uniquement lorsque le cathétérisme urétéral aura permis de vérifier le fonctionnement du rein supposé sain. M. Kümmell a pu constater que, d'une manière générale, la destruction du tissu rénal est d'autant plus avancée que le taux de l'urée est plus faible et le point de congélation de l'urine plus rapproché de 0°.

L'examen cryoscopique du sang constitue enfin un adjuvant précieux pour dépister certaines néphrites chroniques déterminant des douleurs ou des hématuries intermittentes qui font songer à des accès de lithiase rénale.

M. Braatz (de Königsberg) déclare, à propos de la résection du rein pour tumeurs provenant du tissu surrénal aberrant, qu'il serait préférable, en pareil cas, de pratiquer la néphrectomie d'emblée, étant donnée la malignité souvent considérable de cette sorte de néoplasmes.

M. Albers-Schönberg (de Hambourg) fait observer que la radiographie donne fréquemment des résultats négatifs alors qu'il existe des calculs rénaux phosphatiques, à cause de la faible densité de ces calculs; il y a lieu d'employer en pareille occurrence des diaphragmes très étroits laissant juste passer les rayons émanant du miroir de platine. Le champ éclairé de cette manière étant plus petit que le rein, il est nécessaire de faire plusieurs poses consécutives, se complétant l'une l'autre. Ce procédé permet de déceler la présence des calculs phosphatiques et même, dans certains cas favorables, celle des calculs uratiques, sauf chez les sujets très obèses.

M. Steiner (de Berlin) montre un patient qui était atteint depuis nombre d'années d'hématuries intermittentes, d'une légère pyurie, ainsi que d'une douleur tenace dans la région rénale droite. A l'opération, on trouva du côté droit un rein très allongé, possédant deux bassinets séparés. La partie correspondant au bassinet supérieur était relativement saine, tandis que la portion inférieure était notablement atrophiée et portait un bassinet dilaté; elle était donc atteinte de pyonéphrose. L'orateur pratiqua l'ablation du segment inférieur avec son bassinet, ce qui amena la disparition des douleurs. Cette malformation pourrait s'expliquer par ce fait que le patient est issu d'une grossesse gémellaire.

La cystopexie contre l'hypertrophie prostatique.

M. Goldmann (de Fribourg-en-Brisgau). — La plupart des interventions ayant pour but de supprimer l'obstacle formé par l'hypertrophie de la prostate, portent sur la partie postérieure de cet organe. J'ai pu me convaincre cependant, sur plusieurs pièces anatomiques, que la région antérieure de la glande prostatique contribue dans une certaine mesure à augmenter l'obstacle, les fibres musculaires qui la constituent étant également hypertrophiées et produisant ainsi une forte tension. Il est donc indiqué de chercher un moyen pour remédier à cette disposition. Or, j'ai observé un prostatique très âgé, chez lequel, après une ponction vésicale à l'aide du trocart de Fleurant, j'avais laissé la canule à demeure pendant une dizaine de jours. Je pus pratiquer plus tard le cathétérisme et le malade finit même par uriner spontanément. Ayant eu ensuite l'occasion de faire l'autopsie de ce sujet, j'ai constaté que la fistule passagère établie par la ponction avait fixé solidement la paroi antérieure de la vessie à la paroi abdominale au-dessus de la symphyse pubienne. Cette adhérence vésicale avait produit une tension non seulement de la paroi vésicale antérieure, mais encore de la partie antérieure du col, maintenant ainsi l'orifice vésical béant et facilitant par suite la miction spontanée. Je me demande dès lors s'il ne serait pas utile de traiter l'hypertrophie prostatique par la cystopexie; cette opération obvierait non seulement à la tension circulaire du col vésical en lui opposant la tension verticale de la paroi antérieure de la vessie, mais elle diminuerait également les risques de formation d'un diverticule dans la paroi postérieure, en arrière de la prostate.

M. Rydygier (de Lemberg) fait remarquer que la cystopexie comme méthode de traitement de l'hypertrophie prostatique a été proposée il y a quelques années déjà par son élève, M. Krynski.

Traitement des petits néoplasmes de la vessie.

M. Schultheiss (de Wildungen) conseille de faire l'ablation des petits néoplasmes bénins de la vessie, à l'aide du cystoscope, sans ouvrir la cavité vésicale; il estime que cette méthode fournit plus de jour que la cystotomie sus-pubienne, tout en n'exposant pas plus que cette dernière à la récidive locale; il est évident, d'ailleurs, qu'elle n'empêche pas la formation de nouveaux papillomes en d'autres points.

L'orateur a aussi essayé dans un cas — il s'agissait d'un patient soumis antérieurement à trois interventions endovésicales et à la cystotomie — des injections de nitrate d'argent et d'acide tannique; il a ainsi amené non seulement la disparition des hémorrhagies, mais encore la chute spontanée de nombreux petits papillomes.

Traitement des plaies infectées.

M. von Bruns (de Tubingue). — Les recherches bactériologiques ayant amplement démontré qu'il est impossible, à l'aide des antiseptiques usuels, de stériliser une plaie infectée, on abandonne de plus en plus l'emploi de ces substances pour s'en tenir aux procédés mécaniques de désinfection, tels que la large incision, le lavage, le drainage et le tamponnement. J'estime cependant qu'il serait prématuré

de renoncer complètement à l'usage des antiseptiques, et surtout de l'acide phénique. Le traitement de l'hydrocèle par l'acide phénique concentré, ainsi que le procédé de M. Phelps pour le traitement des plaies tuberculeuses par l'acide phénique pur et l'alcool, m'ayant amené à la conviction que l'acide phénique concentré est beaucoup plus inoffensif qu'en solution, j'ai fait, avec mon assistant M. Honsell, l'essai de ce médicament dans 80 cas de plaies infectées, en procédant de la façon suivante :

On incise largement la plaie et, après évacuation du pus, on en touche le pourtour avec de l'alcool concentré, pour éviter la cautérisation de l'épiderme ambiant; puis, avec un tampon de gaze trempé dans une quantité d'acide phénique variant entre 2 et 6 grammes, on déterge pendant une minute toute la surface de la plaie. Cette application d'acide phénique est suivie immédiatement d'un lavage à l'alcool absolu. J'ai pu constater que ce procédé est peu douloureux; il détermine une sécrétion si peu abondante que j'ai souvent pu laisser le premier pansement pendant deux à quatre jours. Dans aucun cas, nous n'avons observé de phénomènes d'intoxication, pas même la coloration verte des urines. En outre, ce mode de traitement coupe court à l'infection septique des plaies, tant par la destruction des microbes siégeant à la surface que par la réaction énergique des tissus que produit la cautérisation. J'ajouterai qu'en présence des substances albuminoïdes, l'acide phénique concentré est un désinfectant beaucoup plus puissant que les solutions usuelles de sublimé.

M. Honsell (de Tubingue). — Les expériences instituées par moi au sujet du procédé de désinfection des plaies dont vient de parler M. von Bruns, m'ont permis de constater que la résorption de l'acide phénique au niveau de la plaie est rendue à peu près nulle par la formation immédiate d'une eschare. Ce fait explique l'absence complète de symptômes d'intoxication chez les malades traités par cette méthode. Le lavage de la plaie à l'alcool absolu n'empêche point, comme l'avaient cru MM. Phelps et Fraser, la formation de cette eschare, mais l'alcool enlève beaucoup mieux que l'eau une partie de l'acide phénique qui y est renfermé.

L'efficacité de ce procédé réside à la fois, ainsi que l'a dit M. von Bruns, dans la valeur bactéricide de l'acide phénique pur, beaucoup plus considérable que celle d'une solution de sublimé à 1 ‰, et dans l'irritation du tissu sous-jacent. Ce dernier facteur a cependant un rôle beaucoup moins important que le premier, dont la puissance est augmentée par ce fait que la petite quantité d'acide phénique qui imprègne l'eschare et n'est pas entraînée par l'alcool produit un effet d'une certaine durée. Il est évident que nous réservons ce traitement aux cas d'infection septique virulente et qu'en général nous nous en tenons aux moyens mécaniques, et principalement à l'incision large du foyer infecté.

M. Küster rappelle que le fer rouge de l'ancienne chirurgie, trop négligé par la génération actuelle, rend d'excellents services quand il s'agit d'arrêter immédiatement une infection septique. Il estime que, faites une, deux ou trois fois sous anesthésie chloroformique, les cautérisations suppriment presque sûrement ces infections; il considère ce moyen comme de beaucoup plus efficace que le thermocautère.

M. König (de Berlin) est d'avis que les progrès réalisés dans le traitement des plaies septiques sont considérables, malgré l'abandon de la désinfection chimique. La meilleure pratique lui paraît être l'incision aussi large que possible du foyer infecté et son traitement à ciel ouvert.

Le goitre; son traitement chirurgical, son traitement médical par le phosphore.

M. Kocher (de Berne). — Je désire vous communiquer les résultats de ma seconde série de 1,000 opérations pour goitres, comprenant 929 goitres ordinaires (4 décès), 27 goitres malins (6 décès), 20 thyroïdites (2 décès) et 24 goitres exophtalmiques (2 décès); parmi les goitres simples, 4 seulement étaient des récidives d'opérations antérieures.

Je m'arrêterai avant tout aux causes de la mort dans les 4 opérations pour goitre simple ayant eu une issue fatale. Nous notons un décès imputable à l'anesthésie chloroformique chez un sujet qui présentait déjà des battements cardiaques irréguliers, un par cachexie strumiprive aiguë chez un malade que nous n'avons pas pu suivre après l'opération, un par intoxication mercurielle après la simple toilette des téguments au sublimé chez un homme atteint de myocardite, enfin un consécutif à une exothyropexie. Cette simple énumération montre que tous ces décès auraient pu être évités : le premier par la suppression de l'anesthésie générale dans l'opération du goitre; cette suppression, devenue la règle à ma clinique, a le grand avantage d'empêcher les vomissements, cause tantôt de l'infection de la plaie, tantôt d'hémorrhagies post-opératoires. Le deuxième décès n'aurait pas eu lieu si l'on avait administré de la thyroïdine comme mesure préventive; c'est une précaution que nous prenons maintenant dès avant l'opération, toutes les fois qu'il s'agit d'un cas de goitre diffus où l'ablation d'une portion étendue du corps thyroïde peut entraîner des accidents d'athyroïdisme aigu. Quant à la cause du troisième décès, il aurait suffi pour la prévenir d'une asepsie rigoureuse excluant le sublimé, même pour la désinfection de la peau : actuellement je réserve cet antiseptique pour la stérilisation du matériel de ligature. Enfin, le quatrième décès fut consécutif à une exothyropexie; c'est là une opération d'urgence que nous devons éviter autant que possible et qui constitue un véritable anachronisme à notre époque d'asepsie. En observant les précautions que nous venons d'énumérer, nous avons eu une série ininterrompue de 302 opérations suivies de succès, série dans laquelle sont compris tant les goitres malins que les goitres exophtalmiques et les thyroïdites.

En ce qui concerne le manuel opératoire de la thyroïdectomie dans les cas ordinaires, nous donnons la préférence à la résection, réservant l'énucléation aux opérations pour récidive et aux patients chez lesquels l'état du corps thyroïde nous oblige à laisser le plus de tissu thyroïdien possible. Quant à la partie à exciser, nous choisissons toujours celle qui détermine les symptômes de compression, et nous laissons souvent la partie la plus visible du goitre pour pouvoir extirper un noyau profond. De plus, nous serrons l'isthme à l'aide d'une pince construite *ad hoc*, avant d'en pratiquer la ligature, afin de diminuer l'épaisseur de tissu étreinte par la ligature.

L'opération présente cependant quelquefois des difficultés, particulièrement en cas de goitre intra-thoracique, variété sur laquelle je désire attirer votre attention. Je ne discuterai pas ici l'étiologie du goitre intra-thoracique, lequel relève fréquemment de la thyréoptose, état pathologique survenant le plus souvent chez des sujets à maintien très droit, portant la poitrine en avant et la tête en arrière. Je distingue deux formes de goitre intra-thoracique :

1° Le goitre intra-thoracique partiel, plongeant par sa partie inférieure dans la cage thoracique et émergeant par l'ouverture thoracique au niveau du cou; il est séparé généralement en deux portions plus ou moins distinctes par une rainure marquant la position habituelle de la clavicule vis-à-vis de la tumeur;

2° Le goitre intra-thoracique complet, tout entier situé derrière le sternum, soit qu'il emprunte l'espace qui lui est nécessaire à l'un des poumons, soit qu'il se loge au milieu du médiastin; la première de ces formes est caractérisée très souvent par des accès d'asthme, de l'emphysème, de la bronchite et des troubles cardiaques imputables tous à la seule présence du goitre dans la cage thoracique; dans la forme médiastinale proprement dite, au contraire, nous voyons surgir tous les symptômes d'une tumeur du médiastin avec dilatations veineuses considérables au niveau de l'ouverture du thorax et signes rappelant de tout point ceux du goitre exophtalmique.

Au point de vue du traitement opératoire, qui présente souvent de sérieuses difficultés, il convient de distinguer suivant que le goitre intra-thoracique est mobile ou non. Une tumeur de la première variété est susceptible d'être luxée aisément vers le cou, et l'opération en est singulièrement facilitée. Il en est autrement de la forme enclavée; le moment le plus difficile de l'opération est ici l'extraction de la tumeur hors de la cavité thoracique, car alors la compression de la trachée produit des accès de suffocation; de plus, une hémorrhagie veineuse soudaine, facilitée par cette suffocation, peut venir obscurcir complètement le champ opératoire. Il importe donc de lier, avant de procéder au désenclavement du goitre, tous les vaisseaux que l'on peut atteindre et de sectionner l'isthme. Ceci fait, on tâchera de luxer le goitre aussi vite que possible, en s'aidant d'une pince et d'un levier en forme de cuiller que j'ai fait construire à cet effet; puis on pratiquera soigneusement toutes les ligatures qui seront encore nécessaires. En cas d'hémorrhagie imprévue, on s'efforcera de comprimer temporairement, à l'aide du doigt, le point qui saigne et on en fera immédiatement la ligature, car le tamponnement de la cavité rétro-sternale ne suffit pas à arrêter l'hémorrhagie et il augmente la dyspnée. Si l'on ne peut désenclaver la tumeur de cette manière, on introduira le doigt dans le tissu strumeux même, pour en pratiquer un évidement digital très rapide permettant de faire la luxation. On tiendra toujours à proximité une canule trachéale très longue, afin de pouvoir pratiquer, le cas échéant, une trachéotomie immédiate.

En prenant toutes ces précautions, l'opération du goitre rétro-sternal ne présente pas un danger excessif : les 22 cas que compte notre statistique ont tous eu une issue favorable.

En terminant, je dirai un mot du traitement médical du goitre. La médication iodurée présentant l'inconvénient d'exposer à l'iodisme aigu ou chronique, et les préparations thyroïdiennes, outre leur prix élevé, offrant les dangers non moins graves du thyroïdisme aigu ou chronique, nous avons cherché d'autres moyens thérapeutiques, en nous inspirant des expériences faites sous notre direction par M. Praczewski sur les effets du phosphate de soude dans le goitre exophtalmique. Il résulte des recherches et des analyses chimiques effectuées par mon fils A. Kocher dans le laboratoire de M. le professeur Heffter (de Berne) que la quantité d'iode dans le goitre est de 90 % inférieure au taux de cette substance dans le corps thyroïde normal, tandis que la proportion de phosphore y est notablement augmentée. Le même phénomène s'observe avec plus d'évidence encore dans le corps thyroïde pendant la grossesse, et il en est de même dans le goitre basedowien. En administrant à un goitreux soit de l'acide phosphorique, soit du phosphore pur, on constate une élévation du taux de l'iode du corps thyroïde, ainsi qu'une diminution correspondante de la proportion de phosphore. Cet effet est plus frappant après l'administration de phosphore pur qu'après celle d'acide phosphorique et elle dépasse de beaucoup l'augmentation de la teneur en iode consécutive à l'ingestion d'iode.

Ces faits démontrent que le phosphore active le fonctionnement normal du corps thyroïde. On pourrait se demander dans ces conditions si l'apparition du goitre n'est pas facilitée par un régime alimentaire pauvre en phosphore et si, chez la femme enceinte, l'insuffisance fonctionnelle du corps thyroïde ne proviendrait pas de l'appauvrissement de l'organisme en phosphore, appauvrissement causé par la formation de l'embryon.

L'amélioration du fonctionnement du corps thyroïde par l'ingestion de phosphore est accompagnée d'une diminution de volume du goitre, surtout appréciable pour les goitres hyperplasiques et pour les formes vasculaire et basedowienne.

Nos observations à ce sujet sont encore trop peu nombreuses pour nous permettre d'en tirer des conclusions définitives, mais les coïncidences singulières que je viens de signaler méritent cependant d'être examinées de près.

M. Kraske (de Fribourg-en-Brisgau). — Je dispose actuellement de 420 opérations de goitres, dont 220 extirpations partielles du corps thyroïde et 200 énucléations; sur ce nombre, 12 opérations pour goitre malin ont fourni un décès; les goitres simples ont été la cause de 2 morts, l'une par pneumonie, l'autre par syncope cardiaque consécutive à la narcose : ce dernier patient ayant été traité longtemps par les préparations thyroïdiennes, je serais disposé à attribuer cet accident à l'effet de la médication. Je suis actuellement, comme M. Kocher, partisan de l'intervention sans narcose générale, estimant avec lui que l'anesthésie locale évite de nombreuses complications.

. Je n'ai noté qu'un seul cas de tétanie, survenue après une extirpation totale. La malade a succombé au bout de six mois à une affection tuberculeuse; elle ne présentait encore aucun symptôme de cachexie strumiprive.

Quant à l'hémorrhagie post-opératoire, que j'attribue en grande partie, comme M. Kocher, aux vomissements consécutifs à la narcose, je l'ai observée quatre fois, toujours après des énucléations. Cette complication ne s'est plus reproduite depuis que je fais suivre l'énucléation de la suture de la capsule. J'ai noté chez un grand nombre de mes malades, après l'opération, une élévation de température indépendante de toute complication infectieuse. Je la rapporte — tout à fait d'accord avec M. von Mikulicz — à la résorption du tissu thyroïdien, et ceci d'autant plus volontiers que je l'ai vue survenir surtout après les énucléations étendues.

En ce qui concerne le traitement médical du goitre, je ferai observer que le nombre des ablations de goitres va en augmentant, ce qui me paraît prouver d'une manière indubitable l'inefficacité du traitement interne, notamment de la médication thyroïdienne. J'ai été l'un des premiers à constater les effets immédiats de ce mode de traitement, mais j'ai dû me convaincre que ces effets sont passagers; je ne l'ai pas vu produire une seule guérison durable. J'ai pu m'assurer, en outre, que, dans la plupart des cas, il ne facilite pas une opération ultérieure, ainsi que certains auteurs ont cru pouvoir l'affirmer, mais qu'il la rend au contraire plus difficile, le tissu conjonctif ambiant devenant plus résistant. Toutes ces raisons m'ont engagé à abandonner complètement l'administration de préparations thyroïdiennes chez les goitreux.

M. Goldmann communique l'observation d'un malade présentant une fistule chronique au niveau du sternum; l'opération permit de constater que cette fistule provenait non pas d'une carie de cet os, mais d'un goitre rétro-sternal tuberculeux. Le patient succomba à une broncho-pneumonie et l'autopsie révéla des foyers tuberculeux cicatrisés au niveau du poumon et de l'intestin.

M. Riedel (d'Iéna) dit qu'après avoir opéré environ 500 goitres, dont beaucoup étaient intra-thoraciques, il a été frappé de la fréquence de l'association d'un goitre externe droit et d'un goitre rétro-sternal gauche, sans pouvoir trouver une explication satisfaisante de ce fait. Il opère, comme M. Kocher, sous anesthésie locale. En ce qui concerne le manuel opératoire du goitre intra-thoracique, il a pu constater que la luxation en est notablement facilitée si l'on prolonge l'incision transversale de chaque côté, jusqu'au niveau de la région mastoïdienne; il estime que cette incision dispense de l'application du levier de M. Kocher.

M. Rehn (de Francfort-sur-le-Mein) est d'avis que les cas où l'incision préconisée par M. Riedel dispense de toute autre manœuvre pour le désenclavement de la tumeur ne sont point identiques au goitre purement rétro-sternal dont a parlé M. Kocher.

L'orateur relate un fait où le diagnostic était longtemps demeuré en suspens et où seule la médication iodurée, en dégageant légèrement le goitre, permit d'en faire le diagnostic exact.

M. König fait remarquer que le goitre, sans être fréquent à Berlin, s'y rencontre cependant d'une façon sporadique; il dit que la moitié des goitreux qu'il a observés ont passé toute leur vie à Berlin même. Il demande enfin à M. Kocher s'il suffit de laisser un quart du corps thyroïde pour éviter les accidents ultérieurs de tétanie ou de cachexie.

M. Kocher estime que cette quantité est suffisante, pourvu que ce quart se compose de tissu thyroïdien en état de fonctionner.

Des résultats éloignés de l'extirpation du ganglion de Gasser.

M. Krause (de Berlin) rend compte de 25 extirpations du ganglion de Gasser qu'il a pratiquées pour des névralgies du trijumeau. Il n'a point modifié son manuel opératoire, sauf en ce qui concerne la ligature préalable de l'artère méningée moyenne, dont il se dispense actuellement, quitte à arrêter immédiatement l'hémorrhagie, en cas de rupture de ladite artère, par l'introduction, dans le trou épineux, d'un petit crochet *ad hoc*. Des recherches faites à cet effet lui ont démontré qu'il est impossible, pour des raisons anatomiques, de ménager la portion motrice du trijumeau, dont la paralysie n'amène, du reste, aucun trouble sérieux de la mastication.

Quant à la mortalité opératoire, M. Krause compte 3 décès, dont le premier fut causé par une syncope attribuable à la narcose, le deuxième à un collapsus cardiaque survenu sept jours après l'intervention chez un sujet âgé atteint d'une affection cardiaque; le troisième enfin a trait à une malade ayant présenté au cours de la deuxième semaine — après une évolution complètement apyrétique — des symptômes de compression intracrânienne; on établit un drainage qui donna issue à un liquide séreux, mais la patiente succomba néanmoins trois semaines après l'opération, et l'autopsie ne révéla rien autre que de l'œdème des méninges.

Comme résultats définitifs, l'orateur insiste sur ce fait qu'il ne s'est jamais produit de récidive dans les cas où il s'agissait d'une névralgie classique du trijumeau, bien que certains opérés aient été suivis huit ans; au contraire, l'intervention n'eut aucun effet chez un sujet atteint de douleurs neurasthéniques simulant cette névralgie.

En ce qui concerne les symptômes produits par l'extirpation du ganglion, M. Krause a noté surtout des sensations anormales, mais non douloureuses, survenant particulièrement après un travail intellectuel, puis des ulcères passagers de la cornée, voire des lésions plus graves de cette dernière, notamment chez des sujets atteints de dacryocystite ou de lagophtalmie à la suite d'une opération antérieure sur la deuxième branche du trijumeau. Les paralysies des muscles oculo-moteurs, observées dans plusieurs cas, sont transitoires et disparaissent en deux ou trois mois au plus. Enfin, l'orateur a aussi constaté des troubles cérébraux généralement passagers, allant depuis une simple agitation jusqu'à une aphasie et à un ictus apoplectique.

Quatre opérations pour tumeurs cérébrales.

M. Heidenhain (de Worms). — J'ai eu l'occasion de pratiquer au cours de ces dernières années 4 opérations pour néoplasmes cérébraux. Il s'agissait, dans le premier cas, d'un tubercule solitaire situé au niveau du centre moteur et ayant occasionné une épilepsie jacksonienne typique, accompagnée d'hémiplégie, de neurorétinite double et de troubles psychiques (idées de persécution). L'aliénation mentale disparut dès le jour de l'opération, et la paralysie s'amenda notablement. Le malade a encore de très rares pertes de connaissance sans crises épileptiques proprement dites, et cela malgré une médication bromurée continuelle.

Le deuxième opéré, que je vous présente, avait vu son affection débuter il y a quatre ans par des céphalalgies suivies de troubles sensitifs au niveau de la main gauche (perte du sens musculaire et du sens stéréognostique), puis de neurorétinite double et de vertige, sans ralentissement du pouls ni vomissements. L'opération démontra l'existence d'un sarcome kystique affectant le centre cortical de la main gauche. L'opération, qui date de huit mois, fit disparaître immédiatement les maux de tête; mais les troubles sensitifs persistent encore.

Le troisième patient fut amené dans mon service avec des symptômes très prononcés de compression intracrânienne et une paralysie du facial du côté gauche. Je constatai, à l'opération, qu'il s'agissait d'une hydropisie du ventricule latéral droit, causée par un cancer mélanique du plexus choroïdien de ce ventricule. Je dus pratiquer l'ablation du lobe temporal tout entier. Les suites opératoires furent bonnes et je fus surpris de la bénignité des symptômes résultant d'une ablation aussi étendue. Le malade succomba cependant quelques mois plus tard à une hémiplégie aiguë provenant, comme on le reconnut à l'autopsie, de nombreuses métastases cérébrales.

Le quatrième cas, enfin, a trait à un jeune garçon chez lequel j'avais porté le diagnostic de néoplasme du cervelet. Je fis une crâniectomie temporaire très étendue, me permettant de palper toute la face supérieure du cervelet, mais je ne pus rien constater d'anormal. Le petit malade succomba au bout de quelques heures et l'autopsie montra l'existence d'un sarcome mou au milieu du cervelet.

Un cas de méningite spinale suppurée traitée par une double laminectomie.

M. Barth (de Dantzig) présente un jeune homme amené dans son service avec une blessure de la moelle épinière par coup de couteau, et chez lequel la ponction lombaire permit de reconnaître une méningite spinale suppurée. Une première laminectomie fut pratiquée au niveau du traumatisme, puis une deuxième à la région lombaire. Cette double intervention, combinée avec le drainage, fut suivie tout d'abord d'une paraplégie complète, mais passagère, qui n'entrava pas la guérison. Il persiste comme seule conséquence du traumatisme une légère paralysie de Brown-Séquard, due à la blessure unilatérale directe de la moelle par le couteau.

Séances du 11 avril 1901.

Des suppurations produites par les ligatures.

M. Hägler (de Bâle). — La suppuration des plaies opératoires revêt deux formes distinctes : l'une est caractérisée par une élévation plus ou moins rapide de la température, suivie de près de la formation d'un abcès, l'autre par l'expulsion tardive des ligatures après une évolution afébrile et aseptique en apparence.

L'examen bactériologique et microscopique permet de constater que, dans les deux cas, les fils sont imprégnés de microbes pyogènes. Cette infection des ligatures peut être secondaire et se faire dans une plaie infectée de tout autre façon; ou bien elle est primitive, et ceci qu'il s'agisse de la forme aiguë de la suppuration ou de l'expulsion tardive des ligatures, variétés entre lesquelles on trouve, du reste, toute une série de cas intermédiaires. L'expulsion des fils peut ne survenir que longtemps (jusqu'à deux ans) après l'opération.

Le meilleur moyen de se rendre compte de l'infection des fils est d'en faire des coupes microscopiques. Nous avons pu nous assurer ainsi que les ligatures purement aseptiques, c'est-à-dire stérilisées à la vapeur, renferment, après un séjour plus ou moins long dans l'organisme humain, un nombre de microbes pyogènes beaucoup plus considérable que les ligatures antiseptiques, telles que la soie imprégnée de sublimé à 1 ‰. Le sublimé se maintient dans la soie pendant huit jours environ, puis il en est extrait progressivement par les substances albuminoïdes environnantes. Ce laps de temps ne suffit pas toujours pour tuer complètement les germes; du moins ceux-ci sont-ils rendus inoffensifs pendant quelques jours, au bout desquels la guérison est assez avancée pour que l'organisme puisse leur résister. Aussi l'expulsion tardive des ligatures est-elle plus rare quand on emploie la soie au sublimé que lorsqu'on se sert de soie stérilisée à la vapeur ou par l'ébullition.

Les colonies de staphylocoques, dans les fils infectés, se trouvent fréquemment à l'intérieur du fil, entre les fibres dont il se compose. En imprégnant de la soie ou du fil avec une solution de caoutchouc ou de celloïdine, on n'empêche pas les microbes de pénétrer entre les fibres; au contraire, l'imprégnation à l'aide de paraffine ou de cire semble efficace à ce point de vue.

Le catgut résiste à la pénétration des micro-organismes beaucoup mieux que la soie. Nous avons toujours trouvé les bactéries pyogènes à la surface du catgut retiré d'une plaie plus ou moins infectée. Je ne crois pas, pour mon compte, à la réalité de suppurations produites par les effets chimiques du catgut : toutes les fois que ce dernier amène une suppuration, celle-ci est causée par des microbes pyogènes.

Ces expériences nous permettent d'affirmer une fois de plus que la stérilisation absolue des plaies est une chimère qu'on ne saurait réaliser.

Deux cas de chirurgie cérébrale.

M. Krönlein (de Zurich) relate l'observation d'un malade chez lequel il a extirpé, il y a six ans, un tubercule solitaire de l'écorce cérébrale

ayant déterminé des phénomènes d'épilepsie jacksonienne. Ce patient est encore en bonne santé à l'heure actuelle; c'est la guérison la plus durable qu'on ait constatée jusqu'à présent pour une pareille affection.

L'orateur montre ensuite le cerveau d'un homme chez lequel il avait diagnostiqué une tumeur cérébrale au niveau des centres moteurs du bras droit. La crâniectomie exploratrice ayant fourni un résultat négatif, il ferma la plaie; les crises épileptiques continuèrent et le malade succomba au bout d'un an et demi. L'autopsie fit voir un sarcome fuso-cellulaire du volume d'une mandarine, situé précisément au point où avait porté la trépanation. Au moment de l'opération, cette tumeur siégeait dans la substance blanche, se dérobant ainsi à l'investigation du chirurgien; elle n'était arrivée que progressivement à la surface de l'encéphale.

Encéphalite du lobe temporal consécutive à une otite moyenne.

M. Merkens (de Berlin) communique l'observation d'un malade amené dans le service de M. Sonnenburg avec des symptômes cérébraux consécutifs à une otite moyenne purulente. La trépanation de l'antre montra l'existence d'un petit abcès extra-dure-mérien. Les symptômes cérébraux persistèrent malgré l'opération, s'accompagnant d'aphasie et d'hémiplégie et donnant tout à fait l'impression d'un abcès cérébral. L'état du malade étant devenu très grave, on porta un pronostic fâcheux et on renonça à une nouvelle intervention. Quelques jours après; cependant, les manifestations cérébrales s'amendèrent pour disparaître spontanément au bout de peu de temps.

M. Merkens admet qu'il s'est agi dans ce cas non pas d'un abcès, mais d'une encéphalite non suppurée, caractérisée probablement par la simple infiltration du tissu cérébral.

Des blessures produites par les armes à feu modernes.

M. Schjerning (de Berlin). — Au cours de ces dernières années, l'étude expérimentale des lésions produites par les armes à feu modernes, ainsi que les expériences faites dans les guerres récentes et les progrès réalisés dans le traitement des plaies, ont fait faire un grand pas à la chirurgie de guerre.

En ce qui concerne les blessures causées par les projectiles d'artillerie, elles ne représentent pour les dernières guerres qu'une très faible proportion des blessures en général (pas même 10 %). Leur fréquence a été cependant plus considérable dans la guerre sud-africaine, vu la supériorité de l'artillerie anglaise sur celle des Boers, et j'estime qu'il en sera ainsi d'une manière générale dans les guerres de l'avenir, par suite de la précision et de la rapidité de plus en plus grandes du tir de l'artillerie. Il convient de distinguer les blessures produites par les shrapnells d'avec celles que cause l'éclatement des obus. Le shrapnell agit principalement par les projectiles de plomb qu'il renferme et, pour une petite partie seulement, par les éclats de son enveloppe. La vitesse initiale de ces projectiles correspond à celle du shrapnell lui-même au moment de son éclatement, plus 60 à 80 mètres par seconde, en raison de l'explosion de la charge de poudre renfermée dans le shrapnell. Ces projectiles portent exclusivement en avant et ne présentent aucun effet rétrograde.

Les blessures qu'ils occasionnent rappellent de tout point celles des anciens projectiles à grand calibre non cuirassés. Elles sont souvent d'une certaine étendue et de forme irrégulière; leur orifice d'entrée est habituellement rond, leur orifice de sortie d'ordinaire irrégulier; elles contiennent fréquemment des fragments de vêtements ou d'autres objets rencontrés par le projectile avant sa pénétration dans les tissus. En raison de leur grande surface, ces plaies sont exposées à l'infection plus que celles que produisent les fusils actuels.

L'effet des obus est sensiblement différent, les éclats d'obus présentant une vitesse initiale plus considérable que les shrapnells. Cette vitesse varie, suivant la charge de poudre, entre 430 et 1,000 mètres à la seconde, mais elle diminue rapidement, par suite de la résistance de l'air, laquelle est assez considérable pour des corps aussi irréguliers que les éclats d'obus.

La gravité des plaies que causent ces projectiles dépend de la distance à laquelle l'obus a éclaté, puis du volume et de la forme des éclats. Le plus grand éclat que nous ayons rencontré dans nos expériences pesait 23 grammes, mais c'est là un cas exceptionnel. Les destructions produites par un obus éclatant à petite distance sont beaucoup plus considérables que celles que déterminent les projectiles des autres armes à feu; nous avons vu, par exemple, l'articulation de l'épaule complètement détruite par un éclat ne pesant que 7 grammes, c'est-à-dire moitié moins environ qu'une balle de fusil; nombre de fois, des blessures dues à des éclats ne pesant qu'un gramme ont suffi pour mettre un soldat hors de combat ou pour le tuer sur le coup. Quant à la forme des blessures, elles sont très irrégulières et varient notablement suivant la grandeur et la forme de l'éclat. Elles renferment souvent des fragments de vêtements, des morceaux de l'abri derrière lequel le soldat se trouvait, ou de la terre remuée par l'obus en éclatant.

En ce qui concerne les projectiles du fusil actuel, leur force de pénétration considérable a été suffisamment démontrée, tant par les expériences faites sur des cadavres que par les observations recueillies dans les récentes guerres. C'est ainsi que le nombre des morts est sensiblement plus grand, comparativement à celui des blessés, dans les guerres actuelles que dans celles de l'ancien temps, et ce fait est vrai même pour la guerre sud-africaine, quoique la plupart des combats importants se soient livrés à des distances moyennes ou grandes; la proportion des tués serait encore plus élevée dans un combat à petite distance, qui sera sans doute le combat de l'avenir. Nous ne pouvons donc souscrire à l'opinion que le fusil actuel est une arme moins meurtrière que les anciens fusils à gros calibre et à projectiles non cuirassés.

Pour terminer, je dirai un mot de l'utilité de la laparotomie en cas de plaie de l'abdomen par coup de feu; je crois que l'opération est indiquée toutes les fois qu'il ne s'est pas écoulé plus de douze à quatorze heures depuis la blessure, et que le blessé peut être opéré dans des circonstances propices, sans avoir à subir un transport trop pénible. Passé ce délai, il me paraît préférable de s'abstenir, pour ne pas rompre les adhérences qui ont pu délimiter une région contaminée par le contenu intestinal.

M. Krönlein montre trois projectiles se composant chacun de deux balles soudées entre elles en croix; ces projectiles ont été trouvés tous les trois derrière les cibles d'un champ de tir. L'orateur suppose qu'il ne s'agit pas de balles qui se sont rencontrées dans l'air, mais plutôt d'une balle tombée par terre et touchée par une autre.

M. Reger (de Dantzig) rappelle certains cas de blessures dues au fusil moderne, qui ont été publiés par M. Krönlein.

Deux catégories de faits méritent de retenir l'attention : la première concerne les coups de feu tirés à bout portant et ayant traversé une partie du cerveau sans amener la mort. Cette constatation paradoxale et contraire à toutes les expériences balistiques s'expliquerait, d'après l'orateur, par les considérations suivantes : il s'agirait de coups de feu ayant atteint le cerveau selon la tangente et ayant parcouru une partie très restreinte de la boîte crânienne, d'où résulterait une diminution considérable de l'effet d'éclatement, lequel se produit invariablement dans les coups de feu du crâne à bout portant; en outre, ces observations concernant des tentatives de suicide, M. Reger estime que le coup de feu est parti au moment où le sujet faisait une forte inspiration ayant eu pour effet d'abaisser la pression intracrânienne, par suite de la diminution de la pression sanguine; cette dernière circonstance contribuerait aussi à diminuer l'effet d'éclatement.

La deuxième catégorie, qui est la plus intéressante, comprend 3 cas désignés par M. Krönlein comme « exentération du cerveau » : des coups de feu ayant été tirés, sinon à bout portant, du moins de très près, les projectiles traversèrent la base du crâne et firent sortir de la boîte crânienne l'encéphale entier et pour ainsi dire intact, qu'ils projetèrent à une petite distance. Ces observations singulières s'expliqueraient, d'après M. Reger, par ce fait que le projectile a dû traverser dans les trois cas la région de la base du crâne renfermant le plus de liquide cérébro-spinal et les vaisseaux sanguins les plus volumineux. La force vive du projectile aurait ainsi pu se transformer en un effet hydraulique d'une intensité inusitée, soulevant l'encéphale et le projetant au dehors à travers la voûte crânienne largement éclatée.

M. Ringel (de Hambourg). — Ayant fait partie de l'ambulance allemande envoyée sur le théâtre de la guerre sud-africaine, j'ai eu l'occasion de faire quelques remarques sur l'action des projectiles modernes. Je dois convenir tout d'abord avec M. Schjerning que nous n'avons pas eu fréquemment l'occasion d'observer les effets des projectiles tirés à petite distance.

En ce qui concerne les blessures des parties molles, les balles ne restent que très rarement dans la plaie, grâce à leur force de pénétration considérable. L'hémorrhagie extérieure est généralement peu abondante, vu la petitesse des orifices d'entrée et de sortie, tandis qu'il se produit souvent de fortes suffusions sanguines sous-cutanées. La question de la blessure des gros vaisseaux est fort difficile à trancher : en effet, on ne connaît pas, pour chaque cas, la position dans laquelle se trouvait le soldat au moment où il a été touché; il en est de même des blessures nerveuses. Pour ces dernières, nous avons observé toutes les formes de lésions, depuis la simple contusion jusqu'à la section complète.

Relativement à la fréquence de l'infection, nous avons pu nous convaincre de l'importance qu'il y a à considérer les plaies comme aseptiques; les blessés qui ont guéri le plus rapidement sont ceux chez lesquels on a fait l'occlusion pure et simple de la plaie, tandis que le tamponnement à l'aide de gaze iodoformée a souvent ralenti la guérison et facilité l'infection ultérieure.

Quant aux lésions du squelette, les destructions osseuses sont à peu près également étendues, quelle que soit la distance d'où a été tiré le coup de feu; toutefois, le nombre des esquilles augmente et leur volume diminue, lorsque le coup a été tiré à une petite distance. Nous traitions toutes les fractures à orifice cutané étroit comme des fractures non compliquées, nous bornant à l'occlusion de la plaie; nous avons obtenu ainsi des guérisons rapides, malgré des destructions osseuses très considérables.

Les lésions du thorax et du poumon nous ont donné des résultats particulièrement favorables : sur 17 cas, nous n'avons vu qu'un seul empyème, causé très probablement par la ponction d'un hémothorax avant l'arrivée du blessé à l'hôpital.

Les observations de coups de feu du crâne nous ont paru confirmer, dans les points principaux, les résultats des expériences faites sur le cadavre.

Pour ce qui est des lésions abdominales, nous n'avons pas tardé à reconnaître qu'il convient d'individualiser chaque cas, tout en suivant les principes consacrés par la chirurgie journalière. J'ai opéré un soldat qui avait reçu une balle à 2,000 mètres de distance : l'intestin grêle était perforé en deux endroits, sans qu'il y eût dans la cavité abdominale la moindre trace de contenu intestinal; les orifices intestinaux étant très petits, la muqueuse, aidée d'un bouchon fibrineux, était venue les obturer complètement. Je suis convaincu que ce blessé aurait guéri sans intervention.

Quant à la comparaison des effets des projectiles modernes avec ceux des anciennes balles, sans aller aussi loin que certains chirurgiens anglais, notamment MacCormac, je dois dire que la marche de la plupart des blessures est si favorable que le projectile actuel mérite dans une certaine mesure le nom de projectile humanitaire (*humanes Geschoss*) que lui a donné M. von Bruns.

M. Tilmann (de Greifswald). — J'ai examiné à New-York 5,000 préparations anatomiques faites à l'occasion de la guerre de Sécession, parmi lesquelles 190 provenaient d'amputations d'emblée et 790 d'amputations secondaires. Il ressort de la comparaison de ces deux nombres — ainsi que des observations que j'ai pu faire sur ces pièces — que l'amputation était pratiquée surtout à cause des complications septiques, et non pour les destructions

osseuses. J'ai pu me convaincre, d'ailleurs, que ces dernières étaient moins étendues que celles que produisent nos projectiles actuels, et une bonne partie des amputations d'emblée ont été faites dans un but préventif, pour parer au danger de l'infection septique, lequel était considérable à cette époque.

M. Petersen (de Heidelberg) insiste sur la nécessité de soumettre à la laparotomie, en temps de paix du moins, tout individu ayant reçu un coup de feu dans l'abdomen et présentant des symptômes d'infection péritonéale.

La castration contre la tuberculose testiculaire.

M. von Bruns. — La question de la castration dans la tuberculose testiculaire a été fort discutée, notamment à la Société de chirurgie de Paris, dont la plupart des membres se sont montrés opposés à cette mesure radicale, et surtout à la castration double. On a prétendu, en effet, que l'ablation du testicule entier est inutile et qu'il suffit de détruire le tissu tuberculeux au niveau de l'épididyme; on a dit aussi que la castration est insuffisante dans les cas où d'autres organes sont également atteints de tuberculose; cette dernière opinion repose sur la théorie de l'origine descendante de la tuberculose testiculaire, théorie que mon expérience personnelle ne me permet pas d'admettre. Enfin, on a invoqué l'effet fâcheux, au point de vue psychique, de l'ablation des deux testicules.

En présence de ces critiques, j'ai voulu me rendre compte des résultats obtenus dans mon service par la castration tant unilatérale que bilatérale, et je viens vous soumettre les conclusions de cette enquête. Elle a porté sur 111 cas (dont certains remontent à trente-quatre ans), comprenant 78 castrations unilatérales et 33 castrations doubles.

En ce qui concerne la propagation au testicule de la tuberculose épididymaire, j'ai pu constater dans 24 % des cas que le testicule était envahi dès le troisième mois, et qu'il l'était dans 40 % des cas au sixième; passé ce délai, il fut trouvé atteint dans 60 % des cas. Quant à la participation de l'autre testicule, je l'ai notée chez 26 % des malades soumis à la castration unilatérale; en comparant ce pourcentage à celui de la fréquence de la tuberculose testiculaire double en général, je crois pouvoir conclure que la castration unilatérale constitue une mesure prophylactique favorable au testicule encore sain.

Comme résultats définitifs, 11 % des sujets ayant subi la castration unilatérale succombèrent plus tard à une tuberculose uro-génitale, et 15 % à une tuberculose pulmonaire, qui existaient déjà, le plus souvent, au moment de l'intervention. Dans 46 % des cas, la guérison fut définitive. Pour la castration bilatérale, nous trouvons 15 décès ultérieurs par tuberculose uro-génitale, 24 par tuberculose générale; 53 % des opérés furent définitivement guéris. Quant aux prétendus troubles psychiques produits par la castration, je ne les ai jamais observés. Je me crois donc autorisé à dire que, dans la moitié des cas, la tuberculose testiculaire guérit par la castration, l'étude détaillée de ma statistique m'ayant prouvé qu'une guérison qui se maintient trois ans a toutes les chances d'être définitive.

Ces résultats dépassent nos espérances; aussi continuerons-nous à considérer la castration précoce comme le traitement de choix de la tuberculose testiculaire, jusqu'à ce que l'on ait pu nous présenter des résultats aussi favorables obtenus par des mesures conservatrices.

M. von Baumgarten (de Tubingue). — L'origine de la tuberculose testiculaire et urogénitale n'ayant pas encore fait l'objet de recherches expérimentales, j'ai entrepris cette étude avec l'aide de M. Krämer (de Cannstatt).

Il s'agissait, avant tout, de déterminer si la tuberculose testiculaire peut être descendante, c'est-à-dire si elle peut survenir à la suite d'une tuberculose vésicale ou prostatique.

Une première série d'expériences faites sur des lapins nous a démontré qu'il est impossible de produire une tuberculose testiculaire par l'injection de cultures de bacille de Koch dans l'urèthre, lors même qu'on parvient ainsi à provoquer une tuberculose de la prostate et de la région attenante de la vessie.

Il est facile, par contre, de réaliser une tuberculose du canal déférent, de la vésicule séminale et de la prostate, en injectant des bacilles de Koch dans le testicule. Ce résultat a été constant avec des bacilles provenant d'une tuberculose bovine et très virulents; les injections de bacilles de Koch recueillis sur l'homme furent moins démonstratives. Ce fait montre que la virulence du microorganisme joue un rôle considérable dans la propagation de la tuberculose uro-génitale.

Cette tuberculose ascendante put être constatée dans tous les cas au bout de quatre ou cinq semaines, alors même — mais ici d'une façon moins nette — que le canal déférent avait été lié. Jamais, par contre, nous n'avons observé la propagation de la tuberculose au testicule du côté opposé.

Ces particularités s'expliquent par l'immobilité du bacille de la tuberculose, qui ne peut remonter le courant des liquides organiques, d'autant qu'il ne se développe pas dans l'urine ni le sperme. Il ne saurait donc exister de tuberculose ascendante dans les uretères, ni descendante dans le canal déférent. Pour ce qui est du courant lymphatique, nous ne savons pas encore d'une manière certaine s'il est ascendant ou descendant au niveau du canal déférent; je suis porté à croire cependant qu'il a la même direction que le sperme.

Je n'ai trouvé aucune relation d'autopsie favorable à l'opinion contraire, tandis que j'ai constaté de nombreux faits confirmant les données de l'expérimentation. Je suis donc complètement d'accord avec M. von Bruns et j'estime que l'existence d'une tuberculose testiculaire primitive, c'est-à-dire indépendante de toute affection tuberculeuse du reste de l'appareil uro-génital, est suffisamment démontrée.

M. von Büngner (de Hanau). — J'ai recommandé, il y a huit ans, une modification du procédé habituel de la castration, consistant dans l'évulsion du canal déférent jusqu'à sa rupture, laquelle se produit généralement au niveau du tiers supérieur, parfois même du cinquième supérieur. Je crois que l'on peut ainsi obtenir la guérison radicale même dans les cas où la simple castration est insuffisante.

On a objecté que cette opération pouvait entraîner la déchirure du péritoine, ou la rupture du canal déférent au milieu d'un foyer tuberculeux; on a craint aussi qu'elle ne détermine une hémorrhagie au niveau du canal. Or, je n'ai jamais constaté la déchirure du péritoine sur le cadavre, ni l'hémorrhagie sur le vivant; quant à la rupture du canal déférent au niveau d'un foyer tuberculeux, j'estime qu'elle ne présente aucun inconvénient particulier; elle doit se produire, d'ailleurs, plus fréquemment encore au cours de la castration habituelle.

J'ai appliqué ma méthode un grand nombre de fois et je n'ai eu qu'à m'en louer. Il est évident qu'elle demeure insuffisante lorsque la vésicule séminale ou la prostate sont également atteintes. On pourrait songer, en pareil cas, à faire une opération plus radicale encore, par exemple à associer la castration telle que je la propose avec l'ablation de la vésicule séminale et du foyer prostatique par la voie périnéale. Mais les malades sont souvent dans un état de faiblesse qui ne leur permettrait pas de supporter cette double intervention. Aussi ai-je eu l'idée d'injecter de la glycérine iodoformée dans le canal déférent, tant vers la vésicule séminale que vers l'épididyme. Mes observations sont encore trop récentes pour que je puisse en tirer des conclusions, mais je crois cependant pouvoir conseiller ce mode de traitement qui, en tout cas, ne présente aucun inconvénient.

M. Simon (de Heidelberg) rapporte les résultats obtenus à la clinique chirurgicale de Heidelberg, dans le traitement de la tuberculose testiculaire, par la castration. Sa statistique comprend 92 cas, avec 66 guérisons radicales. Chez 24 de ces malades, il existait déjà, au moment de l'intervention, une tuberculose pulmonaire qui, 10 fois, rétrocéda après l'opération; 10 autres sujets étaient atteints simultanément d'une tuberculose osseuse dont les progrès furent également arrêtés par la castration. Dans 29 cas, on fit la castration double, avec 8 morts ultérieures et 21 guérisons, dont quelques-unes datent de vingt ans. Quant aux troubles psychiques, ils n'ont été observés qu'une seule fois; bien souvent, au contraire, le fonctionnement de l'appareil sexuel a paru rester normal, même après une castration double.

M. König (d'Altona) préconise l'ablation totale du canal déférent, en partie par la voie inguinale — en ouvrant largement le canal inguinal et en pénétrant aussi loin que possible dans la direction de la vessie —, en partie par la voie périnéale, laquelle permet d'extirper en même temps la vésicule séminale et la partie de la prostate atteinte de tuberculose. Il conseille, pour cette seconde partie de l'opération, de pratiquer en arrière de la racine du scrotum un volet périnéal rectangulaire à base antérieure.

M. König (de Berlin). — Les résultats obtenus par M. von Bruns et les expériences faites par M. von Baumgarten me paraissent renverser complètement les notions ayant cours jusqu'ici sur la tuberculose testiculaire. Aussi, en ce qui concerne les conclusions de ces expériences, ne puis-je m'empêcher d'exprimer quelques doutes sur la possibilité de les appliquer à la pathologie humaine.

Je conviens que l'on peut rencontrer des exemples de tuberculose testiculaire primitive, mais un examen minutieux et répété de mes malades m'a montré que, dans la plupart des cas, la tuberculose de la prostate et des vésicules séminales précède celle du testicule, cette dernière n'étant généralement qu'une manifestation secondaire de la tuberculose uro-génitale; c'est ainsi qu'on voit assez fréquemment une tuberculose rénale se compliquer successivement de tuberculose de la vessie, puis de la prostate, et enfin du testicule.

Quant au traitement, je reconnais qu'il existe telles circonstances où, malgré une tuberculose bilatérale, la castration s'impose : il s'agit alors de lésions très avancées ne permettant l'application d'aucun autre moyen thérapeutique. Mais je suis moins radical dans la grande majorité des cas, et j'estime, bien que les essais d'injection de glycérine iodoformée ne m'aient pas donné de résultats très satisfaisants, que l'on ne doit pas procéder trop hâtivement à une opération aussi mutilante que la castration.

M. Gussenbauer (de Vienne) pense également que la tuberculose testiculaire n'est pas une manifestation primitive de la tuberculose, mais qu'il existe le plus souvent, concurremment avec elle, des foyers tuberculeux soit dans le poumon, soit dans d'autres organes. La propagation au testicule se fait non seulement par le canal déférent, mais aussi par la voie sanguine.

En ce qui concerne les indications thérapeutiques, l'orateur préconise le traitement conservateur quand il se manifeste une tendance spontanée à l'induration et à la cicatrisation, tandis qu'il recommande la castration dans les cas de destruction étendue. Il insiste sur les guérisons spontanées, avec ou sans formation de fistule. Au point de vue du choix de l'opération, il veut une intervention aussi radicale que possible, par exemple l'ablation complète du canal déférent par la voie inguinale.

M. Henle (de Breslau) communique les résultats obtenus à la clinique chirurgicale de Breslau; les injections iodoformées étant très douloureuses et ayant une efficacité insuffisante, il se déclare partisan de la castration et aussi de l'opération de M. von Büngner.

M. Bier (de Greifswald) se montre opposé à la castration; il proscrit même complètement la castration double, parce qu'elle constitue une mutilation trop considérable. Comme traitement général, il préconise les bains de mer de très courte durée en été et en automne, et différentes pratiques d'hydrothérapie en hiver. Cette thérapeutique lui a valu d'excellents résultats, même dans des cas de tuberculose rénale et vésicale.

Opération plastique pour perte de substance complète de la peau du pénis et du scrotum.

M. Bessel-Hagen (de Charlottenbourg) relate l'observation d'un malade chez lequel un phlegmon étendu avait déterminé la gangrène des téguments du pénis et du scrotum. Les testicules se recouvrirent spontanément de peau, comme c'est la règle en pareil cas, mais la perte de substance des téguments du scrotum n'en eut pas moins pour conséquence de priver le chirurgien du meilleur moyen de reconstituer les téguments péniens. Il fallut donc s'adresser ailleurs; l'orateur pratiqua à cet effet deux incisions horizontales à l'hypogastre, l'une au niveau de la symphyse, l'autre plus haut, à

une distance correspondant à la longueur de la verge. Il décolla le pont cutané ainsi formé, et glissa dans ce canal artificiel le pénis relevé vers le haut. Le lambeau ayant été sectionné dix jours plus tard, la verge se trouva complètement entourée de téguments abdominaux. De nouvelles opérations autoplastiques furent pratiquées, tant pour couvrir la perte de substance de l'hypogastre que pour éviter la rétraction cicatricielle ultérieure du membre vers le haut. Le résultat définitif fut très satisfaisant, malgré la nécrose des bords du lambeau hypogastrique.

Des différentes méthodes d'anesthésie et de leurs indications.

M. von Mikulicz (de Breslau). — Après avoir discuté pendant longtemps si l'on doit donner la préférence à l'éther ou au chloroforme pour l'anesthésie générale, on en est arrivé maintenant à se demander s'il ne conviendrait pas de remplacer l'anesthésie générale par l'anesthésie locale, telle que la produisent la congélation par l'éther, le chlorure d'éthyle ou le mélange de chlorures d'éthyle et de méthyle, la cocaïnisation d'après les méthodes de MM. Reclus, Schleich, Oberst et Hackenbruch, et enfin l'anesthésie médullaire de M. Bier.

Ce dernier procédé a été employé 40 fois environ dans mon service, et j'estime, comme M. Bier d'ailleurs, qu'il n'est pas assez perfectionné ni assez inoffensif pour passer dans la pratique.

La proportion dans laquelle nous employons les différentes méthodes d'anesthésie ressortira des chiffres suivants, représentant la statistique de la clinique et de la policlinique chirurgicales de Breslau au cours des cinq dernières années : nous avons pratiqué 5,242 narcoses au chloroforme, 438 à l'éther, 85 au bromure d'éthyle, 1,739 anesthésies locales d'après le procédé de Schleich, 850 d'après celui d'Oberst et 60 d'après celui de Hackenbruch, enfin 5,000 anesthésies locales par la congélation.

En ce qui concerne le choix entre l'anesthésie locale et l'anesthésie générale, j'estime qu'il convient d'établir trois catégories de faits :

A la première ressortissent les cas où aucun chirurgien ne consentirait à pratiquer une anesthésie générale, l'anesthésie locale suffisant amplement. Je citerai comme exemples l'extirpation d'un athérome, l'incision d'un abcès et, d'une manière générale, les nombreuses interventions de petite chirurgie.

Le deuxième groupe comprend les cas où, tout au contraire, l'anesthésie générale doit être préférée, sans discussion possible, à l'anesthésie locale. Telles sont les nombreuses laparotomies laborieuses, les opérations rénales, l'ablation du cancer du sein, la chirurgie crânienne, les grandes opérations sur les mâchoires. L'anesthésie locale par infiltration, d'après la méthode de M. Schleich, aurait ici l'inconvénient d'exiger une trop grande quantité de cocaïne, puis d'être incomplète et enfin d'empêcher l'orientation du chirurgien à un degré qui rendrait l'opération inutilement dangereuse.

Dans la troisième classe, je range les cas où il est permis actuellement de se servir tantôt de l'anesthésie générale, tantôt de l'anesthésie locale : j'entends parler de nombre d'opérations sur l'estomac et l'intestin, de la kélotomie et de la cure radicale de la hernie, des opérations sur la vessie, de l'ablation du goitre. Ici, la statistique, à elle seule, ne suffit pas à trancher la question ; il faut, dans chaque cas pris isolément, tenir compte de l'importance des lésions et de la gravité de l'opération en elle-même : on se décidera d'autant plus facilement pour la narcose générale que l'affection sera plus sérieuse et l'intervention plus dangereuse. On se basera ensuite sur l'état du cœur et des poumons, on songera aux effets ultérieurs de l'anesthésie générale (dégénérescence du muscle cardiaque, des tissus hépatique et rénal), plus fréquents après la chloroformisation qu'après l'éthérisation, enfin on agira d'après l'état général du patient. Quant aux pneumonies postopératoires, elles surviennent non seulement après la narcose à l'éther, mais aussi après l'anesthésie locale; la statistique que j'ai fait dresser à cet effet démontre qu'elles dépendent surtout de la nature de la maladie et de l'opération. M. Henle vous fournira demain des renseignements détaillés à ce sujet.

Enfin, il est de toute importance de faire intervenir la sensibilité physique et psychique du patient, qui présente des différences très notables suivant le sexe, l'âge et les habitudes : la même opération est faisable sous anesthésie locale chez l'un et impossible chez l'autre. Il convient, en particulier, de tenir compte plus qu'on ne le fait d'ordinaire de la sensibilité psychique, une intervention sans anesthésie générale pouvant, dans certains cas, amener un shock considérable, lequel disparaît, comme j'ai pu le constater, dès qu'on administre un anesthésique général.

Quant au choix entre le chloroforme et l'éther, je suis devenu partisan de l'éther, dont la limite est beaucoup plus large entre la dose suffisante pour obtenir la narcose et la dose mortelle.

M. Bier. — Depuis le moment où j'ai publié mes 6 observations d'anesthésie de la moelle épinière à l'aide d'une injection de cocaïne dans les méninges de la région lombaire, j'ai pu réunir dans la littérature médicale 1,200 cas où ce mode d'analgésie a été employé. Ses nombreux avantages sont contrebalancés par des inconvénients plus ou moins sérieux et en tout cas très fréquents, allant depuis une céphalalgie plus ou moins tenace jusqu'à des accidents graves, voire même mortels.

Aussi cette méthode, dans sa forme actuelle, ne mérite-t-elle pas l'enthousiasme avec lequel elle a été accueillie par certains confrères. Toutefois, elle présente des avantages si marqués qu'il est de notre devoir de chercher à la rendre inoffensive; on peut la perfectionner de trois façons différentes :

1° En remplaçant la cocaïne par une substance tout aussi analgésique, mais moins toxique. Dans des expériences ayant porté sur 150 chats, j'ai pu constater que la simple injection d'une certaine quantité de solution physiologique de chlorure de sodium suffit, probablement par compression, pour produire l'anesthésie; malheureusement, ce moyen est inefficace chez l'homme. J'ai obtenu des effets analgésiques très marqués avec l'acide phénique, mais la grande toxicité de cette substance en empêche l'emploi. J'ai essayé enfin un grand nombre d'autres produits, dont aucun ne m'a donné satisfaction. Dans mes opérations sur l'homme, j'ai substitué à la cocaïne l'eucaïne et la péronine, mais ces substances ont un effet analgésique insuffisant, sans mettre à l'abri de tout accident secondaire. Quant à la tropacocaïne, sa toxicité est moins grande que celle de la cocaïne, mais son action analgésique m'a parue également inférieure, dans les cas relativement peu nombreux où je m'en suis servi;

2° En employant des solutions plus diluées, et en extrayant avant l'injection une quantité correspondante de liquide céphalo-rachidien. J'ai expérimenté ce procédé dans 19 cas et j'ai pu constater que l'on obtient ainsi une anesthésie plus étendue encore que par la méthode ordinaire — elle remonte jusqu'aux bras —, mais moins intense : elle porte exclusivement sur l'abolition des sensations douloureuses, sans influencer le sens tactile ni le sens thermique; aussi ce procédé n'est-il applicable qu'aux patients peu agités; il n'est, d'ailleurs, pas exempt d'inconvénients : il a produit dans 14 cas des accidents post-anesthésiques, moins accusés, il est vrai, qu'après l'injection telle qu'on la fait d'habitude;

3° En élevant la pression intracrânienne, de façon à éviter la production des troubles cérébraux par un obstacle à la diffusion du poison jusqu'à l'encéphale. J'ai atteint ce résultat par l'application, autour du cou, d'une bande élastique juste assez serrée pour déterminer une légère cyanose, sans provoquer des sensations trop désagréables. Ce moyen m'a paru diminuer notablement les accidents ultérieurs de l'anesthésie médullaire.

Je dois conclure de ces essais que nous ne possédons pas encore une méthode susceptible d'être recommandée aux praticiens. Je n'hésite pas à déclarer que le procédé, tel que je l'ai décrit dans ma première publication, est trop dangereux pour pouvoir être employé couramment, mais j'estime qu'en poursuivant les recherches dans le sens que je viens d'indiquer, nous arriverons à trouver une méthode exempte de dangers.

M. Schwarz. — J'ai obtenu l'anesthésie de la moelle épinière d'après la méthode de M. Bier, mais en remplaçant la cocaïne par la tropacocaïne, dont l'action analgésique, quoique légèrement inférieure à celle de la cocaïne, est cependant suffisante pour permettre la cure radicale de la hernie. Les effets désagréables sont, par contre, presque nuls avec cette substance; c'est ainsi que les nausées font complètement défaut; les vomissements ne se sont produits que 2 fois sur 44 cas et les céphalalgies seulement 4 fois; je n'ai constaté dans aucun cas d'élévation de la température.

M. Kader (de Cracovie). — J'ai eu recours au procédé de M. Bier dans 65 cas, en utilisant au début la cocaïne, puis l'eucaïne et enfin la tropacocaïne. Quand j'emploie cette dernière substance, j'ai toujours soin d'extraire une quantité de liquide cérébro-spinal une fois et demie aussi grande que la quantité de liquide que je vais injecter. Le titre de ma solution varie de 0.5 à 1 % ; comme dose, je suis allé jusqu'à 0 gr. 07 centigr. chez l'adulte. J'ai obtenu ainsi une anesthésie remontant jusqu'au cou et me permettant de pratiquer l'opération du goitre et l'extirpation de ganglions lymphatiques. J'ai soin d'administrer préalablement de la digitale et de faire des injections d'huile camphrée toutes les fois que le pouls présente quelque modification. En prenant ces précautions, je n'ai jamais observé d'accident fâcheux.

Transformation de la cocaïne, dans l'organisme, en un produit non toxique.

M. Kohlhardt (de Halle) communique les résultats d'expériences qu'il a faites sur la transformation de la cocaïne dans l'organisme. Il a pu constater que l'injection dans la patte d'un lapin de 0 gr. 20 centigr. de cocaïne, dose sûrement mortelle, a une action sensiblement atténuée, sinon nulle, si l'on a soin d'appliquer avant l'injection une constriction élastique autour de la racine du membre. Si l'on ne maintient ce lien que pendant un quart d'heure après l'injection, la mort survient, bien qu'un peu plus tardivement que d'ordinaire; mais il suffit de laisser le lien en place durant une heure pour rendre cette dose mortelle de cocaïne absolument inoffensive. Le même résultat a été obtenu après injection du double de la dose mortelle.

Dr F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds.

(*A suivre.*)

BULLETIN

A propos d'un essai de rajeunissement d'une très vieille méthode thérapeutique.

Au commencement du siècle dernier, un apologiste enthousiaste de la *fièvre*, qui prétendait être « redevable aux bienfaits de cette réaction salutaire de la conservation du plus chéri des pères, tourmenté depuis longtemps d'une cruelle maladie », déclarait gravement que « tout l'art du médecin instruit est de savoir se servir de la fièvre ». Il existait, paraît-il, à cette époque-là une soi-disant science qui avait pour objet d'utiliser la fièvre dans un but thérapeutique, puisque, en 1787, la Société royale de médecine de Paris mettait au concours la question de savoir « avec quelles précautions on doit exciter la fièvre ». Depuis lors, le dogme des causes finales a été fortement discrédité et on a appris que les phénomènes morbides, loin d'être des manifestations d'une force veillant à la conservation de l'individu, sont en réalité des processus à double portée, difficiles à régler et qui peuvent tantôt être utiles à l'organisme, tantôt aboutir à un désastre. Aussi nos lecteurs ne seront-ils pas peu surpris d'apprendre que, par un de ces retours en arrière dont l'histoire de la médecine offre d'ailleurs de nombreux exemples, un confrère d'outre-Rhin ne propose rien moins que de *se servir*, dans un but thérapeutique, de la... fièvre provoquée au moyen de la transfusion de sang hétérogène (*Transfusionsfieber*), opération depuis longtemps abandonnée en raison des troubles graves auxquels elle donnait habituellement lieu. M. le professeur A. Bier (de Greifswald), qui essaie de ressusciter cette méthode tombée en désuétude (1), commence

(1) BIER. Die Transfusion von Blut, insbesondere von fremdartigem Blut, und ihre Verwendbarkeit zu Heilzwecken von neuen Gesichtspunkten betrachtet. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 avril 1901.)

cependant par passer en revue les phénomènes fâcheux que provoque d'ordinaire la transfusion à l'homme de sang animal. Dyspnée très intense, quintes de toux s'accompagnant d'expectoration sanguinolente chez les sujets atteints d'affections pulmonaires, bouffées de chaleur avec rougeur débutant par la face pour s'étendre ensuite à tout le reste du corps, coliques fréquentes et vomissements, maux de tête et douleurs lombaires, frissons répétés et fièvre pouvant atteindre, voire même dépasser 41° à 42°, albuminurie et hémoglobinurie, éruptions cutanées et production d'œdème, rien ne manque à ce tableau que le chirurgien de Greifswald croit pouvoir qualifier de véritable infection aiguë et qui semble de nature à faire rejeter à jamais l'idée de mettre en pratique la méthode en question. Mais — et c'est là que le fait devient... disons, par euphémisme, d'une singulière originalité — M. Bier, en ayant recours chez plusieurs malades à des injections intraveineuses de sang défibriné d'agneau, comptait précisément sur les désordres graves que nous venons d'énumérer et qui, en raison de vues purement théoriques, lui paraissaient susceptibles d'exercer une action curative sur certains processus morbides, notamment sur la tuberculose.

A vrai dire, cette prévision ne s'est pas trouvée tout à fait justifiée. En effet, sur 7 sujets atteints de lésions tuberculeuses viscérales ou articulaires et qui furent soumis à des transfusions répétées de sang hétérogène, 3 ont succombé au cours du traitement et les 4 autres ont présenté des améliorations plus ou moins accusées. Dans 4 cas de lupus, les résultats thérapeutiques immédiats de l'intervention ont paru très encourageants, mais, se rappelant l'histoire mémorable de la tuberculine, M. Bier croit prudent de ne pas se prononcer, pour le moment, sur la valeur curative de la transfusion *même à l'égard du lupus*. Enfin, dans un cas de septicémie aiguë et chez un individu atteint de pyohémie, les injections de sang défibriné d'agneau n'ont pas exercé la moindre influence sur la marche des deux affections.

Ainsi donc, à considérer les faits de près, nous n'avons jusqu'à présent que fort peu de choses à inscrire à l'actif de la transfusion « rajeunie », le promoteur de la méthode se bornant lui-même, en fin de compte, à signaler tout simplement les effets de la transfusion qui PEUVENT ÉVENTUELLEMENT (*sic!*) retentir d'une façon favorable sur certaines maladies. Il est permis de se demander si l'on est autorisé, en vue d'avantages aussi problématiques, à exposer des malades à des troubles pénibles et assez graves, alors même que, pour se conformer à un arrêté récent du ministre des cultes et des affaires médicales de Prusse (Voir *Semaine Médicale*, 1901, Annexes, p. VI), on a soin d'obtenir leur assentiment après leur avoir fait connaître les conséquences fâcheuses qui peuvent résulter de l'intervention. Et cela d'autant plus que, tout en énumérant à ses malades les inconvénients des injections de sang défibriné, M. Bier, mû par l'intérêt scientifique qui s'attachait aux essais qu'il était en train de poursuivre, ne devait guère être porté à insister sur l'intensité et, à plus forte raison, sur le danger des phénomènes réactionnels consécutifs à ces injections. Les patients n'ont été bien renseignés là-dessus qu'*a posteriori*, lorsqu'à la suite de l'intervention ils se plaignaient, par exemple, d'éprouver une sensation « comme si leur visage allait éclater » (*als ob das Gesicht zerspringen wollte*). Et dire que le professeur de Greifswald ne craint pas d'ajouter qu'il serait, peut-être, préférable de se servir à l'avenir, pour ces injections, de sang d'autres animaux, celui d'agneau étant *le moins toxique* pour l'homme et ne provoquant pas, en conséquence, des phénomènes réactionnels aussi intenses que ceux qu'on pourrait obtenir avec le sang d'autres espèces animales! Décidément, l'expérimentation à outrance sur l'homme malade est une voie dangereuse, sur laquelle il est difficile de s'arrêter à temps et où l'antique adage médical *primum non nocere* cesse lui-même de servir de frein à l'imagination exubérante des expérimentateurs en mal de découvertes destinées à faire sensation.

Ajoutons que M. Bier promet de faire connaître prochainement les résultats « remarquables » qu'il aurait obtenus au moyen de la transfusion dans des cas de tumeurs malignes inopérables. Puisse cette promesse se confirmer mieux que ne l'a été l'espérance suggérée récemment par le même chirurgien relativement à la cocaïnisation médullaire! M. Bier ne déclarait-il pas, dans une lettre adressée à un chirurgien de Paris, que le 11 avril, au Congrès allemand de chirurgie, il exposerait un nouveau procédé qui, à l'encontre de la méthode qu'il avait préconisée dans sa première publication, serait exempt de dangers? Or, en lisant le compte rendu de ce Congrès, publié dans le présent numéro, nos lecteurs verront que la technique de l'anesthésie médullaire n'a pas fait de progrès considérables et que M. Bier lui-même en est toujours réduit à l'*espérance* de trouver une méthode inoffensive de cocaïnisation rachidienne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 9 et 16 avril 1901.

Sur les buanderies économiques et hygiéniques.

M. Delorme lit un travail tendant à démontrer que l'on peut désormais confondre, sans aucun danger pour la santé publique, le linge des sujets atteints de maladies contagieuses avec celui des personnes bien portantes, si l'on a soin de se servir pour le lessivage d'appareils de désinfection adaptés à cet usage.

Il ressort, en effet, d'expériences faites par M. Louis Martin, que dans ces conditions l'ensemencement des liquides provenant des opérations du lessivage proprement dit, même après introduction préalable dans le linge de divers microorganismes (streptocoques, staphylocoques, bacilles charbonneux, etc., etc.), demeure complètement stérile.

M. Debove lit une note relative à l'utilité d'empêcher le développement des moustiques dans les bassins des promenades publiques, en veillant à ce qu'il n'y ait pas d'eaux stagnantes ou en versant à leur surface une couche de pétrole destinée à détruire les larves de moustique.

ETRANGER

BRUXELLES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 30 mars 1901.

Les fièvres d'Europe dans les pays chauds.

M. Firket. — Le paludisme jouant un rôle considérable dans la pathologie tropicale, d'aucuns ont tendance à rapporter à cette affection toutes les « fièvres » observées aux colonies; cependant, depuis que la découverte de l'hématozoaire de Laveran a introduit plus de précision dans le diagnostic, on a dû reconnaître que bon nombre de ces pyrexies des pays chauds n'ont rien de commun avec le paludisme, mais relèvent des maladies fébriles de nos climats. Néanmoins, la plupart des traités de pathologie exotique sont muets à cet égard et se bornent à décrire les maladies propres aux contrées tropicales; aussi m'a-t-il paru utile, après avoir dépouillé les observations recueillies dans ces dix dernières années, de fixer la distribution géographique des fièvres d'Europe susceptibles de sévir dans les pays chauds.

Je me bornerai, dans la première partie de ce travail, à l'étude des fièvres exanthématiques.

La *scarlatine* est beaucoup moins fréquente et moins grave aux colonies que dans l'Europe tempérée; dans la zone intertropicale du vieux monde, elle est aujourd'hui pratiquement inconnue, et les cas importés par hasard dans les ports de l'Inde, de Java ou de la côte africaine ne sont presque jamais le point de départ d'épidémies, pas plus pour les races indigènes que pour les colons à peau blanche. Mais la maladie s'observe parfois, en épidémies plus ou moins sérieuses, dans les contrées plus septentrionales de l'Asie, comme la Perse ou la Chine; il en est de même en Australie.

En Amérique, la scarlatine est notablement moins commune dans les régions chaudes que dans les Etats-Unis du Nord, où elle est la plus meurtrière des fièvres éruptives.

On pourrait croire que l'action des rayons solaires, particulièrement intense sous les tropiques, contribue à atténuer la virulence du contage scarlatineux et diminue ainsi les chances de contagion. Il n'en est rien cependant, car on a observé autrefois des épidémies très graves dans les Etats de l'Amérique centrale (Honduras, Costa-Rica); de même au Mexique, où la maladie a produit, ces dernières années, une grande mortalité dans certaines tribus indiennes.

A l'inverse de la scarlatine, la *rougeole* est très répandue et peut devenir très meurtrière dans les pays chauds. Elle constitue un facteur important de la mortalité infantile dans quelques parties de l'Indo-Chine, de l'Afrique, etc. Comme en Europe, elle est surtout grave par ses complications pulmonaires, qui se développent souvent à la faveur de l'incurie des indigènes. Un exemple curieux à cet égard est fourni par les îles Fidji : une épidémie de rougeole, qui débuta en 1875, fit mourir près du quart de la population; depuis cette époque, une organisation sanitaire européenne fut introduite dans l'archipel, avec déclaration des cas de maladies contagieuses; or, en 1899, une nouvelle épidémie survint, alors que depuis quinze ans la maladie n'avait plus été observée et qu'une génération réceptive avait eu le temps de se former; il y eut environ 200 cas sans un seul décès.

L'*influenza*, qui a fait depuis dix ans le tour du monde, s'est propagée aux colonies en suivant les grandes voies de communication. Quant à la *dengue*, si voisine de certaines formes de grippe, on l'a signalée, sous forme de petits foyers, en Cochinchine, au Cambodge, à Tamatave, au Sénégal, en Australie.

Enfin, la *variole* est restée, dans beaucoup de pays à civilisation primitive, ce qu'elle était jadis en Europe, une maladie très répandue et très meurtrière. Endémique dans l'Inde, elle y fournit, bon an mal an, 5 % du chiffre total des décès; elle est fréquente en Chine, en Corée, mais c'est surtout dans l'Indo-Chine que ses ravages sont terribles : dans quelques épidémies, la mortalité s'est élevée à 60 et même 75 %, amenant pour certaines contrées, comme le Laos, une véritable dépopulation. En Afrique, cette affection a été observée au Sénégal, au Soudan, à la Côte d'Ivoire, au Gabon, à Madagascar, au Kameroun allemand, dans l'Etat indépendant du Congo. Les épidémies de variole paraissent un peu moins fréquentes et moins graves dans l'Afrique orientale allemande et anglaise, mais elles se reproduisent souvent à Zanzibar.

Des premiers symptômes de la syphilis acquise.

M. Deneffe. — Dans un travail relatif à cette question, et sur lequel vous m'avez chargé de vous présenter un rapport, M. le docteur Deschamps (de Liège) expose qu'il a eu l'occasion d'observer 5 fois dans sa clientèle les premières manifestations réactionnelles survenant au point d'inoculation du virus syphilitique. D'après lui, ces manifestations sont semblables à un bouton de vaccine. Il se produirait, dès le deuxième jour après la contamination, un prurit intense avec chaleur et rougeur en un point très limité (quelques millimètres) de la muqueuse préputiale, par exemple; deux ou trois jours plus tard, la plaque rouge se surélèverait et se transformerait en une papule, dont le centre, bientôt pustuleux, renfermerait une sérosité louche. Enfin, cette pustule s'ouvrirait, laissant voir un fond grisâtre et des bords anfractueux qui s'indureraient insensiblement, donnant à la lésion l'aspect du chancre dit primitif.

Je crois devoir faire remarquer que les constatations de M. Deschamps sont en contradiction avec la manière de voir des syphiligraphes les plus autorisés, qui considèrent le chancre induré comme l'accident initial de la syphilis acquise.

A propos de l'action dissolvante de l'eau oxygénée sur le catgut.

M. C. Moreau déclare que, des observations qu'il a pu faire dans un cas récent, il résulte que si l'eau oxygénée jouit réellement, comme il l'a dit dans une précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 38), de propriétés dissolvantes sur le catgut — la dissolution du catgut pouvant d'ailleurs être aussi causée par le processus habituel de résorption —, ces pro-

priétés tiennent sans doute à l'acidité du peroxyde d'hydrogène. Pour éviter cet inconvénient, il suffit de neutraliser ce liquide soit par le bicarbonate de soude, soit par le carbonate de chaux précipité.

M. Casse lit un rapport sur une note de MM. Foveau de Courmelles et G. Trouvé (de Paris), relative à un procédé très simple d'*électrophotothérapie*.

Dr Keiffer.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 6 avril 1901.

Des moyens de reconnaître la simulation de quelques accidents nerveux.

Dans la séance du 1er avril du Collège médical de Vienne, **M. Erben** a appelé l'attention sur les moyens de dépister la simulation de quelques accidents nerveux.

En ce qui concerne les phénomènes douloureux, la réalité de douleurs prétendues consécutives à un traumatisme, en l'absence de toute lésion objective, peut être démontrée en exerçant une pression au niveau du point douloureux et en examinant en même temps la pupille et le cœur : si les douleurs sont réelles, on constate une accélération du rythme cardiaque et une dilatation de la pupille; par contre, si l'expérience reste négative on n'est en droit d'en tirer aucune conclusion. De même, les douleurs des membres reconnaissant pour cause une lésion nerveuse ou osseuse sont généralement accompagnées de spasmes vasculaires. La contracture est aussi la preuve de la réalité de certaines douleurs, surtout de celles qui siègent au niveau des articulations; mais encore faut-il tenir compte de ses caractères. Un individu, par exemple, qui pour prouver l'existence d'un lumbago immobiliserait complètement sa colonne vertébrale devrait être considéré comme un simulateur, car on peut très bien incliner le rachis en élevant les hanches, même lorsqu'on est atteint de lumbago.

Il est possible de reconnaître l'existence de certaines paralysies par des procédés analogues. Ainsi, lorsqu'on veut savoir si un malade a réellement une paralysie du deltoïde, il suffit de lui étendre le bras horizontalement et de lui ordonner de le laisser retomber doucement; si cette expérience réussit, on peut affirmer qu'il n'y a pas paralysie du deltoïde. Une épreuve identique a été utilisée par Sachs et par Freund pour dépister la simulation d'une paralysie des élévateurs du bras : le malade étant couché à plat ventre sur une table avec le bras tombant en dehors de la table, on lui commanda d'élever le bras, ce qu'il prétendit ne pouvoir faire, ignorant que, dans cette position, le bras est élevé par la seule action de la pesanteur.

Les tremblements qui s'accompagnent d'une accélération de la respiration, d'une exagération de la pression sanguine, etc., peuvent être considérés comme le fait de la simulation. Lorsqu'un tremblement de la main est authentique, on n'observe, par l'immobilisation d'un doigt, aucun changement dans le tremblement des autres doigts; le tremblement persiste aussi pendant qu'on fixe l'attention du malade en lui ordonnant, par exemple, de tracer des caractères en l'air. Un tremblement des jambes qui cesse lorsque le patient est couché sur le ventre, les genoux fléchis, et qui recommence quand le malade se couche naturellement, est, au contraire, un tremblement volontaire.

L'anesthésie vraie est souvent accompagnée d'un abaissement de la température. Pour la reconnaître, Goldscheider conseille de piquer la zone soi-disant anesthésique et de toucher en même temps avec le doigt une zone saine. Si la piqûre seule est sentie, l'anesthésie n'existe pas ou, du moins, elle est légère.

Le signe de Romberg est souvent simulé par les malades, mais ils l'imitent assez mal. Ce symptôme s'atténue, en effet, chez les ataxiques, lorsqu'on leur permet de prendre un point d'appui avec la main; c'est là une particularité que les simulateurs ignorent. Le vertige est encore un accident dont la simulation est assez fréquente; pour s'assurer de l'existence de ce trouble, on peut essayer de faire apparaître des sensations vertigineuses par des changements brusques de position, et rechercher les symptômes des affections qui coexistent habituellement avec le vertige.

Dr Schnirer.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Valeur thérapeutique des ponctions lombaires répétées dans la méningite cérébro-spinale.

On sait que la ponction lombaire avait été imaginée par M. le professeur Quincke (de Kiel), surtout dans le but de parer aux symptômes de compression des centres nerveux dans les cas d'hydrocéphalie aiguë ou chronique (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 175). Depuis, la valeur curative de cette méthode a été fortement contestée, et on peut dire qu'à l'heure actuelle la ponction de l'espace sous-arachnoïdien n'est guère employée qu'à titre de moyen de diagnostic (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 283-284). Or, à en juger d'après l'expérience de M. le docteur H. Koplik, chargé du service des enfants au Mount Sinai Hospital de New-York, la défaveur dans laquelle est tombée la ponction lombaire en tant que moyen thérapeutique ne serait rien moins que justifiée. Notre confrère a recours d'une façon systématique à cette petite opération dans les cas de méningite cérébro-spinale, estimant que les principaux symptômes de la maladie, tels que céphalalgie persistante, somnolence, coma, délire, convulsions, frissons répétés, doivent être mis sur le compte de l'exagération de la tension du liquide céphalo-rachidien et de l'absorption de produits toxiques contenus dans ce liquide. La ponction lombaire serait indiquée ici au même titre que la thoracentèse dans les cas de pleurésie ou de péricardite avec épanchement. Toutefois, pour que l'intervention reste inoffensive, elle ne doit être pratiquée qu'autant qu'il existe des phénomènes témoignant nettement d'une compression excessive des centres nerveux : ascension brusque de la température avec frissons fréquents, augmentation de la raideur des membres et de la nuque, opisthotonos, céphalée s'accompagnant d'un état de somnolence entrecoupé de périodes de délire, etc. Ce sont précisément tous ces symptômes — et, en particulier, les phénomènes douloureux — qui se laissent surtout influencer par la ponction, tandis que celle-ci reste à peu près sans effet sur le pouls et la respiration, alors même que la quantité de liquide retiré est assez considérable.

Parfois, une seule ponction amène une amélioration définitive; quand il n'en est rien, il ne faut intervenir à nouveau qu'après avoir constaté une exacerbation plus ou moins accentuée des principaux symptômes morbides.

Traitement de la coqueluche par des insufflations d'orthoforme.

On sait que chez les sujets atteints de coqueluche l'examen laryngoscopique montre habituellement l'existence d'une hyperémie intense au niveau de la muqueuse des régions interaryténoïdienne et aryténoïdienne, fait qui, joint à certaines autres considérations, permet d'envisager la quinte de coqueluche comme un réflexe ayant pour point de départ les terminaisons du nerf laryngé supérieur. Aussi a-t-on proposé, en vue de supprimer ou tout au moins de modifier ce réflexe, de recourir à des badigeonnages à la cocaïne destinés à assurer l'anesthésie de la muqueuse du larynx. D'après M. le docteur G. Spiess (de Francfort-sur-le-Mein), il serait préférable d'employer à cet effet l'orthoforme qui présenterait sur la cocaïne le double avantage d'être absolument inoffensif et d'exercer, en raison de sa faible solubilité, une action durable. Notre confrère se sert d'orthoforme en poudre impalpable qu'il insuffle, au moyen d'un pulvérisateur *ad hoc*, de façon à déposer un léger nuage de la substance médicamenteuse sur la paroi postérieure du pharynx, d'où l'orthoforme ne tarde pas à être entraîné, par le courant d'air inspiré, dans le larynx et la trachée. La poudre insufflée étant en quantité tout à fait minime et réduite en parcelles très fines, la muqueuse laryngée ne se trouve pas impressionnée désagréablement, et les petits malades supportent très bien l'intervention. Chez les enfants âgés de plus de trois ans, on pratiquera toutes les deux heures 3 ou 4 insufflations; au-dessous de cet âge, il suffira d'insuffler l'orthoforme 3 ou 4 fois dans le courant de la journée et, au besoin, autant de fois pendant la nuit. Pour les nourrissons, on peut se borner à une seule insufflation en procédant de la façon suivante : après avoir abaissé la langue et bouché les narines de manière à faire respirer l'enfant par la bouche, on insuffle la poudre au moment de la première inspiration qui suit le cri du petit patient. En général, il est bon de continuer les insufflations, en les espaçant de plus en plus, après la période de quintes.

La trinitrine dans le traitement de l'épilepsie.

M. le docteur R. Pellegrini a expérimenté, sur le conseil de M. le docteur S. Venturi, chez 15 épileptiques de l'asile d'aliénés de Girifalco (Italie), la nitroglycérine, médicament auquel on n'a guère recours aujourd'hui contre le mal comitial, bien que Field (de Brighton) l'ait employé, dès 1858, dans les maladies les plus diverses du système nerveux, y compris l'épilepsie. Notre confrère italien s'est servi d'une solution alcoolique de trinitrine à 1 %, dont il ordonnait quotidiennement de 2 à 10 gouttes dans 250 grammes d'eau, à prendre en deux fois. Afin de pouvoir mieux se rendre compte de l'action thérapeutique de la nitroglycérine, M. Pellegrini administra d'abord à ses malades du bromure de potassium, pendant trois mois, à la dose quotidienne de 4 à 7 grammes; puis, durant tout le trimestre suivant, les patients furent laissés sans traitement et, enfin, pendant une nouvelle période de trois mois on eut recours à la trinitrine. Sous l'influence de ce médicament, qui fut très bien supporté et ne donna jamais lieu au moindre phénomène d'intoxication, le nombre des accès devint notablement inférieur, dans 14 cas sur 15, à ce qu'il était durant la période du repos; chez 10 malades il fut même plus faible que pendant la cure bromurée. De plus, on constata dans 7 cas une diminution très marquée de l'agitation qui précédait, accompagnait ou suivait la crise convulsive. Aussi, sans vouloir substituer la nitroglycérine au bromure de potassium, M. Pellegrini estime-t-il qu'il y aurait avantage à faire alterner, chez les épileptiques, la médication bromurée avec l'emploi de la trinitrine, ne serait-ce que dans le but d'éviter les conséquences fâcheuses de l'administration prolongée des bromures, telles qu'affaiblissement de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale, perte de la mémoire et dégénérescence psychique.

Un nouveau procédé de délivrance.

Dans les cas où l'expression placentaire, même pratiquée sous la narcose, ne réussit pas à chasser l'arrière-faix et où l'extraction manuelle semble, par conséquent, s'imposer, M. le docteur W. Zangemeister, assistant de la clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Leipzig, a habituellement recours à un procédé qui lui donne souvent des succès, sans qu'il soit obligé de pratiquer la délivrance artificielle utérine, opération toujours délicate et parfois très laborieuse. Voici en quoi consiste ce procédé :

Dans l'intervalle des contractions, on pratique à l'aide des doigts sur les faces antérieure, postérieure et latérales de la matrice des pressions, de façon à déterminer, en différents points, une série de légers enfoncements de la paroi de l'organe; cette sorte de pétrissage est continuée jusqu'à ce qu'il survienne une nouvelle contraction utérine et, au besoin, la manœuvre est répétée immédiatement après. Sous l'influence de ce massage de la matrice, le placenta ne tarderait pas à se décoller et, les douleurs aidant, on parviendrait après une ou deux contractions à le chasser au moyen d'une expression énergique pratiquée *pendant la contraction*. Ajoutons que, d'après notre confrère, il n'y aurait pas lieu de craindre de provoquer par le procédé en question une inversion de l'utérus, puisqu'on ne doit pas pratiquer le massage sur le fond de la matrice mais seulement sur les côtés et sur les faces antérieure et postérieure de cet organe.

DIX-NEUVIÈME CONGRÈS ALLEMAND

DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Berlin du 16 au 19 avril 1901.

Les médicaments cardiaques et la médication vasomotrice.

M. Gottlieb (de Heidelberg), *rapporteur*. — Les troubles de la circulation ayant pour résultat une répartition inégale du sang dans l'organisme, le but de la médication cardiaque et vasomotrice est de rétablir l'équilibre rompu.

La paralysie des vaisseaux par insuffisance de l'innervation centrale des vasomoteurs fait affluer le sang dans les vaisseaux de l'abdomen, tandis que les vaisseaux périphériques, ceux de la peau et de l'encéphale se vident; le pouls est petit et le cœur ne reçoit qu'une quantité de sang insuffisante pendant la diastole. Cette variété d'insuffisance de la circulation s'observe dans les intoxications par les narcotiques et au cours des maladies infectieuses. Ici, l'emploi de médicaments cardiaques sera, d'ordinaire, sans effet, car ce n'est pas l'énergie du cœur qui est en souffrance, c'est seulement la quantité de sang qu'il reçoit qui est insuffisante. Mais le sang soustrait à l'action du cœur et accumulé dans les vaisseaux dilatés de l'abdomen peut être rendu à la circulation générale grâce aux médicaments vasomoteurs, qui déterminent une constriction des vaisseaux splanchniques. C'est dans ce but que l'on prescrit la strychnine, le camphre et la caféine; on peut aussi atteindre le même résultat en irritant la peau ou en faisant des applications froides.

Les médicaments cardiaques ont pour mission de relever l'énergie du cœur. Ils augmentent le volume de la systole et agissent ainsi sur la répartition défectueuse du sang dans l'organisme, conséquence ordinaire de la plupart des affections du cœur accompagnées d'une diminution de l'énergie de cet organe, l'accumulation du sang dans le système veineux et l'anémie des vaisseaux artériels étant les suites fatales d'une systole incomplète et d'une aspiration diastolique ventriculaire insuffisante.

La digitale agit principalement en renforçant l'énergie du cœur; son effet vasomoteur ne vient qu'en seconde ligne. On a depuis longtemps observé, sur le cœur de la grenouille, que la systole cardiaque augmente et que l'énergie de la contraction ventriculaire se relève sous l'influence de la digitale. Récemment, on a réussi à faire la même démonstration sur des animaux à sang chaud, chez lesquels on avait soustrait le cœur à l'influence des résistances variables de la grande circulation; nous n'en sommes donc plus réduits à conclure de la grenouille à l'homme. En isolant, à l'exemple de François-Franck et de E. Hering et Boch, la circulation cardiopulmonaire, on peut étudier l'action de la digitale sur le cœur indépendamment de son effet sur les vaisseaux; on peut également se servir d'un cœur séparé dont les fonctions sont entretenues par la circulation artificielle dans les vaisseaux coronaires. J'ai pu prouver directement, par cette dernière méthode, l'augmentation du volume de la systole, et, à l'aide d'un dispositif spécial, constater qu'après une application de digitoxine le travail du ventricule est triplé ou quadruplé.

L'augmentation du volume de la systole provient avant tout d'une contraction plus complète du muscle cardiaque : le ventricule se vide mieux. Cette action a d'autant plus d'importance pour un cœur malade, qu'un ventricule insuffisant est de moins en moins capable de se débarrasser de son contenu. D'autre part, la légère diminution de la fréquence du pouls, par excitation du pneumogastrique, que l'on observe en plus de l'effet cardiaque proprement dit durant la période d'action de la digitale, influe favorablement aussi sur le travail du cœur. L'aspiration diastolique du sang des veines dans la cavité cardiaque est, de son côté, favorisée par ce ralentissement du pouls. Aussi, l'efficacité de la digitale se manifeste-t-elle surtout quand ce ralentissement se produit. Le maximum d'effet du médicament coïncidera avec une expansion complète du ventricule pendant la diastole associée à une contraction maximum pendant la systole. Le cœur pompe ainsi une plus grande quantité du sang contenu dans les veines qui sont engorgées pour le rejeter dans les vaisseaux artériels exsangues.

Tous les médicaments agissant d'une façon analogue à la digitale ont, en plus de leur action sur le cœur, un effet vasoconstricteur, comme j'ai pu le démontrer à nouveau dans des expériences récentes. Mais cette action vasomotrice, au point de vue thérapeutique, est accessoire; le facteur important pour combattre la stase veineuse est l'amélioration du travail du cœur. Les contractions vasculaires peuvent être d'une certaine utilité en ce sens que le sang est chassé du système porte engorgé vers d'autres parties de l'arbre vasculaire (car c'est en premier lieu sur le système de la veine porte que se manifeste l'action vasculaire de la digitale); mais si cette contraction dépasse certaines limites, l'effet utile est transformé en une action nuisible : par suite de l'élévation de la résistance artérielle, le travail du cœur est augmenté inutilement.

Le camphre n'agit pas seulement sur le cœur par la voie indirecte des vasomoteurs; il augmente directement aussi l'irritabilité du muscle cardiaque. Son action sur le cœur normal est peu prononcée; par contre, j'ai pu me convaincre chez le lapin que, dans certains états pathologiques, lorsque le cœur s'arrête, on peut, par l'application de camphre, combattre cet arrêt momentané et sauver l'existence.

La caféine a un effet direct sur le cœur, mais tout autre que celui de la digitale; aussi ne saurait-elle être considérée comme un succédané de cette dernière. En effet, elle n'augmente pas l'énergie fonctionnelle du cœur sain dans les cas où la tension sanguine est normale, mais elle renforce l'action du muscle cardiaque en présence d'une résistance artérielle pathologique; aussi peut-elle être utile dans les affections cardiaques avec tension aortique élevée.

L'alcool n'a pas d'influence directe sur le cœur; il agit indirectement sur cet organe en diminuant les résistances périphériques, lorsque, par suite d'une tension aortique exagérée, le ventricule gauche ne peut plus se vider complètement. Il a pour effet, dans ce cas, de dilater les vaisseaux et de diminuer les résistances; le cœur, travaillant dès lors dans de meilleures conditions, peut fournir une plus grande somme de travail utile.

Les médicaments cardiaques agissent donc sur la circulation tout autrement que les médicaments vasomoteurs. Malgré les difficultés que présente l'étude d'un mécanisme aussi compliqué, nous pouvons espérer que, par la collaboration de la clinique et de la pharmacologie expérimentale, on arrivera peu à peu à mieux connaître la nature des troubles circulatoires qui s'offrent à notre observation, et à choisir avec plus de discernement les médicaments capables de combattre ces troubles et de rétablir l'équilibre.

M. Sahli (de Berne), *co-rapporteur*. — L'objectif de la pathologie doit être l'étude minutieuse des troubles fonctionnels que déterminent les maladies, afin que, grâce à une connaissance approfondie de l'action des médicaments, nous puissions dans chaque cas ordonner le remède qui convient au trouble que nous avons constaté. Les nombreux échecs, souvent inexplicables, que l'on observe dans l'emploi des médicaments cardiaques les mieux connus, tels que la digitale ou la caféine, proviennent, d'ordinaire, d'un diagnostic insuffisant de la nature des perturbations physiologiques que la thérapeutique est appelée à combattre.

La stase veineuse ou les différentes formes de congestions passives constituant les indications principales des remèdes cardiaques et vasomoteurs, il est indispensable de pénétrer au cœur de la pathologie générale des états congestifs. Le caractère distinctif de la stase est le ralentissement de la circulation dans l'aorte; il en résulte une diminution de la quantité de sang traversant les capillaires dans l'unité de temps, et une répartition inégale de la masse sanguine dans l'organisme. On doit distinguer différentes formes de stase :

1° Une *stase cardiaque*, par affaiblissement de la systole ventriculaire; un obstacle mécanique à l'expansion diastolique du ventricule, tel qu'un épanchement péricardique, peut aussi produire une stase cardiaque. Cette variété est caractérisée par la congestion des vaisseaux pulmonaires et des veines de la grande circulation, et par l'anémie des artères et des capillaires;

2° Une *stase pulmonaire* ou *respiratoire*, qui est la conséquence d'une affection des organes respiratoires (emphysème, cyphoscoliose, induration pulmonaire, asthme bronchique, bronchite capillaire, épanchement pleurétique); il s'agit ici d'un obstacle soit à la systole du cœur droit, soit à l'expansion diastolique du cœur, par suite d'une augmentation de la pression intra-thoracique. Les symptômes de cette forme de stase sont les mêmes que ceux de la précédente; dans les deux, la tension artérielle est d'ordinaire diminuée; elle est cependant élevée quand les résistances artérielles sont accrues. Je propose donc de distinguer les stases à haute tension des stases à tension diminuée;

3° Une *stase vasomotrice*, due à une dilatation considérable des capillaires de la grande circulation ayant pour effet de rendre insuffisante la quantité de sang qui arrive au cœur pendant la diastole, bien que cet organe lui-même fonctionne normalement; la tension artérielle ainsi que la tension veineuse sont diminuées. Les symptômes de cette forme de stase sont la cyanose, l'oligurie et la petitesse du pouls; les œdèmes font ordinairement défaut;

4° Une *stase splanchnique*, qui intéresse spécialement les vaisseaux de l'abdomen; les malades qui en sont atteints sont pâles plutôt que cyanosés; ils donnent l'impression d'individus saignés à blanc. Cette variété survient soit isolément, soit comme complication des stases cardiaques graves, telles qu'on les observe surtout dans l'insuffisance aortique; son pronostic est défavorable.

Au point de vue thérapeutique, il est bon de poser le diagnostic de la stase dès qu'on en observe les premiers symptômes (pouls fréquent, traces d'œdème, diminution de la sécrétion urinaire, réplétion des veines jugulaires), sans attendre le complet développement du tableau morbide.

En ce qui concerne le traitement, la première question qui se pose est de savoir si l'emploi de la digitale est indiqué dans toutes les formes mentionnées ci-dessus, ou si l'on doit faire certaines distinctions. La digitale agit dans la stase cardiaque en augmentant la contraction systolique du ventricule. Elle est, de même, efficace contre un obstacle à l'expansion diastolique du cœur, en renforçant la diastole et en favorisant l'aspiration ventriculaire. Ce médicament est encore utile dans le traitement de la stase vasomotrice, où il produit également une amélioration de l'aspiration du ventricule, et où, de plus, il agit directement sur le cœur, qui généralement est atteint lui aussi, soit directement par l'influence morbide même qui intervient sur les vaisseaux, soit indirectement par suite de l'insuffisance de la circulation. La digitale est donc indiquée dans tous les cas de stase généralisée. On doit cependant la prescrire avec discernement et se rappeler qu'il est des circonstances où le camphre et la caféine, grâce à leur action énergique sur les vasomoteurs, doivent lui être préférés. J'ai observé que, même quand il s'agit de stase accompagnée de haute tension artérielle, la digitale agit favorablement; elle n'augmente pas la tension comme on pourrait le croire *a priori*, mais au contraire l'abaisse.

On observe fréquemment que l'effet de la digitale se maintient longtemps. Ce phénomène est dû à ce que, sous l'influence de ce médicament, la nutrition du cœur se relève et que l'organe reprend une nouvelle vigueur, qui persiste après qu'on a suspendu le traitement. Dans d'autres cas, l'action de la digitale est éphémère, et souvent on ne parvient à soutenir un peu la circulation que par une administration continue du médicament. Parmi les nombreux facteurs qui entravent l'action de la digitale, il en est un que l'on néglige généralement, c'est ce que l'on pourrait appeler l'*insuffisance essentielle* d'une valvule. Cet état existe lorsque l'insuffisance a atteint un degré qui rend impossible toute compensation, la quantité de sang régurgitée à chaque révolution cardiaque étant telle qu'une systole renforcée ne parvient plus à rétablir l'équilibre de la circulation. La stase produite par une insuffisance essentielle

est donc parfaitement distincte de celle que cause un trouble de compensation d'une lésion valvulaire ordinaire, et le traitement n'a que peu ou pas d'action sur elle.

Peut-on administrer la digitale dans tous les cas de lésion valvulaire, sans tenir compte de la valvule malade? De nombreux auteurs déconseillent l'emploi de ce médicament dans l'insuffisance aortique. Les mauvais résultats qu'elle donne parfois alors proviennent surtout de ce que le médecin n'est appelé le plus souvent que lorsque la lésion a déjà pris la forme d'une lésion essentielle, tandis que les affections mitrales, en raison même des malaises qu'elles occasionnent, nécessitent un appel précoce de l'homme de l'art. Pour mon compte, j'estime que la digitale prescrite à doses modérées, et alors que l'on a encore à espérer quelques effets du traitement, peut être administrée avec avantage dans l'insuffisance aortique.

Contre l'arythmie du pouls par stase veineuse, la digitale régularise l'action du cœur. Les observations cliniques dont nous disposons sont insuffisantes pour nous permettre d'apprécier actuellement l'influence de ce médicament sur les autres formes d'arythmie.

Le strophantus, l'adonis, le convallaria, la scille agissent d'une façon analogue à la digitale, et il est douteux que ces médicaments diffèrent entre eux autrement que par l'intensité de leurs effets.

La caféine est surtout un vasoconstricteur; elle est donc indiquée dans le traitement des stases vasomotrices. La clinique fournit, en outre, de nombreux éléments permettant d'admettre une action directe de cet alcaloïde sur la systole cardiaque. Son influence dilatatrice sur les artères coronaires permet d'expliquer les résultats favorables qu'on en obtient dans l'angine de poitrine.

Le camphre a un effet analogue à celui de la caféine. En plus de son action sur les centres vasomoteurs et sur la respiration, il semble exercer, d'après des recherches récentes, une influence directe sur le cœur; il est particulièrement utile pour soutenir les fonctions essentielles à la vie au cours des maladies infectieuses.

L'alcool n'intervient pas directement sur le cœur. Son effet principal est de relâcher les vaisseaux; aussi peut-il être avantageusement employé lorsque, par suite de la contraction vasculaire, la résistance artérielle est exagérée. Son action est cependant trop éphémère pour qu'on puisse l'administrer seul; mais pris en même temps que la digitale ou la caféine il agit favorablement en cas de stase avec haute tension. Il rend souvent des services dans l'angine de poitrine. Il ne saurait être recommandé pour relever la circulation dans les maladies infectieuses; par contre, il est utile, voire même indispensable, contre le frisson fébrile ou après le bain, lorsque les malades ne parviennent pas à se réchauffer. Il peut se montrer efficace contre l'algidité causée par la faiblesse cardiaque ou par un spasme vasculaire, mais il est contre-indiqué quand l'algidité s'accompagne de vasodilatation.

L'éther a des effets semblables à ceux de l'alcool, avec cette différence que si on l'administre en injections hypodermiques, la douleur produite par l'injection peut provoquer certaines actions réflexes dont il faut tenir compte.

Les recherches expérimentales concernant l'action des nitrites et des iodures sur les vaisseaux sont encore insuffisantes pour qu'on puisse discuter l'action de ces médicaments en connaissance de cause; toutefois, l'observation clinique fournit de nombreuses preuves de leur activité.

M. Schott (de Nauheim). — Je ne crois pas qu'il soit possible en pratique de séparer nettement l'action sur le cœur d'avec celle sur les vaisseaux; à mon avis, l'essentiel est de relever l'activité du cœur, le fonctionnement normal de cet organe ayant pour effet de faire disparaître les troubles vasomoteurs. Les applications froides sont utiles lorsqu'elles sont de courte durée; prolongées outre mesure, elles peuvent provoquer de l'algidité.

M. Lang (de Marienbad). — Il ne faut pas toujours imputer les insuccès de la digitale à ce que le médecin, du fait d'un diagnostic insuffisant, a institué un traitement inutile. Dans nombre de cas, c'est au pharmacien qu'il faut s'en prendre. Fréquemment, en effet, les pharmaciens se servent d'infusions concentrées préparées d'avance et qu'ils diluent au moment de les délivrer; or, ces infusions s'altèrent au bout de peu de temps, de sorte que le malade absorbe un médicament ayant perdu une grande partie de ses propriétés thérapeutiques.

J'ai, comme M. Sahli, à me louer de l'emploi simultané de l'alcool et de la digitale; le professeur Jaksch père recommandait d'associer la digitale à l'éther.

M. Heinz (d'Erlangen). — M. Gottlieb a déclaré que la digitale agit de la même manière chez les animaux à sang chaud et chez les animaux à sang froid. C'est exact jusqu'à un certain point; cependant il existe quelques différences qu'il ne faut pas perdre de vue; ainsi, chez la grenouille, le ralentissement du pouls se produit indépendamment de toute intervention du pneumogastrique, tandis que chez les animaux à sang chaud il est dû surtout à l'excitation de ce nerf. J'ai constaté, comme M. Gottlieb, que l'énergie du muscle cardiaque est considérablement augmentée par l'effet de la digitale. Quant à la préparation la plus efficace de digitale, c'est à la poudre que je donne la préférence.

M. Goldscheider (de Berlin). — L'administration de la digitale à petites doses, de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigr. par jour, pendant des mois et même des années, produit souvent un effet remarquable. Tant que les malades sont sous l'influence du médicament, ils se portent relativement bien, mais il suffit qu'on suspende le traitement pendant quelque temps pour qu'aussitôt ils s'en ressentent. Il est important de ne pas supprimer brusquement la digitale, mais d'en diminuer peu à peu les doses.

Parmi les glycosides de la digitale, la digitoxine est sans contredit de beaucoup le plus actif, et ce produit mérite plus d'attention qu'on ne lui en a accordé jusqu'à présent; je n'ai pour ma part qu'à me louer des résultats que j'en ai obtenus.

M. Hirsch (de Leipzig). — La résistance que rencontre le sang dans les capillaires est due en partie au faible calibre de ces vaisseaux, en partie à la viscosité du liquide, c'est-à dire au frottement interne des molécules l'une contre l'autre. La viscosité est d'autant plus faible que la température est plus élevée; elle dépend, en outre, du poids spécifique. Aussi, en ce qui concerne le sang, varie-t-elle suivant l'état de la nutrition de l'animal; elle diffère aussi selon les espèces. De 15° à 45° C., elle diminue proportionnellement à l'augmentation de la température, ce qui n'est pas le cas du sérum, lequel se comporte comme une solution, tandis que, dans le sang, il faut tenir compte des éléments cellulaires, dont l'influence à ce point de vue dépend et de leur nombre et de changements intracellulaires dont nous ignorons encore la nature; c'est à cette dernière raison qu'il faut attribuer ce fait que parfois la viscosité du sang est exagérée bien que le nombre des globules soit normal. Aussi n'existe-t-il pas de rapport fixe entre la viscosité du sang et son poids spécifique.

On peut combattre la viscosité soit par la dilatation des vaisseaux, soit par la dilution du sang au moyen d'une injection de liquide dans les vaisseaux.

M. Ewald (de Berlin). — C'est en vain qu'on administre la digitale, même à hautes doses, si la pression extérieure qui agit sur les vaisseaux sanguins est assez forte pour les comprimer et entraver la circulation. C'est pour éliminer ce facteur que nous pratiquons la paracentèse des cavités pleurale et abdominale en cas d'hydrothorax ou d'ascite, ou que nous faisons disparaître les œdèmes par la ponction des jambes ou par des scarifications.

L'emploi des médicaments cardiaques, notamment de la digitale, détermine souvent des symptômes gastriques qui mettent obstacle à la continuation du traitement. On peut alors administrer le médicament par la voie rectale, sous forme de clystères ou de suppositoires, mais les troubles ne cèdent pas toujours, car ils proviennent vraisemblablement d'une irritation centrale et non pas uniquement de l'action locale de la digitale sur la muqueuse. L'adonis, le convallaria, le strophantus sont loin d'être aussi actifs que la digitale. Les adjuvants que l'on associe à cette dernière jouent un grand rôle dans le traitement des maladies de cœur; parmi eux, un des plus importants est la morphine; on peut dire que, dans certaines conditions, la morphine est un des meilleurs médicaments cardiaques dont nous disposions.

M. Fr. Pick (de Prague). — On ne doit pas considérer l'action vasomotrice de la digitale administrée à doses thérapeutiques comme négligeable; cette action, quoique faible, suffit pour empêcher l'œdème de se développer. Quant à l'hydrastinine, j'ai constaté qu'elle agit énergiquement sur la contraction des vaisseaux périphériques.

M. Unverricht (de Magdebourg). — J'ai pu m'assurer que l'efficacité des préparations de digitale est proportionnelle à la quantité de digitoxine qu'elles contiennent; à ce point de vue, les préparations dialysées m'ont donné d'excellents résultats. J'étudie en ce moment une préparation dialysée de *digitalis grandiflora*, dont la teneur en digitoxine est surprenante.

Je n'ai pas remarqué que l'administration prolongée de digitale fût plus efficace que la médication de courte durée, mais à doses plus élevées.

M. Rosenstein (de Leyde). — Je m'étonne que jusqu'à présent on ait pour ainsi dire passé le strophantus sous silence. J'estime, pour ma part, qu'après la digitale le strophantus est notre meilleur cardiotonique. Je l'emploie sous forme de teinture, à petites doses, et je ne l'ai jamais vu produire de troubles gastriques. Le camphre agit souvent d'une façon brillante, mais malheureusement passagère.

A propos de la viscosité du sang, dont nous parlait M. Hirsch, je me demande si les bruits de souffle que l'on désigne sous le nom de souffles anémiques ne sont pas dus à une modification de la composition, et partant, de la viscosité du sang.

M. Naunyn (de Strasbourg). — Après avoir expérimenté toutes les préparations de digitale, j'en suis revenu à l'infusion, que je considère comme la plus efficace et la plus sûre.

Employée avec prudence, la digitale n'irrite pas l'estomac, mais pour cela il faut la donner à petite dose. J'en prescris 0 gr. 30 centigr. par jour pour une infusion de 150 grammes; dans ces conditions je n'ai jamais observé d'accumulation. Parfois, il est vrai, la digitale n'est pas supportée, mais il s'agit alors de malades qui présentaient déjà des troubles gastriques avant l'administration du médicament. Je ne suis pas de l'avis de M. Unverricht en ce qui concerne l'emploi prolongé des préparations digitaliques; il est des sujets que l'on est obligé de tenir constamment sous l'influence de la digitale.

M. Grödel (de Nauheim). — J'ai observé nombre de patients qui se trouvaient très bien de l'usage constant de la digitale, et qui ont vécu des années de cette façon. Dans ces cas, on ne saurait parler de digitalisme, c'est-à-dire d'un état analogue au morphinisme, car, lorsque les circonstances le permettent, on peut supprimer la digitale sans que le malade en souffre. Parfois, l'accoutumance au médicament se produit et il faut alors augmenter les doses. Bien que j'aie l'impression qu'on arrive par l'emploi de la digitale à prolonger l'existence, je ne puis apporter de preuve décisive à l'appui de cette opinion; même si elle est exagérée, ce n'en est pas moins un avantage considérable que d'arriver à maintenir les cardiaques dans un état relativement satisfaisant pendant les derniers mois de leur vie.

M. Rosenfeld (de Stuttgart). — L'emploi de la digitoxine m'a donné de bons résultats; cette substance n'agit cependant pas d'une façon aussi régulière et aussi constante que l'infusion de digitale. Pour prolonger les effets du traitement digitalique, je fais souvent prendre à mes malades de la tisane d'adonis vernalis à raison d'une cuillerée d'adonis pour une tasse à thé, une ou deux fois par jour.

M. Baelz (de Tokio). — J'ai obtenu de la teinture de strophantus des résultats tels que la digitale n'en donne pas de plus brillants, et ce médicament a sur la digitale l'avantage d'agir plus rapidement. L'adonis peut aussi être administré comme succédané de la digitale dans les cas où l'emploi de cette dernière est contre-indiqué.

J'ai observé autrefois un cas de digitalisme où les symptômes de l'intoxication disparaissaient dès que la malade prenait de la digitale; il s'agit d'une couturière atteinte d'insuffisance mitrale; le matin, elle présentait un tremblement des mains analogue au tremblement alcoolique, lequel disparaissait après l'absorption de

0 gr. 50 centigr. de digitale ; la malade pouvait alors coudre sans difficulté. Elle a absorbé de la sorte plus de 500 grammes de digitale en quinze mois.

M. Gottlieb. — Les préparations de digitale diffèrent beaucoup suivant l'origine de la plante. M. Bührer a fait, sous la direction de M. Jaquet, des recherches qui montrent quelles variations existent dans l'efficacité de préparations portant le même nom, mais de provenances diverses. Aussi serait-il nécessaire qu'on soumît les préparations pharmaceutiques à un contrôle quantitatif, basé sur l'examen pharmacodynamique, au lieu de se contenter de l'essai qualitatif prescrit par le codex. Il est vrai que le ralentissement du pouls que la digitale produit chez les mammifères provient pour une bonne part de l'excitation du pneumogastrique; mais à côté de cette action, il faut encore tenir compte de la contraction des vaisseaux périphériques.

L'effet de cumul d'un médicament est dû soit à l'addition d'actions toxiques répétées, soit à l'accumulation du poison dans l'organisme par suite d'une élimination insuffisante; pour la digitale, c'est vraisemblablement ce dernier mécanisme qui intervient. Enfin, quand on emploie la digitale, il faut songer à l'accoutumance, qui est incontestable.

M. Sahli. — Je n'ai pas voulu dire, comme paraît le croire M. Ewald, que les succédanés de la digitale peuvent être mis sur la même ligne que celle-ci. J'ai prétendu uniquement qu'ils sont tous actifs, et qu'il n'existe pas de différence fondamentale dans leur mode d'action, mais seulement dans l'intensité de leurs effets. En ce qui concerne le strophantus, on a avancé qu'il se distingue de la digitale par l'absence de toute action sur les vasomoteurs; cette opinion a été reconnue fausse. Un inconvénient du strophantus, c'est l'inconstance de son action, due à la variabilité des préparations. En outre, contrairement à ce qu'a dit M. Rosenstein, il paraît susceptible de déterminer des troubles gastro-intestinaux, car j'ai souvent observé de la diarrhée après l'administration de ce médicament. Pour ce qui est de la digitoxine, je la crois moins sûre que les préparations galéniques de digitale.

Dr A. Jaquet,
Professeur à la Faculté de médecine de Bâle.

(*A suivre.*)

TRENTIÈME CONGRÈS
DE LA
SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 10 au 13 avril 1901.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Séances du 12 avril 1901.

Recherches expérimentales sur la compression intracrânienne.

M. Tilmann. — J'ai observé deux malades ayant subi un traumatisme cérébral, chez lesquels tout changement de position, et surtout le passage du décubitus dorsal à la position déclive, amenait une perte de connaissance et même un état comateux. Ces faits m'ont engagé à étudier expérimentalement cette question, de façon à préciser, d'une part, de quelle quantité il faut augmenter le contenu crânien pour produire des symptômes de compression, et à déterminer, d'autre part, l'influence de la position du corps sur l'apparition des symptômes cérébraux.

A cet effet, j'ai introduit, chez des chiens, de petites poches en caoutchouc mince entre la dure-mère et la pie-mère, et j'y ai injecté, la plaie une fois cicatrisée, des quantités variables de liquides de densité différente. J'ai pu constater ainsi que 4 c.c. d'un liquide quelconque suffisent pour amener le syndrome cérébral de la compression, et que le poids spécifique du liquide ne joue aucun rôle tant que la voûte crânienne est tournée vers le bas. Au contraire, si elle est dirigée vers le haut, 2 c.c. de glycérine, liquide d'une densité deux fois supérieure à celle de l'eau, ou même 1 c.c. de mercure, suffisent pour reproduire le syndrome en question.

Il est facile de se rendre compte que, dans le premier cas, le liquide se trouvant *au-dessous* de la substance cérébrale n'agit que par son volume, en diminuant la capacité crânienne, tandis que, dans le second cas, le liquide, qui est placé *au-dessus* du centre nerveux, agit à la fois par son volume et par son poids spécifique. Or, le poids spécifique du sang, et surtout des caillots, étant supérieur à celui de la substance cérébrale, un hématome intracrânien doit agir à la fois par son volume et par la supériorité de son poids spécifique toutes les fois que le malade se trouve dans une position telle que l'épanchement soit au-dessus de la substance cérébrale; inversement, il n'agira que par son volume dans la situation contraire.

Cette action du poids spécifique ne peut s'ajouter à celle du volume que si l'hématome est intra-dure-mérien; en effet, quand la collection siège en dehors de la dure-mère, la rigidité de celle-ci met le cerveau à l'abri de la compression due à la supériorité du poids spécifique du sang.

La résection du sympathique cervical dans le traitement de l'épilepsie.

M. Braun (de Gœttingue). — Les résultats obtenus par M. Jonnesco (de Bucharest) dans le traitement de l'épilepsie par la résection bilatérale du sympathique m'ont engagé à employer ce procédé.

Je dirai tout d'abord qu'il me paraît impossible d'exciser sûrement le ganglion cervical inférieur, en raison de sa situation profonde et des lésions accessoires qu'une pareille intervention déterminerait presque fatalement. Il semble résulter, d'ailleurs, des observations faites par divers auteurs que l'ablation de ce ganglion n'est pas indispensable. Je me suis donc borné, dans les cas que j'ai traités, à réséquer le sympathique, jusques et y compris le ganglion moyen. Je fais à cet effet une incision en arrière du sterno-cléido-mastoïdien; j'arrive ainsi sur le sympathique, facile à reconnaître, quand on le suit vers le haut, à la présence du ganglion cervical supérieur. Le tronc nerveux est sectionné au-dessus de ce ganglion et isolé jusqu'au niveau du ganglion moyen; ce dernier étant fixé par de nombreuses branches du nerf, on n'essayera pas de l'attirer par des tractions qui auraient pour seul résultat de déchirer le nerf lui-même. Le ganglion une fois dénudé, on sectionne le sympathique un peu plus bas, puis on ferme la plaie.

Comme conséquences immédiates, je n'ai noté aucun symptôme particulier du côté du cœur et de la respiration. J'ai toujours constaté, par contre, un léger degré de ptose de la paupière supérieure, du rétrécissement des pupilles et de la dilatation des vaisseaux de l'extrémité céphalique. Quant aux autres symptômes signalés par divers chirurgiens, tels que kératite, modifications de la position du bulbe oculaire, troubles de la salivation et de la transpiration, je n'ai pas eu l'occasion de les observer. La ptose de la paupière supérieure est définitive; au contraire, la pupille redevient normale au bout de peu de temps; quant à la dilatation vasculaire, elle rétrocède dès le lendemain, ce qui controuve l'hypothèse émise par M. Jonnesco, attribuant l'effet curatif de la sympathicectomie dans l'épilepsie à une dilatation permanente des vaisseaux de l'encéphale.

Pour ce qui est des résultats opératoires immédiats, j'ai perdu un malade d'une pneumonie que je crois indépendante de l'opération en soi et que j'attribue à la narcose. Un deuxième patient a succombé cinq semaines après l'intervention, pendant une crise épileptique. En ce qui concerne les résultats éloignés, aucun de mes malades n'a guéri, bien que pour certains l'opération remonte à une année déjà; dans 5 cas, je crois avoir observé une légère amélioration au point de vue de la fréquence des crises.

Cet insuccès à peu près complet ne me permet pas de recommander la résection bilatérale du sympathique comme moyen de traitement de l'épilepsie.

Le cancer utérin et son traitement chirurgical.

M. Jordan (de Heidelberg). — Parmi les opérations proposées pour le traitement radical du cancer utérin, celles qui empruntent les voies périnéale et sacrée sont à peu près complètement abandonnées à l'heure qu'il est, les premières en raison de l'accès difficile qu'elles fournissent, les autres à cause de leur mortalité relativement élevée que ne compensent pas des avantages réels. Restent donc la voie abdominale, préconisée par M. Freund, et la voie vaginale, dont M. Czerny a été le promoteur.

L'hystérectomie vaginale a été adoptée universellement pendant un certain temps, grâce à sa bénignité; mais les récidives étant fréquentes après cette opération, nous assistons maintenant à un retour vers le procédé abdominal. Cette évolution a été accueillie avec un certain enthousiasme par la plupart des chirurgiens français, tandis que la majorité des opérateurs allemands sont restés fidèles à l'hystérectomie vaginale, estimant que cette dernière ne doit être abandonnée que si l'on démontre la supériorité réelle de l'opération abdominale. Il convient donc de comparer les deux procédés, en se basant sur les résultats obtenus jusqu'à ce jour par les partisans de l'un et de l'autre.

L'opération vaginale, que nous continuons à pratiquer à la clinique de M. Czerny, donne une mortalité d'environ 5 %; le nombre des guérisons radicales, c'est-à-dire ayant persisté cinq ans, s'élève, d'après les chiffres fournis par la clinique gynécologique de Berlin, à 33 % environ. La proportion des guérisons devient encore plus considérable si l'on ne prend que les cancers du col et du corps utérins, car les cas de tumeur maligne de la portion vaginale ont pour effet de l'abaisser. Ces résultats étant au moins aussi bons, sinon meilleurs, que ceux que fournit l'opération du cancer du sein avec évidement de l'aisselle, il nous paraît *a priori* fort peu probable que l'on puisse les améliorer beaucoup.

Toute opération plus complète que celles dont nous disposons actuellement doit se proposer l'extirpation plus large des culs-de-sac vaginaux pour le cancer de la portion vaginale, et du paramétrium ainsi que des ganglions lymphatiques pour le cancer du col et du corps. En ce qui concerne l'ablation des culs-de-sac, elle est certainement plus facile par la voie vaginale; la méthode abdominale n'a donc aucun avantage à ce point de vue. Quant à l'extirpation du tissu conjonctif pelvien, elle présente des difficultés notables tant que ce tissu n'est pas infiltré par le néoplasme, et cela quelle que soit la voie que l'on choisisse. Quand, au contraire, l'infiltration cancéreuse des ligaments larges s'est produite, l'opération n'est pas plus difficile, à mon avis, par une voie que par l'autre, à moins que le néoplasme ne se soit étendu jusqu'aux parois latérales du bassin, auquel cas toute intervention est inutile.

Si nous envisageons maintenant l'extirpation des ganglions, il est évident qu'elle ne saurait être pratiquée que par le procédé abdominal. Toutefois, les observations faites jusqu'à ce jour tendent à démontrer que l'envahissement ganglionnaire est assez tardif dans le cancer utérin, qu'il s'opère d'une manière très irrégulière, que parfois il existe des ganglions simplement tuméfiés, et non cancéreux. Aussi, j'estime que l'extirpation des ganglions ne saurait avoir une utilité réelle, à moins qu'elle ne soit faite d'une manière systématique et complète, ce qui nécessiterait une intervention d'une gravité que ne compenseraient pas les avantages qu'elle rapporterait. La mortalité de l'opération abdominale varie, en effet, entre 20 et 30 % et les résultats définitifs, autant qu'on peut en juger dès à présent, ne paraissent pas supérieurs à ceux du procédé vaginal. J'arrive donc à cette conclusion que l'hystérectomie vaginale est la méthode de choix, et que la voie abdominale n'est indiquée que dans les cas où l'extirpation vaginale est rendue impossible par le volume de l'utérus.

Pour améliorer encore les résultats de l'opération vaginale, il faut rendre l'accès par cette voie plus facile. Le meilleur moyen d'y arriver consiste à faire l'incision paravaginale de M. Schuchardt; cette incision facilite à tel point l'hystérectomie vaginale que je crois pouvoir en conseiller l'application dans tous les cas.

M. Schuchardt (de Stettin). — Je crois, comme M. Jordan, que la voie vaginale doit toujours constituer la méthode de choix.

L'incision paravaginale que j'ai proposée il y a sept ans a été employée par moi, actuellement, dans 60 cas, avec une mortalité opératoire de 12 %; cette mortalité relativement élevée ne

doit pas être attribuée à l'incision paravaginale, laquelle est absolument inoffensive, ainsi que j'ai pu m'en convaincre dans un grand nombre d'opérations faites pour des affections non cancéreuses, mais à ce que j'étends les indications opératoires beaucoup plus que la plupart des chirurgiens. J'ajouterai, en ce qui concerne sa technique, que l'incision en question, après avoir contourné le rectum, doit se rapprocher autant que possible de la ligne médiane, pour diviser ainsi la région périnéale en deux moitiés.

Mes résultats définitifs sont les suivants : j'ai eu 80 % de guérisons dans les cas faciles, 37 % dans les cas compliqués et 14 % dans les cas très difficiles, ce qui me fournit une moyenne de 36.3 % pour la première année, de 35.7 % pour la deuxième année après l'opération et de 30 % pour les interventions datant de cinq ans. Si je calcule le nombre des guérisons définitives non plus sur le nombre de cas opérés, mais sur celui de tous les cas observés, la proportion des guérisons s'étant maintenues cinq ans est de 24 %. Ce pourcentage est supérieur à tous ceux qu'on a publiés jusqu'ici, et cependant j'ai opéré, dans ces dernières années, 61 % des malades que j'ai eu à traiter, proportion plus forte que celle des autres chirurgiens allemands.

En un mot, malgré des indications opératoires très larges, j'obtiens des résultats supérieurs au point de vue de la guérison définitive, et cela grâce à l'opération très radicale que permet l'incision paravaginale.

M. Döderlein (de Tubingue). — Je suis également partisan de l'extirpation vaginale du cancer utérin; j'ai imaginé à cet effet une modification des procédés actuels, que je vais vous exposer brièvement : j'attire fortement en avant le col utérin à l'aide de deux pinces, puis je sectionne d'un coup de ciseaux le cul-de-sac postérieur, de façon à pénétrer immédiatement dans le cul-de-sac de Douglas. J'élargis cette incision en arrière, dans le vagin, et en haut, dans l'utérus, puis je fais basculer ce dernier en arrière, en plaçant mes pinces de plus en plus haut; je l'amène ainsi à la vulve où je le sectionne complètement en deux, ainsi que cela a été fait par M. Müller; en procédant de cette manière, le décollement de la vessie s'opère pour ainsi dire spontanément, le tissu conjonctif étant fort peu dense entre la vessie et le col utérin; il n'y a donc aucun danger de léser la vessie. Avec le doigt, je refoule ensuite de chaque côté le fond de la vessie et l'uretère; il ne reste plus alors qu'à procéder à l'extirpation de chaque moitié de la matrice.

M. Olshausen (de Berlin). — Je suis d'accord avec M. Jordan sur la plupart des points, et je préconise comme lui l'hystérectomie vaginale.

Après avoir observé jusqu'à ces dernières années la règle de ne pas opérer lorsque le cancer dépasse les limites de la matrice, j'ai maintenant un peu élargi les indications opératoires, si bien que j'interviens dans environ 50 % des cas, au lieu de 31 %.

Les récidives sont assez fréquentes entre la troisième et la cinquième année, mais elles deviennent très rares après. J'en ai cependant observé une au bout de douze ans. En résumant ma statistique actuelle, je dirai que j'opère 50 malades sur 100 qui se présentent à moi, et que, de ces 50, 47 survivent à l'opération, dont 18 sont sans récidive au bout de cinq ans.

Je n'interviens par la voie abdominale que lorsqu'il est impossible d'opérer par le vagin. Pour ce qui est de l'incision paravaginale de M. Schuchardt, je l'emploie, bien qu'assez rarement, et je crois qu'elle ne trouve son application que dans 3 ou 4 % des cas. Le procédé de M. Döderlein me paraît constituer un progrès, bien que je ne sois pas partisan de l'hémisection systématique de la matrice; cette méthode est très utile quand le cancer peut être désinfecté facilement, mais elle expose à une infection septique parfois mortelle, en cas de rétention purulente dans la cavité utérine. Je considère enfin que le décollement de la vessie est difficile lorsque le cancer empiète sur la paroi de cet organe, et je suis d'avis qu'en pareil cas le procédé de M. Döderlein ne mettrait pas à l'abri d'une lésion involontaire de la vessie.

M. Martin (de Greifswald). — Je crois comme M. Jordan que l'extirpation des ganglions, dans le cancer de l'utérus, présente des inconvénients que ne compensent pas des avantages suffisants; je suis également partisan de l'opération vaginale, et je recommande vivement l'emploi de l'incision paravaginale de M. Schuchardt. Quant au procédé de M. Döderlein, j'estime que le décollement de la vessie pourrait offrir quelques difficultés, même sans qu'il y eût des adhérences cancéreuses, dans les cas relativement fréquents où cet organe est largement uni à la paroi antérieure de la matrice.

M. Wertheim (de Vienne). — Depuis deux ans et demi, je pratique exclusivement l'hystérectomie abdominale avec ablation des ganglions, estimant que cette opération seule permet d'augmenter les chances de guérison radicale. Le nombre de malades que j'ai opérées ainsi est de 50. Mes interventions sont encore trop récentes pour que je puisse vous présenter des conclusions définitives; en tout cas, si je suis convaincu que j'observerai des récidives, du moins n'en ai-je pas eu jusqu'ici. Il est vrai que ma mortalité opératoire fut assez élevée au début : j'ai compté 11 décès sur une première série de 30 opérations; le second groupe, par contre, comprenant 20 opérations, ne m'a donné que 3 décès, dont 2 par nécrose des uretères. Cette dernière complication étant due à un isolement trop étendu de ces canaux, j'ai amélioré mon manuel opératoire à cet égard, et j'ai le ferme espoir que le nombre des décès opératoires diminuera encore sensiblement.

L'examen histologique très minutieux auquel j'ai soumis dans tous les cas les ganglions extirpés m'a démontré que 18 fois les ganglions étaient cancéreux, et ceci alors même que rien ne trahissait macroscopiquement leur envahissement. J'attribue cependant à l'extirpation du tissu des ligaments larges une importance plus grande encore qu'à celle des ganglions, les récidives s'établissant le plus souvent à ce niveau.

M. Kümmell. — J'ai pu me convaincre par de nombreux essais que les dangers de l'hystérectomie abdominale sont beaucoup plus considérables que ceux de l'opération vaginale. Je m'adresse donc à cette dernière dans les cas très faciles; je pratique l'incision paravaginale dans les cas de difficulté moyenne; j'ai enfin recours au procédé abdominal dans ceux où la compression des uretères exige une intervention destinée à soulager les patientes, plutôt qu'à les guérir. De 3 malades de cette dernière catégorie, que j'ai opérées, une est morte de pneumonie, la deuxième a succombé à une récidive au bout d'un an; la troisième, au bout de six mois, est encore sans récidive. J'ai établi enfin, dans un fait semblable, une fistule urétéro-vaginale par la voie vaginale, ce qui m'a permis de soulager la patiente, du moins pour quelques semaines.

M. Freund (de Strasbourg) fait observer que, pour juger impartialement de la valeur de l'un et de l'autre procédé, le même chirurgien devrait les employer, tantôt l'un tantôt l'autre, indifféremment, c'est-à-dire sans soumettre à l'un les cas faciles à opérer et à l'autre les cas inopérables. Il ne croit pas que l'on soit autorisé à abandonner la voie abdominale, alors qu'on cherche, au contraire, à perfectionner la technique de l'extirpation des ganglions pour les cancers des autres organes; car le cancer utérin doit être traité d'après les mêmes principes que tous les autres néoplasmes malins.

De la laparotomie vaginale conservatrice comparée à la laparotomie abdominale.

M. Dührssen (de Berlin). — J'ai pratiqué 780 fois la laparotomie vaginale, c'est-à-dire la colpocœliotomie antérieure, pour les affections les plus variées. Je rappellerai brièvement en quoi consiste cette opération : on fait une incision en T sur la paroi vaginale antérieure, on sépare sur une étendue suffisante la vessie d'avec la matrice et les ligaments larges et même d'avec le péritoine vésical, puis on pratique une ouverture de 5 à 6 centimètres dans le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin; cette ouverture étant établie, on fait basculer la matrice en avant et on l'attire à la vulve. On peut ainsi pratiquer la plupart des opérations gynécologiques pour lesquelles la laparotomie abdominale eut autrefois semblé nécessaire. La mortalité opératoire n'est que de 2 à 3 %, c'est-à-dire inférieure à celle de la laparotomie abdominale. Ce procédé offre, en outre, l'avantage de ne pas laisser de cicatrice, et de ne pas exposer aux adhérences intestinales ou à une hernie abdominale; la convalescence est aussi plus courte, car la plupart des malades peuvent quitter le service au bout de neuf à douze jours. La seule conséquence fâcheuse de cette opération est qu'elle provoque parfois des troubles au moment d'un accouchement ultérieur. On peut éviter cet inconvénient en suturant isolément le péritoine, comme je le fais avec succès depuis 1895. Enfin, le procédé en question a encore l'avantage de pouvoir être associé à la vagino-fixation quand il s'agit de rétrodéviation utérine.

J'ai fait notamment cette opération dans 70 cas de kystes volumineux de l'ovaire, sans un seul décès, puis dans 28 grossesses extra-utérines, avec un seul décès survenu après un traumatisme, alors que l'opérée était en pleine convalescence.

Je mentionnerai encore, parmi les interventions pratiquées par ce moyen, l'obturation des trompes dans le but d'éviter la conception chez des femmes malades et, inversement, l'établissement d'un orifice tubaire, dans des cas d'oblitération des trompes, pour rendre possible la conception; puis, la cautérisation des ovaires pour dégénérescence microkystique de ces organes. Contre cette dernière affection, l'ignipuncture m'a rendu des services appréciables, parce qu'elle fait disparaître à la fois les douleurs et les métrorrhagies; j'ai pu constater que les ovaires traités de la sorte reprennent leur fonction normale.

J'ai également extirpé, par la laparotomie vaginale, 57 fibromyomes, dont certains atteignaient le volume d'une tête d'enfant, et j'ai fait dans un certain nombre de cas l'excision cunéiforme du tissu utérin, moyen excellent pour guérir la métrite chronique.

D'une manière générale, je ne crains pas d'avancer que l'opération en question permet d'éviter, dans 50 à 70 % des cas, la laparotomie. Elle est préférable à la colpocœliotomie postérieure préconisée par d'autres opérateurs, parce qu'elle fournit un champ opératoire bien meilleur.

Quant à l'incision paravaginale de M. Schuchardt, je dois dire que j'ai proposé une incision analogue en 1889 pour des cas d'accouchement difficiles, et en 1891 pour l'extirpation de l'utérus cancéreux. J'ai insisté avant M. Schuchardt même sur l'importance qu'il y a de sectionner toujours le muscle releveur de l'anus.

Histogenèse du cancer cutané.

M. Petersen. — L'histoire du cancer présente encore nombre de points obscurs; même si l'on admet l'origine parasitaire de cette affection, force est de reconnaître que le parasite qui la cause ne saurait jouer un rôle étiologique aussi simple que celui du bacille de Löffler, par exemple, dans la diphtérie.

On a cru jusqu'ici que le cancer est dû à une prolifération primitive des cellules épithéliales; mais M. Ribbert s'est efforcé de prouver qu'il s'agit primitivement, au contraire, de cellules épithéliales séparées d'avec leur terrain normal par une prolifération du tissu conjonctif; ces cellules épithéliales ainsi déplacées proliféreraient et se rapprocheraient secondairement de l'épithélium dont elles sont parties, et ce rapprochement serait si étroit qu'il deviendrait impossible, d'après M. Ribbert, d'en reconnaître la nature secondaire sur les coupes microscopiques. M. Ribbert admet ainsi que le cancer a un seul et unique lieu d'origine, et que ses rapports avec la surface interne du revêtement épithélial du derme sont purement secondaires. Cette manière de voir est en contradiction absolue avec l'opinion admise jusqu'à ce jour, à savoir que, pour le cancer cutané, tout au moins, il existe un certain nombre de centres de formation plus ou moins indépendants les uns des autres.

Le seul procédé susceptible d'élucider cette question est la reconstitution du tissu cancéreux d'après une série de coupes microscopiques, telle qu'on peut la faire suivant la méthode imaginée par MM. Born et Strasser pour la reconstitution des embryons. J'ai pu constater ainsi que certains cancers cutanés ont, en effet, un seul centre de développement, et se relient secondairement avec l'épithélium des parties avoisinantes de l'épiderme; mais il existe d'autres cancers qui ont, et ceci d'une manière

absolument indiscutable, plusieurs centres de formation complètement indépendants les uns des autres. Ce fait, ainsi que la continuité souvent ininterrompue du tissu cancéreux dans un foyer néoplasique, malgré l'aspect alvéolaire des coupes microscopiques, et enfin les données fournies par l'étude des coupes microscopiques elles-mêmes, me permettent d'affirmer que le cancer tire bien son origine, contrairement à l'opinion de M. Ribbert, d'une prolifération primitive des cellules épithéliales soit en un seul point, soit en plusieurs points séparés, et que les solutions de continuité du tissu cancéreux sont un phénomène secondaire.

M. Kossmann (de Berlin) montre des préparations d'un cancer de l'ovaire, où l'on remarque à la fois des cellules épithéliales pavimenteuses et cylindriques. Cette association de deux sortes d'éléments également différents de ceux qui constituent normalement l'ovaire lui paraît un argument décisif en faveur de la théorie de M. Cohnheim, développée par M. Ribbert, relative à l'aberration embryonnaire de certains germes se développant ultérieurement sous forme de tumeurs.

M. Gussenbauer est d'avis que les préparations de M. Petersen ne sont pas suffisantes pour infirmer la théorie de M. Ribbert; il se réserve d'en fournir la preuve au moyen de nombreuses préparations qu'il a faites.

Destruction des débris de néoplasmes par l'eau bouillante.

M. Ehrhardt (de Königsberg). — La présence de débris néoplasiques, même microscopiques, dans une plaie suffisant à amener la récidive, nous avons étudié à la clinique chirurgicale de Königsberg les moyens de détruire ces germes dans la mesure du possible. L'application de substances chimiques a des inconvénients sérieux pour la guérison des plaies; nous nous sommes alors adressés à l'eau bouillante; nous avons pu constater que l'introduction de 25 c.c. d'eau bouillante dans la cavité d'une plaie, durant un quart de minute, produit une nécrose très superficielle de toute la surface de la plaie, et, par suite, supprime les germes cancéreux qui peuvent s'y trouver, sans entraver, d'autre part, la guérison par première intention. Nous avons donc recours à ce procédé toutes les fois que nous croyons la plaie contaminée de débris néoplasiques.

Des examens microscopiques m'ont permis de m'assurer que cette cautérisation par l'eau bouillante est à la fois beaucoup plus égale et moins profonde que celle que l'on obtient par des moyens chimiques d'une efficacité suffisante.

De l'anesthésie dans la résection du maxillaire supérieur.

M. Krönlein. — En étudiant les statistiques relatives aux résultats immédiats de la résection du maxillaire supérieur, principalement pour néoplasmes malins, l'on constate que l'avènement de l'antisepsie et de l'asepsie n'a pas amené, pour cette intervention, la diminution de la mortalité qui s'est manifestée dans d'autres domaines de la chirurgie opératoire : certains chirurgiens de la première moitié du siècle ont eu des séries d'opérations pour ainsi dire sans décès, tandis que des statistiques peu favorables ont encore été publiées naguère.

J'estime que cette particularité dépend surtout de la narcose, et je suis porté à croire, d'après ma propre expérience, que les auteurs ayant eu les meilleurs résultats sont précisément ceux qui se sont abstenus d'une manière plus ou moins complète de l'anesthésie générale. Cette opinion me paraît confirmée par ce fait que la pneumonie est mentionnée comme ayant causé la mort dans la moitié des cas des statistiques détaillées de MM. Küster et König.

Les constatations fâcheuses que j'ai eu jadis l'occasion de faire comme assistant de von Langenbeck sur la narcose et l'application de la canule-tampon de M. Trendelenburg m'ont engagé à abandonner de plus en plus l'anesthésie générale complète. Je me contente de faire une injection de morphine avant de commencer l'intervention et de produire une anesthésie générale très légère pendant les premiers temps de l'opération, c'est-à-dire tant que la cavité buccale n'est pas intéressée; dès ce moment, j'interromps la narcose et je termine rapidement.

J'ai pratiqué ainsi 35 résections totales du maxillaire supérieur pour néoplasmes malins, avec un seul décès qui fut causé par une méningite, chez un patient où les lésions, ayant envahi la base du crâne, m'avaient obligé à dénuder la pie-mère.

M. Riedel. — Je recours, pour la résection du maxillaire supérieur, à l'anesthésie générale complète, sans trachéotomie préalable; mais je pratique la deuxième moitié de l'intervention dans la position de Rose pour éviter l'aspiration du sang, car je crois celle-ci beaucoup plus dangereuse à elle seule que la narcose et l'hémorrhagie résultant généralement de la position de Rose. Je ne me rappelle pas avoir eu un seul décès avec cette technique.

Traitement opératoire du phlegmon péri-œsophagien et médiastinal.

M. von Hacker (d'Innsbruck). — J'ai eu l'occasion d'opérer avec un plein succès un cas de phlegmon péri-œsophagien. Il s'agissait d'une femme ayant un rétrécissement cicatriciel très irrégulier de l'œsophage, chez laquelle je pratiquai la gastrostomie, et qui se fit soumettre, contre mon conseil, à une cure de dilatation au moyen de bougies. L'introduction du cathéter causa un jour une vive douleur dans la région sternale, et la patiente me fut amenée, trois jours plus tard, ayant de la matité au niveau du sternum et une tuméfaction diffuse du cou, et expectorant des crachats spumeux et fétides; il y avait de l'emphysème cutané autour de l'ouverture thoracique. Ayant diagnostiqué une perforation de l'œsophage avec phlegmon médiastinal, je fis une incision au niveau du cou et pénétrai dans la profondeur en suivant l'œdème du tissu conjonctif. Je réussis à évacuer ainsi un quart de litre de pus fétide, mélangé de gaz, puis je drainai la cavité qui s'étendait, comme le montra l'examen radiographique, à une profondeur de dix centimètres à partir du bord supérieur du sternum.

Je pus facilement mettre la perforation de l'œsophage en évidence, en introduisant dans la cavité de l'abcès un tampon imbibé de ferrocyanure de potassium et en faisant avaler à la malade une solution de citrate de fer; la formation immédiate de bleu de Prusse indiqua le passage du citrate de fer dans l'abcès; l'examen endoscopique me permit enfin de voir directement la perforation. En projetant radiographiquement l'ombre d'une sonde métallique introduite dans la cavité sur la paroi postérieure de la cage thoracique, je pus me rendre compte que la cavité s'étendait jusqu'au bord inférieur de la cinquième côte et qu'elle siégeait dans le voisinage immédiat de la colonne vertébrale.

Ce cas est le troisième où l'on ait incisé un abcès du médiastin par la région cervicale; je crois que c'est là le procédé de choix, et que l'on devrait réserver l'ouverture du médiastin par la voie postérieure aux cas où l'incision cervicale se montrerait insuffisante à arrêter les progrès du processus infectieux.

M. Gottstein (de Breslau) insiste sur l'utilité de préciser la nature des affections de l'œsophage en excisant un fragment de tissu au moyen de l'œsophagoscope et d'une pince construite à cet effet. Ce procédé, employé à la clinique de M. von Mikulicz dans 40 cas environ, a permis entre autres de reconnaître un ulcère peptique de l'œsophage, une actinomycose et une gomme de cet organe. Cette petite opération exploratrice ne présente aucun danger. Il est préférable, cependant, de ne pas la pratiquer tant que le néoplasme n'est pas ulcéré, de crainte d'amener l'infection et l'ulcération d'une tumeur encore recouverte d'une muqueuse saine.

La pneumonie consécutive aux interventions sur l'abdomen.

M. Henle communique les observations faites dans le service de M. von Mikulicz, à Breslau, sur la pneumonie consécutive aux opérations abdominales. Il cite, comme facteurs de cette complication, l'anesthésie générale, la faiblesse cardiaque, la difficulté de l'expectoration à cause de la douleur produite par la plaie abdominale et la fixation du diaphragme à la suite de l'intervention elle-même; mais le rôle prépondérant devrait être attribué, d'une part au refroidissement des malades pendant la désinfection et l'opération, et d'autre part à l'existence d'un foyer d'infection dans l'organisme. C'est ainsi qu'en employant une table chauffable et en réduisant au minimum la durée de la désinfection du malade et le refroidissement que celle-ci occasionne (grâce à l'emploi de la teinture de savon), on a vu diminuer progressivement la fréquence de la pneumonie à la clinique de Breslau, malgré le nombre toujours croissant des laparotomies. L'autopsie des patients ayant succombé à cette complication a, d'ailleurs, démontré l'existence fréquente d'un foyer d'infection péritonéale, resté parfois méconnu pendant la vie.

M. Henle a pu confirmer ces données par des expériences sur les animaux : il a réussi à produire des affections pulmonaires au moyen du refroidissement artificiel associé à la narcose et à l'introduction d'un microorganisme infectieux dans la circulation sanguine ou le péritoine. L'importance de ces processus infectieux est prouvée chez l'homme par ce fait que la pneumonie, très rare après la cure radicale de la hernie ou l'ablation à froid de l'appendice, est relativement fréquente à la suite de l'opération de la hernie étranglée ou des interventions pour appendicite aiguë. Les pneumonies les plus graves sont celles qui s'accompagnent de gangrène pulmonaire; il s'agit là, le plus souvent, de pneumonies par aspiration du contenu buccal et stomacal en cas de vomissements, quoique la gangrène survienne parfois chez des malades n'ayant pas vomi.

M. Krönlein dit avoir observé une seule pneumonie sur 298 laparotomies : c'était chez un vieillard de soixante-dix-sept ans. Il estime qu'il est de toute importance d'administrer le moins d'éther possible et de se servir, ainsi que l'a fait ressortir M. von Bruns, d'un produit absolument pur. Il n'emploie pas de tables chauffables, mais il évite d'inonder le malade d'eau au cours de l'opération.

M. Kümmell, sur un total de 1,070 laparotomies, a vu 40 pneumonies, dont 29 mortelles. Il s'agissait le plus souvent de sujets affaiblis, souffrant d'affections malignes, et fréquemment atteints de bronchite au moment de l'opération. Dans 4 cas, il crut pouvoir attribuer cette complication à l'emploi de l'éther. Il estime enfin que le climat joue un rôle considérable dans la genèse de la pneumonie post-opératoire. Il s'efforce d'en diminuer la fréquence en ordonnant aux sujets âgés de quitter le lit le plus tôt possible après l'opération, dès le deuxième ou le troisième jour qui suit la cure radicale d'une hernie, par exemple.

M. Stolper (de Breslau), ayant trouvé une embolie graisseuse chez un malade décédé huit jours après une intervention sur les voies biliaires, pense que cet accident pourrait avoir quelque influence sur la genèse de la variété de pneumonie dont il s'agit, le traumatisme opératoire étant susceptible de déterminer une certaine résorption de substance graisseuse.

De l'emploi du tamponnement abdominal à la Mikulicz.

M. Samter (de Königsberg) recommande l'application du tamponnement à la Mikulicz comme mesure préliminaire, quand on doit intervenir sur un foyer infectieux situé dans la profondeur de la cavité abdominale. On crée ainsi des adhérences qui mettent le reste de l'abdomen à l'abri d'une contamination dangereuse. Ce procédé lui a rendu de grands services dans deux cas.

Du mécanisme de la dilatation aiguë de l'estomac.

M. Kelling (de Dresde) communique les résultats d'expériences qu'il a instituées sur les causes de la dilatation aiguë de l'estomac. Cet accident serait produit d'abord par l'anesthésie générale, puis par les opérations sur les voies biliaires, par l'occlusion artério-mésentérique de l'intestin grêle (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 6); il s'observerait aussi après l'application d'un corset orthopédique contre la scoliose.

Les expériences en question, faites tant sur le cadavre que sur des animaux, lui permettent de conclure que la dilatation aiguë se produit toutes les fois que l'estomac ne peut se vider ni par l'intestin, ni par l'œsophage, et cela soit par suite d'un « mécanisme de soupape » aux orifices pylorique et œsophagien, soit parce que

le réflexe qui normalement préside à l'évacuation de l'estomac fait défaut. L'abolition de ce réflexe peut être attribuée à l'anesthésie générale; quant au mécanisme de soupape, il serait dû à l'ingestion rapide d'un volume excessif de liquide.

M. Borchard (de Posen) a observé 2 fois une dilatation aiguë de l'estomac après une gastrostomie, et il a pu constater dans ces cas l'existence d'un pli de la muqueuse au niveau de l'orifice pylorique. Cet obstacle mécanique, ainsi que l'impossibilité où se trouvait l'estomac de se contracter librement à cause de sa fixation à la paroi antérieure de l'abdomen, ont constitué, d'après l'orateur, les causes de la dilatation.

Traitement chirurgical des vomissements incoercibles des nourrissons.

M. Schmidt (de Cuxhaven) relate l'observation d'un nourrisson présentant des vomissements continuels, et qui guérit grâce à une laparotomie suivie de la dilatation digitale du pylore, lequel était nettement contracté.

Ce cas est le deuxième qui ait été traité jusqu'à présent par ce procédé. M. Schmidt croit qu'il s'agit probablement, comme l'a soutenu M. Pfaundler, d'un spasme du pylore plutôt que d'un rétrécissement anatomique. Il estime que, dans ces conditions, la dilatation digitale doit être préférée à la gastro-entérostomie que plusieurs chirurgiens ont pratiquée en pareille occurrence.

M. Löbker (de Bochum) fait remarquer que l'affection décrite par M. Pfaundler, et à laquelle se rapporte l'observation communiquée par M. Schmidt, est absolument différente du cas qu'il a publié lui même, et où il s'agissait non seulement d'un spasme pylorique, mais aussi d'un épaississement de la musculeuse. Il montre comme preuves à l'appui deux pièces anatomiques, provenant l'une de l'enfant en question, l'autre d'un petit malade de l'hôpital des enfants de Greifswald; on voit sur ces pièces que la muqueuse pylorique est absolument saine, tandis que la musculeuse est notablement hypertrophiée. Contrairement aux symptômes présentés par le petit malade de M. Schmidt, l'absence de défécation jouait, chez le nourrisson qu'a observé M. Löbker, un rôle plus important encore que les vomissements.

En ce qui concerne le traitement, l'orateur est d'avis que le simple spasme pylorique n'exige pas d'opération du tout, alors que le vrai rétrécissement pylorique doit être traité par la gastro-entérostomie.

Traitement du décollement épiphysaire des adolescents.

M. Schuchardt recommande la réduction sanglante avec suture ou enchevillement des fragments, contre le décollement épiphysaire des adolescents, cette affection amenant, outre la déformation, des troubles de croissance notables au niveau des extrémités. Il présente un jeune garçon chez lequel il a pratiqué avec succès la fixation de l'épiphyse inférieure du fémur.

Séances du 13 avril 1901.

Du traitement chirurgical de l'appendicite aiguë.

M. Rehn. — Malgré les opinions plutôt conservatrices qui ont été émises, il y a deux ans, lors de notre discussion sur le traitement de l'appendicite (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 134), je suis devenu de plus en plus partisan de l'opération pendant la crise aiguë, et ceci d'autant plus que l'appendicite me paraît non seulement plus fréquente qu'autrefois, mais aussi plus maligne. Je conviens cependant qu'il peut y avoir des différences locales expliquant jusqu'à un certain point les divergences de vues des chirurgiens.

Je crois qu'il convient d'appliquer au traitement de l'appendicite les règles générales de la chirurgie actuelle; or, le traitement conservateur est en contradiction absolue avec les principes universellement admis en matière de chirurgie abdominale. A mon avis, il n'est pas plus dangereux d'opérer pendant la période de l'irritation péritonéale qu'en dehors de cette période, et je ne crains pas d'ouvrir largement la cavité abdominale dans le but de découvrir le foyer infectieux et d'enlever l'appendice. J'estime qu'en agissant ainsi les insuccès ne doivent pas être attribués au traitement, mais bien à ce que l'infection était déjà trop avancée quand on est intervenu.

J'ai opéré au cours des deux dernières années 35 cas de péritonite diffuse suppurée avec 27 décès, 36 cas de péritonite purulente progressive avec 25 décès, 85 cas de péritonite localisée avec 8 décès; 24 fois, enfin, j'ai pu intervenir avant le développement d'une suppuration, et tous ces cas eurent une issue favorable. Quant à la gangrène aiguë de l'appendice, je l'ai rencontrée 33 fois; j'ai eu 22 guérisons et 11 décès.

J'estime que ces résultats doivent encourager à opérer durant la crise, et je crois que l'on ne doit pas se laisser arrêter par la crainte de contaminer le péritoine, ce dernier s'infectant moins facilement qu'on ne le pense. Je fais toujours une incision large, j'enlève l'appendice et je draine, après avoir introduit dans la cavité abdominale une assez grande quantité de sérum physiologique.

Pour résumer mon opinion, je dirai qu'il ne me semble permis de temporiser que dans les cas légers et à condition de pouvoir observer son malade pour ainsi dire d'heure en heure, afin d'intervenir aux premiers symptômes alarmants. On opérera, par contre, tous les cas douteux, surtout lorsque l'affection a débuté très brusquement, avec un frisson ou avec d'autres symptômes initiaux graves; en outre, l'intervention précoce est indiquée toutes les fois que le diagnostic est rendu certain par l'existence de crises antérieures. Quant à l'administration d'opium, je pense qu'il convient d'être très prudent, ce médicament étant susceptible d'obscurcir le tableau clinique.

M. Rotter (de Berlin). — Je ne viens pas discuter ici l'opinion de M. Rehn, qui diffère sensiblement de celle de la plupart d'entre nous; mais je voudrais appeler l'attention sur la nécessité d'aborder les collections purulentes de la cavité de Douglas par la voie inférieure, c'est-à-dire par le rectum, le vagin ou le périnée, afin d'éviter la contamination de la cavité péritonéale libre, accident plus fréquent et plus grave que ne paraît le croire M. Rehn. Cette modification du manuel opératoire a sensiblement amélioré mes résultats, la mortalité dans les cas de péritonite étendue ayant diminué presque de moitié depuis que je la mets en pratique.

En ce qui concerne les lavages péritonéaux, je n'en suis pas partisan, contrairement à M. Rehn; sur 200 cas, je n'en ai vu que 5 où ces lavages auraient pu être indiqués ou, du moins, n'auraient pas été nuisibles.

M. Mühsam (de Berlin) déclare qu'à l'heure actuelle, pour M. Sonnenburg, une seule variété d'appendicite exige l'intervention immédiate : c'est l'appendicite gangreneuse, laquelle se manifeste par des symptômes très violents dès le début et par une marche rapide. Dans tous les autres cas, l'intervention est moins urgente et il est permis de temporiser, tout en observant soigneusement l'évolution de la maladie.

M. Sprengel (de Brunswick). — Partisan de l'intervention précoce jusqu'à notre discussion d'il y a deux ans, je suis devenu passagèrement temporisateur, pour pencher de nouveau, comme M. Rehn, vers l'intervention hâtive. Je crois qu'il serait utile d'établir la statistique des résultats obtenus en opérant de parti pris au cours des deux premiers jours de la crise. Une statistique semblable permettrait de voir s'il faut persévérer dans cette voie ou s'il est préférable de suivre une pratique moins radicale.

M. Hirschberg (de Berlin) croit qu'il serait fâcheux de voir les praticiens opérer durant la crise, c'est-à-dire dans une phase où l'intervention exige une assistance et une habileté chirurgicale dont chacun ne dispose pas; il estime que les accidents causés par des opérations inutiles et faites dans des conditions défectueuses l'emporteraient de beaucoup sur les avantages que peut éventuellement présenter l'intervention hâtive.

M. Kümmell, se basant sur 1,042 observations d'appendicite, estime que M. Rehn se montre beaucoup trop radical et qu'il est plus sage de s'en tenir au traitement médical pour les cas légers et moyens; par contre, il faut intervenir immédiatement dans les cas graves d'emblée; de même, on doit opérer toutes les fois qu'il existe un abcès palpable ou un exsudat dont la résorption ne s'opère pas spontanément. Il reconnaît que le péritoine résorbe fréquemment le pus, mais il pense que l'irruption de substances infectieuses dans la cavité péritonéale libre présente des dangers beaucoup plus grands qu'il ne ressort de la communication de M. Rehn.

M. Riedel, tout en admettant que la moitié au moins des crises d'appendicite ne nécessitent pas une opération, est cependant partisan de l'intervention immédiate, étant donné qu'il est impossible d'établir d'avance le pronostic et de reconnaître les cas qui auront une marche favorable.

M. Körte (de Berlin) ne conteste pas qu'un certain nombre d'appendicites exigent une intervention immédiate; mais ces faits ne forment qu'une faible minorité, et il n'est pas logique de vouloir appliquer à tous les cas des règles thérapeutiques qui ne sont de mise que dans des circonstances exceptionnelles.

A propos du manuel opératoire de l'uranoplastie.

M. von Eiselsberg (de Vienne) rappelle que, même avec le procédé classique de von Langenbeck et la modification importante que Billroth y a apportée, il est parfois impossible de pratiquer l'obturation complète des pertes de substance du voile du palais. Il discute les moyens permettant de remédier à cet inconvénient; il cite notamment les essais d'utilisation d'un lambeau autoplastique emprunté à la peau du bras, comme on le fait pour la rhinoplastie.

L'orateur insiste sur la nécessité de ne pas intervenir tant qu'il existe le moindre degré d'irritation catarrhale de la muqueuse nasale; il s'abstient, au cours des quatre ou cinq premiers jours, d'administrer du lait aux jeunes opérés, l'alimentation ayant une influence défavorable sur la réunion de la suture par première intention.

Traitement de l'ankylose du coude par l'arthrolyse.

M. Jul. Wolff (de Berlin) fait une communication sur l'utilité du traitement chirurgical des ankyloses, voire osseuses, de l'articulation cubitale; il recommande une opération qu'il désigne sous le nom d'arthrolyse et qui serait indiquée alors même qu'il s'agit d'ankylose rectangulaire. Elle consiste à sectionner toutes les adhérences osseuses à l'aide du ciseau, puis à suturer la plaie; on imprime à l'articulation des mouvements actifs et passifs le plus tôt possible.

Dans un des cas opérés par l'orateur, cette intervention semblait devoir être insuffisante; aussi se décida-t-il à placer le bras dans un appareil plâtré à coude mobile, qui permettait de fléchir progressivement l'avant-bras, puis de l'étendre très complètement. Ce traitement, institué par étapes, dura une quinzaine de jours, au bout desquels la malade pouvait faire des mouvements actifs sans trop de douleurs. Le résultat fut si favorable que l'on obtint une flexion à 20° et une extension à 150°.

M. von Eiselsberg dit avoir essayé également l'arthrolyse de l'articulation cubitale, notamment dans un cas d'ankylose bilatérale du coude. Le résultat fut nul d'un côté, tandis que de l'autre l'amplitude des mouvements de flexion et d'extension atteignit 40°. De ce côté, on avait fait une incision bilatérale; M. von Eiselsberg estime que ce procédé facilite mieux la dénudation radicale indispensable des extrémités osseuses. L'insuccès de l'une des opérations provint, à son avis, d'un lambeau périosté insuffisamment enlevé, qui dut être le point de départ d'une nouvelle formation osseuse. Il croit que, d'une manière générale, l'arthrolyse est une opération d'une réelle utilité.

M. Kocher fait remarquer que la douleur que produisent les mouvements constitue l'obstacle principal à la mobilisation post-opératoire du coude. Afin de diminuer cette sensibilité et de permettre aux malades de reprendre aussi vite que possible les mouvements actifs, ce qui est essentiel pour le maintien de la mobilité de l'articulation, il a renoncé, l'opération une fois

terminée, à réduire immédiatement les extrémités osseuses, qu'il laisse, au contraire, la plaie réunie par la suture, dans une position de luxation; il pratique ensuite très facilement la réduction au bout de huit à quinze jours, c'est-à-dire alors que, les surfaces osseuses s'étant déjà recouvertes d'une légère couche de tissu conjonctif, leur sensibilité est notablement diminuée.

Du décollement de la rotule adhérente.

M. Cramer (de Wiesbaden). — J'ai eu l'occasion de pratiquer avec succès la mobilisation sanglante de la rotule ankylosée, en me servant, sans le connaître, du procédé indiqué par M. Helferich, c'est-à-dire de l'implantation, entre la rotule et le fémur, d'un lambeau musculaire emprunté au muscle vaste interne; cette méthode n'est indiquée que s'il s'agit d'ankylose osseuse. Dans 5 cas d'ankylose fibreuse de la rotule, j'ai fait, 4 fois avec succès, le simple décollement de la rotule, sans interposition musculaire. Il est de toute importance de ne pas opérer trop tôt, mais d'attendre la guérison complète du processus inflammatoire ayant amené l'ankylose de la rotule : ce processus serait le plus souvent, d'après mon expérience, une arthrite blennorrhagique.

Traitement ostéoplastique des fractures de la rotule avec écartement.

M. Wolff préconise, pour le traitement de la fracture invétérée de la rotule avec écartement considérable des fragments, le procédé ostéoplastique qu'ont employé, il y a un certain temps déjà, mais d'une manière quelque peu différente, M. Rosenberger et M. Helferich. Il présente un jeune malade chez lequel il a commencé par rapprocher les deux fragments à l'aide de la griffe de Malgaigne, pour emprunter ensuite sur chaque moitié de la rotule un lambeau musculo-périostéo-cutané, et suturer ensemble ces deux lambeaux. Il obtint ainsi la réunion osseuse des deux lambeaux ostéoplastiques tant entre eux qu'avec les fragments de la rotule, bien que ces deux derniers se fussent légèrement écartés après l'enlèvement de la griffe de Malgaigne. La consolidation est complète et le malade se sert de sa jambe sans difficulté.

Les moignons d'amputation au niveau de la diaphyse.

M. Bunge (de Königsberg) présente un garçon chez lequel il a fait l'amputation de la jambe en son milieu pour des lésions infectieuses du pied. L'amputation avait été jugée nécessaire, le jeune malade étant atteint en même temps d'une ascite considérable, suite d'une cirrhose syphilitique du foie. Elle fut pratiquée, non pas d'après la méthode sous-périostée habituelle, qui ménage un manchon de périoste plus long que l'os, mais au contraire en excisant le périoste encore plus haut que le trait de scie et en enlevant la moelle osseuse de l'extrémité du tibia et du péroné au moyen de la curette. L'opéré présente actuellement un moignon bien formé, supportant sans douleur la pression directe de l'appareil prothétique. M. Bunge estime que la conservation du manchon de périoste, sans présenter aucun avantage, augmente la sensibilité du moignon, laquelle réside principalement dans les proliférations périostiques et dans la moelle osseuse. Il conseille, en outre, d'amputer le péroné un peu plus haut que le tibia et d'éviter soigneusement de laisser des restes de périoste sur l'extrémité tibiale.

M. Bier déclare partager l'avis de M. Bunge en ce qui concerne la suppression du manchon périostique. Il engage ses opérés à exercer leur moignon aussi vite que possible afin d'émousser la sensibilité, laquelle proviendrait des parties molles, d'après des expériences faites par M. Hirsch dans le service de M. Bardenheuer. Quant à la comparaison entre l'amputation simple sans manchon périostique et la méthode ostéoplastique indiquée par lui, M. Bier donne la préférence à celle-ci toutes les fois qu'il est possible d'opérer avec une asepsie parfaite, tandis qu'il a recours à la première lorsque l'asepsie ne lui paraît pas suffisamment assurée, c'est-à-dire quand l'amputation doit être pratiquée sur un membre infecté.

Il fait remarquer encore que le principe ostéoplastique de l'opération de Pirogoff peut être notablement étendu, le fragment osseux à implanter sur la face inférieure du tibia pouvant être emprunté non seulement au calcanéum, mais aussi à n'importe quelle partie encore saine du squelette du pied.

M. Heidenhain recommande le procédé ostéoplastique de M. Bier, qu'il croit tout particulièrement utile en cas d'amputation bilatérale.

Des parasites du cancer.

M. Sjöbring (de Lund) montre des préparations de microorganismes amiboïdes auxquels il croit pouvoir attribuer un rôle étiologique dans la genèse du cancer. Il a isolé ces microorganismes de tumeurs cancéreuses et a réussi à les cultiver; par leur injection à des animaux, il déclare avoir déterminé des proliférations épithéliales.

M. Israel (de Berlin) n'est pas convaincu, après avoir examiné les préparations de M. Sjöbring, qu'il s'agisse bien là de microorganismes amiboïdes. Il a fait depuis vingt ans de nombreuses recherches à ce sujet, sans avoir obtenu de résultats positifs; il estime qu'il faudrait posséder des connaissances plus précises que celles que nous avons sur l'histologie pathologique du cancer, avant de rechercher avec quelques chances de succès le microorganisme, encore hypothétique, qui détermine la prolifération des cellules épithéliales et leur transformation en cellules cancéreuses.

M. Gussenbauer dit avoir constaté depuis nombre d'années des microorganismes amiboïdes semblables à ceux de M. Sjöbring, mais n'avoir pu réussir à les cultiver.

M. Jürgens (de Berlin) est d'avis que les préparations de M. Sjöbring ne démontrent pas suffisamment l'existence d'éléments parasitaires.

Réduction de la luxation de l'épaule par l'extension permanente du bras.

M. Hofmeister (de Tubingue) recommande l'extension permanente du bras comme un moyen simple et certain d'obtenir la réduction de la luxation de l'épaule : le malade étant couché horizontalement, son bras est muni d'un appareil à extension; l'extension se fait verticalement; elle est, au début, de 5 kilos et atteint progressivement 20 kilos. L'orateur a pu constater que, par ce procédé, la réduction est toujours obtenue au bout de deux à dix minutes. Cette méthode diffère de celles qui sont généralement employées en ce qu'il ne s'agit pas ici d'une traction brusque, mais, au contraire, d'une traction très modérée et continue, utilisant tout relâchement musculaire et amenant ainsi la réduction sans grand effort.

Traitement opératoire des luxations invétérées.

M. Hildebrand (de Bâle) communique une observation de luxation unilatérale du maxillaire inférieur datant de six mois; toutes les tentatives de réduction non sanglante étant restées infructueuses, il pratiqua la résection temporaire de l'arcade zygomatique, mettant ainsi à nu l'articulation temporo-maxillaire; il réussit alors, sans intervenir sur l'articulation elle-même, à réduire la luxation en se servant d'un élévatoire comme d'un levier, et en faisant pratiquer la manœuvre de réduction habituelle par son assistant.

Il relate ensuite un cas de luxation invétérée de l'humérus, consécutive à un traumatisme ayant agi directement sur l'épaule et ayant amené une fracture partielle de la cavité glénoïde. L'opération consista en la création d'une nouvelle cavité à rebords osseux suffisants.

M. Payr (de Gratz) fait connaître les résultats obtenus à la clinique chirurgicale de Gratz dans la réduction sanglante de la luxation de la hanche. Il insiste tout particulièrement sur la nécessité d'une asepsie parfaite; il conseille de fermer la plaie, mais en établissant le drainage.

M. Schede (de Bonn) relate une observation de luxation spontanée bilatérale de la hanche, consécutive à une arthrite survenue au cours d'une fièvre typhoïde chez une fillette de douze ans. La réduction sanglante fut faite en deux séances avec un résultat très satisfaisant.

Ablation totale de l'humérus.

M. Rotter présente une jeune fille chez laquelle il a enlevé, il y a quelques années, l'humérus tout entier pour une tumeur fusiforme de cet os, présentant les caractères cliniques et macroscopiques d'un sarcome, mais dont l'examen histologique démontra ultérieurement la nature purement fibromateuse. M. Rotter a implanté le cubitus sur la cage thoracique, en conservant les parties molles du bras. La jeune malade se sert avec facilité de sa main.

Traitement de la contracture du genou de nature inflammatoire.

M. Heusner (de Barmen). — La contracture du genou en flexion étant causée par l'action prépondérante des muscles fléchisseurs, j'ai pratiqué dans 2 cas de cette affection la transposition tendineuse.

Ma première observation concerne un garçon chez lequel la contracture était consécutive à une tuberculose du genou. Je transplantai le tendon du biceps fémoral sur la face antérieure du genou, et le fixai au tendon extenseur, à côté de la rotule. Le résultat fut parfait, et la contracture diminua progressivement, sans aucune autre mesure thérapeutique.

Dans le second cas, il s'agissait d'une jeune fille atteinte de contracture à la suite d'une arthrite blennorrhagique du genou. La position vicieuse de la jambe se reproduisant malgré tous les redressements sous narcose, je me décidai à pratiquer la transposition tendineuse; je menai une incision longitudinale jusqu'au milieu de la cuisse, tant du côté interne qu'externe, pour isoler le biceps et le demi-tendineux, puis je fis une petite incision de chaque côté de la rotule, j'attirai les deux muscles isolés à travers un tunnel établi sous la peau, et j'en fixai les extrémités tendineuses en dedans et en dehors du tendon du biceps fémoral, de chaque côté de la rotule. Le résultat fut également fort satisfaisant, car le redressement du genou fut obtenu sans appareil.

De l'extirpation du cancer du pancréas.

M. Franke (de Brunswick). — Le nombre des extirpations du pancréas pratiquées jusqu'à ce jour — le plus souvent pour sarcome ou tuberculose — n'est que de 11; trois fois, la tumeur affectait la tête du pancréas.

La plupart des auteurs étant opposés à cette intervention, surtout quand il s'agit de néoplasmes de la tête de l'organe, je vous relaterai brièvement le cas d'une malade de soixante-huit ans, chez laquelle je constatai, peu après l'avoir opérée d'un rétrécissement bénin du pylore, une tumeur dure et mobile au niveau de l'épigastre. Je pensai avoir affaire à une récidive de cancer, bien que l'examen histologique de l'ulcère pylorique eût démontré l'absence complète de dégénérescence cancéreuse. Or, je trouvai à l'opération une tumeur peu volumineuse occupant la tête du pancréas; comme cette tumeur était mobile, je me décidai à en pratiquer l'extirpation; celle-ci fut laborieuse, mais réussit cependant sans complications; la malade se rétablit. Du cinquième au dix-huitième jour après l'intervention, elle eut un peu de glycosurie (au maximum 30 grammes de sucre par litre); elle succomba six mois plus tard, et l'on ne découvrit à l'autopsie qu'une métastase dans un ganglion lymphatique.

Ce fait, ainsi que trois autres cas de cancer du pancréas que j'ai eu l'occasion d'observer, m'a amené à considérer comme principaux symptômes de cette affection des douleurs abdominales violentes, survenant surtout après les repas, et une cachexie rapide, manifeste avant même l'apparition des symptômes de compression du côté des voies biliaires.

M. Körte dit avoir tenté l'extirpation d'un cancer du pancréas; l'opération fut rendue difficile par une forte hémorragie dans le voisinage des gros vaisseaux; le malade succomba peu de temps après. Quant au diabète, une observation faite dans son service lui a permis de constater qu'il peut survenir tardivement, même quand il persiste une portion assez considérable du pancréas.

Pathogénie et traitement des chéloïdes.

M. Goldmann relate les résultats que lui a fournis l'examen microscopique de chéloïdes;

il en conclut qu'il y a, dans les chéloïdes, disparition primitive des fibres élastiques, puis hypertrophie compensatrice du tissu conjonctif. Quant au traitement, il propose l'excision, suivie soit immédiatement, soit après l'apparition de granulations, de greffes de Thiersch.

M. Lauenstein (de Hambourg) dit avoir observé un malade chez lequel des chéloïdes apparaissaient toutes les fois qu'une incision dépassait l'épaisseur du derme et atteignait le tissu sous-cutané.

Sur un cas d'inclusion fœtale dans le mésocôlon ascendant.

M. Ahrens (de Bonn) communique l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans ayant eu dans son enfance une tumeur abdominale qui rétrocéda pendant un certain nombre d'années, mais reparut à l'âge de seize ans. On crut avoir affaire à une hydronéphrose infectée, d'origine congénitale, d'un rein plus ou moins mobile, car la tumeur, siégeant dans le flanc droit, était entourée en haut par le gros intestin, et les urines étaient purulentes.

A l'opération, on trouva un kyste inclus dans le mésocôlon ascendant, rappelant de tout point un estomac avec quelques centimètres d'intestin, d'autant qu'il renfermait 4 litres d'un liquide sanguinolent, de réaction acide et contenant de la pepsine. L'examen histologique de la paroi de ce kyste décela la présence de différentes espèces de muqueuses, ainsi que de débris embryonnaires du cartilage trachéal. Il s'agissait donc évidemment d'une inclusion fœtale développée entre les feuillets du mésocôlon.

D[r] F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1[er] avril 1901.

Sur le mécanisme des réactions lipolytiques.

M. Hanriot. — J'ai montré qu'il est possible d'expliquer le rôle de la lipase dans le dédoublement des graisses en considérant ce ferment comme une base faible, susceptible de se combiner avec l'acide contenu dans la graisse pour former un composé aisément dissociable en acide gras et en lipase. Or, j'ai pu m'assurer que certains oxydes, notamment les sesquioxydes de fer et d'aluminium, qui remplissent les conditions précédentes, se comportent en effet, *in vitro*, comme des ferments lipolytiques.

Sans que l'on puisse affirmer, en se basant sur ces expériences, que la lipase soit un sel de fer, il faut reconnaître que cette hypothèse concorderait avec certains faits connus, tels que la précipitation simultanée du fer et de la lipase dans le sérum auquel on ajoute du sulfate d'ammoniaque, la diminution du pouvoir lipasique du sérum agité avec de la poudre de zinc (ce qui transforme les sels ferriques en sels ferreux) et le retour de ce même pouvoir par agitation du sérum avec l'air, etc., etc.

M. E. Bataillon adresse une note sur la *valeur comparée des solutions salines ou sucrées en tératogenèse expérimentale*, de laquelle il résulte que les différentes substances employées pour déterminer la production de monstruosités n'ont rien de spécifique, des solutions diverses, mais isotoniques, amenant les mêmes troubles de l'évolution du blastopore : l'action tératogène des substances en question est en rapport avec la plasmolyse qu'elles engendrent; elle est mesurée par leur poids moléculaire et leur coefficient isotonique.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 15 avril 1901.

Enorme eschare de la fesse consécutive à une injection d'huile bi-iodurée.

M. Brocq. — La pièce que je vous présente est une volumineuse eschare fessière qui s'est produite à la suite d'une injection de bi-iodure de mercure. Il s'agit d'une femme de trente et un ans, alcoolique, qui est entrée dans mon service avec une abondante éruption de syphilides papuleuses. Sans être cachectique, cette malade était dans un état de faiblesse assez accentué, qui me fit renoncer aux injections de calomel. La préparation que je lui fis injecter est une huile bi-iodurée spécialisée, qui renferme 0 gr. 010 milligr. de bi-iodure d'hydrargyre par centimètre cube au lieu de 0 gr. 004 milligrammes. Les deux premières piqûres, chacune de 1 c.c., furent pratiquées dans la fesse à l'aide d'une aiguille longue de 6 centimètres; il ne survint rien d'anormal. La troisième injection, qui fut faite avec une aiguille de 4 centimètres seulement, avait été précédée de tous les soins antiseptiques habituels. Immédiatement après, la malade se plaignit d'une douleur effroyable, qui lui arracha des cris durant trois jours. Une demi-heure plus tard, une tuméfaction considérable apparaissait au niveau de la piqûre. Au huitième jour, il s'était développé en ce point une tache noirâtre, qui fut bientôt cernée par un sillon d'élimination. L'eschare n'est tombée qu'au bout de six semaines. Elle présente 15 centimètres de long sur 9 de large et 6 de profondeur; elle comprend des fibres musculaires ayant appartenu au grand fessier, ce qui prouve que, malgré la brièveté de l'aiguille, l'injection avait bien été faite dans le muscle même. L'eschare s'est détachée aseptiquement, sans suppuration, mais la plaie s'est ensuite infectée et il s'est produit une fusée purulente assez étendue.

Des faits analogues sont tout à fait exceptionnels. Cependant, en septembre 1898, Lesser a rapporté à Berlin l'observation d'une femme ayant présenté une eschare fessière après la quinzième injection de sublimé; il a rappelé en même temps qu'un accident semblable était survenu chez une autre de ses malades après la trente-sixième injection de sublimé. D'après lui, cette complication gangreneuse serait due à l'introduction du liquide injecté dans le muscle et non dans le tissu cellulaire sous-cutané. On voit que cette opinion est absolument opposée à celle qui a généralement cours en France, où l'on conseille le plus souvent de pratiquer les injections mercurielles dans le tissu musculaire et non sous la peau. Dans le cas que j'ai observé, peut-être faut-il attribuer les accidents à la blessure d'un petit tronc nerveux. Quoi qu'il en soit, la possibilité de provoquer des phénomènes gangreneux aussi étendus me semble commander la prudence dans l'emploi des injections mercurielles pour le traitement de la syphilis; il convient peut-être de les réserver aux cas graves dans lesquels les autres modes d'administration du mercure sont insuffisants.

Je voudrais connaître l'avis des membres de cette Société sur la question de savoir s'il est préférable de faire les injections mercurielles dans le tissu cellulaire sous-cutané ou en plein muscle.

M. Bruchet. — Je me demande si en pareil cas, il n'y a pas lieu d'incriminer la préparation spéciale de bi-iodure dont M. Brocq s'est servi. Chez un malade qui avait bien supporté quinze injections de la solution ordinaire de bi-iodure, j'ai employé pour la seizième injection la préparation en question. Cette piqûre a été suivie de douleurs très vives et a laissé une induration persistante.

M. Jullien. — Je me suis aussi servi du médicament spécialisé dont il s'agit; j'ai pu m'assurer que, s'il est vrai qu'il ne détermine généralement pas de douleurs immédiates, il a le grave défaut de provoquer ultérieurement une réaction assez violente, se traduisant par des indurations sensibles à la pression; c'est ainsi qu'une de mes malades porte, consécutivement à vingt-trois injections, vingt-trois *nodus* très douloureux. En somme, cette préparation a des inconvénients sérieux.

En ce qui concerne le cas particulier qui nous est soumis, je me demande si l'accident observé par M. Brocq n'est pas imputable à l'état semi-cachectique de sa patiente. Pour ma part, je donne la préférence aux injections insolubles, parce que, étant renouvelées tous les huit ou quinze jours seulement, elles répètent moins fréquemment les causes d'irritation locale.

M. Barthélemy. — Je ne crois pas qu'il y ait lieu, à propos d'un fait aussi exceptionnel que celui que M. Brocq vient de nous communiquer, de mettre en suspicion le traitement de la syphilis par les injections mercurielles, d'autant que j'ai vu se développer récemment une eschare analogue à la suite d'une simple injection de sérum artificiel. Dans le cas relaté par M. Brocq, je serais porté à admettre qu'il y a eu lésion vasculaire; le gonflement immédiat de la région s'expliquerait alors par un épanchement sanguin.

Je suis partisan des injections mercurielles intramusculaires; il faut introduire l'aiguille en arrière du grand trochanter, de façon à rejoindre obliquement la masse musculaire. Pour des raisons analogues à celles que nous a exposées M. Jullien, je donne la préférence à l'huile grise qui n'est injectée qu'à longs intervalles et, de plus, à la dose de quelques gouttes. Je crois avoir ainsi beaucoup moins d'occasions de provoquer une eschare qu'avec les solutions qu'on injecte chaque jour et à la dose de 1 c.c.

M. Gaucher. — Pour ma part, j'ai recours aux injections de sels solubles et je les fais dans le tissu cellulaire sous-cutané. J'emploie surtout les solutions aqueuses, et je ne me sers que d'aiguilles très fines, réduisant ainsi le traumatisme au minimum.

M. Sabouraud. — Les injections huileuses sous-cutanées peuvent provoquer des accidents locaux, si on ne les pratique pas dans une région où la peau est épaisse. J'ai le souvenir d'une femme à laquelle on avait eu la malencontreuse idée de faire des injections de bi-iodure de mercure aux bras. On voyait aux points où avaient porté les piqûres des altérations absolument comparables aux lésions de la tuberculose cutanée verruqueuse ou ulcéreuse.

M. Hallopeau. — A mon sens, le traitement par les injections mercurielles ne répond qu'à des indications spéciales. Dans la très grande majorité des cas, je me suis très bien trouvé de l'emploi des frictions.

Un nouveau traitement du lupus.

M. Danlos. — L'efficacité remarquable des rayons chimiques dans le traitement du lupus, prouvée par les bons effets de la photothérapie, m'a donné l'idée d'emprunter l'énergie chimique à une source autre que la lumière. Dans ce but, j'ai fait usage de couples de zinc-cuivre préparés par voie humide. On verse dans un tube à expérience une solution saturée de sulfate de cuivre et on ajoute de la poudre de zinc. On agite; il se fait un dégagement d'hydrogène, puis un précipité noir. C'est cette masse, de consistance pâteuse, que j'ai appliquée avec succès sur certains lupus. Ceux-ci ne tardent pas à prendre l'aspect d'une écumoire et s'amendent très rapidement, mais je n'ai pu suivre les malades assez longtemps pour constater leur guérison. Ce mode de traitement n'a, d'ailleurs, pas la prétention de remplacer la méthode de Finsen.

Tuberculose cutanée diffuse, à la suite d'une rougeole.

M. Du Castel présente un jeune garçon dont le corps, les membres et la face sont parsemés de lésions de tuberculose cutanée. A la suite d'une rougeole, survenue il y a deux ans, cet enfant a d'abord eu de la gourme, puis une éruption de nodules tuberculeux avec du *lichen scrofulosorum*. La rougeole paraît bien avoir eu une influence très marquée sur cette efflorescence tuberculeuse.

Mélanodermie arsenicale persistante.

M. Gaucher. — J'ai observé de la mélanodermie arsenicale chez une femme qui, pendant six ans, avait absorbé chaque jour de la liqueur de Fowler pour s'éclaircir le teint. Au bout de trois ans, elle présenta de la pigmentation de la nuque, mais ce ne fut que trois années plus tard que cette coloration anormale s'étendit aux téguments du corps et des cuisses.

Bien que cette femme ait cessé depuis près d'un an de prendre de l'arsenic et qu'elle se soit soumise à des traitements multiples et variés, la mélanodermie ne paraît aucunement vouloir rétrocéder.

M. Hallopeau montre un malade atteint de *lichen plan avec localisations péri-pilaires pityriasiformes*.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de l'artériosclérose par les injections sous-cutanées de sérum inorganique.

I

Parmi les sels de métaux alcalins ou alcalino-terreux qui entrent dans la composition normale du sérum sanguin, et dont le chlorure de sodium forme la plus grande part (70 %), il existe une certaine proportion de phosphate de chaux ; ce composé, insoluble dans l'eau distillée, se dissout au contraire facilement dans l'eau salée, et aussi dans les solutions de phosphate de soude et de phosphate de magnésie, sels dont le sérum normal contient de faibles proportions (0 gr. 15 centigr. de l'un et 0 gr. 48 centigr. de l'autre ‰). Aussi paraît-il légitime d'attribuer au chlorure de sodium, et accessoirement aux phosphates alcalins, ce fait que le phosphate de chaux se trouve à l'état de solution dans le sérum sanguin.

Ajoutons, en ce qui concerne le chlorure de sodium, que tous les tissus de l'organisme en renferment des quantités assez considérables, mais que, d'après les recherches de Bunge, ce sel, au moins chez les mammifères, est d'autant plus abondant que l'animal est plus jeune.

Il n'était pas inutile de rappeler ces notions de chimie biologique, car elles vont nous servir de bases pour établir un traitement rationnel de certains états pathologiques — notamment de l'artériosclérose —, essentiellement constitués par le dépôt de phosphate de chaux dans les parois vasculaires. Il est assurément impossible de démontrer directement que cette précipitation dépend d'un défaut de chlorure de sodium dans l'organisme; du moins peut-on le supposer, si l'on tient compte que ces affections frappent d'ordinaire des sujets âgés — dont l'organisme, par conséquent, est relativement pauvre en chlorure de sodium —, et à urines fortement acides, ce qui témoigne de l'insuffisance des sels alcalins dans le sang. Aussi semble-t-il naturel que la thérapeutique se propose tout d'abord, en pareil cas, de remédier à cette insuffisance.

Pour atteindre ce but, le chlorure de sodium seul ne suffit pas toujours, car il ne modifie pas l'alcalinité du sang, bien souvent amoindrie dans ces affections; les autres sels du sérum qui sont également doués de réaction alcaline (carbonate de soude) ne sont pas davantage susceptibles de produire l'effet recherché, même absorbés à des doses telles que l'urine devienne alcaline. Il faut donc s'adresser à la fois au chlorure et au carbonate de sodium; mais le dernier de ces sels ne saurait être introduit par la voie digestive, l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique le transformant en chlorure. Force est donc de l'administrer par la voie sous-cutanée ou intraveineuse.

Enfin, il est essentiel que les substances ainsi employées soient totalement inoffensives pour l'organisme; afin de remplir cette condition, j'ai eu recours à *tous* les sels alcalins qui constituent normalement la partie inorganique du sérum sanguin : j'en ai préparé un mélange où leurs proportions respectives sont les mêmes que dans le sérum, puis, de ce mélange, j'ai fait une solution dix fois plus concentrée que ce dernier liquide; c'est à cette solution (1), dont voici la formule, que j'ai donné le nom de *sérum inorganique :*

Sulfate de soude..........	0 gr. 44 centigr.
Chlorure de sodium.......	4 — 92 —
Phosphate de soude.......	0 — 15 —
Carbonate de soude.......	0 — 21 —
Sulfate de potasse........	0 — 40 —
Eau distillée.............	Q. S. pour 100 gr.

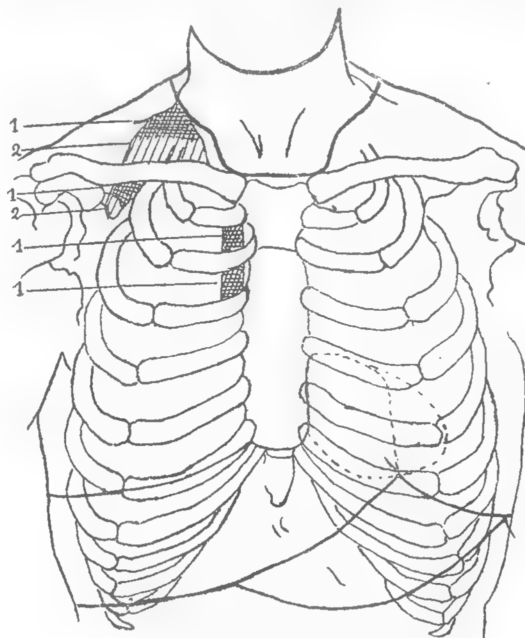
(1) Des conceptions théoriques tout autres m'ont conduit à employer localement, dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses, une solution analogue (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 231), mais dont la teneur en sels s'élève à 20 %.

C'est un liquide clair, transparent, de saveur salée, de réaction alcaline; sa teneur en sels est de 6.12 %, son poids spécifique (à 20° C.) atteint 1.04. Quand on l'injecte dans le sang, chez des sujets normaux, les sels qu'il contient ne tardent pas à diffuser dans les tissus et à être éliminés par les reins. Aussi, pour rendre cette résorption plus lente, ai-je recours aux injections sous-cutanées, que je fais de préférence à l'avant-bras; ces injections sont bien supportées, et, localement, elles ne déterminent qu'une douleur insignifiante, disparaissant en peu de temps.

II

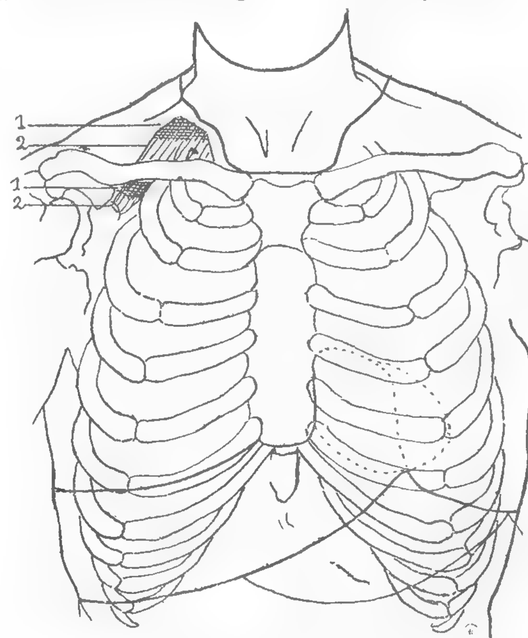
Je voudrais dès à présent donner quelques exemples de malades traités par cette méthode. Malheureusement, en ce qui concerne la sclérose artérielle, il n'est pas de signe *objectif* constant qui traduise cette affection : des altérations prononcées de l'aorte et des gros vaisseaux peuvent exister sans induration perceptible des artères superficielles et sans hypertrophie du ventricule gauche; aussi est-ce surtout l'atténuation des troubles subjectifs, et notamment de l'asthme cardiaque, qui signale les bons effets d'un traitement dirigé contre l'artériosclérose. Qu'il me soit permis, pour cette raison, de relater d'abord le cas suivant, dans lequel l'amélioration se manifesta par des signes physiques ne prêtant pas à discussion :

Au mois d'avril 1900 venait me consulter un homme de quarante-quatre ans, grand et bien bâti, mais cachectique. Un an auparavant, des douleurs étaient survenues dans le bras droit qui, cinq mois plus tard, avait commencé à s'atrophier et à se parésier, en même temps qu'apparaissait une tumeur pulsatile au-dessus de la clavicule droite; on diagnostiqua un anévrysme de l'artère sous-clavière et on proposa la ligature, mais le malade refusa toute intervention. Peu à peu les troubles s'accentuèrent, la dyspnée et les palpitations devinrent tellement intenses que la marche était presque impossible. Quand je vis le patient, je constatai, outre des signes d'artériosclérose sur les artères superficielles et d'hypertrophie du cœur gauche, l'existence, au niveau de la deuxième côte droite et sur la ligne parasternale, d'une pulsation appréciable à la vue, synchrone à la systole cardiaque; des battements analogues se manifestaient dans la fosse sous-claviculaire du même côté. De plus, au-dessus du tiers interne de la clavicule droite, se trouvait une tumeur pulsatile de la forme et du volume d'une châtaigne, à battements également isochrones aux pulsations du cœur et dont la partie inférieure disparaissait derrière la clavicule. Le membre supérieur droit était affaibli et légèrement diminué de volume; l'atrophie portait surtout sur l'éminence thénar; les fléchisseurs des doigts étaient parésiés, et les dernières phalanges tuméfiées. L'épiderme desquamait sur les bras et le tronc.



AVANT LE TRAITEMENT

1. Points où les pulsations étaient visibles.
2. Points où elles étaient seulement palpables.



APRÈS LE TRAITEMENT

1. Points où les pulsations sont visibles.
2. Points où elles sont seulement palpables.

En présence de ces symptômes, je portai le diagnostic d'anévrysme ou de dilatation de l'aorte ascendante et d'anévrysme de la sous-clavière droite, avec compression du plexus brachial et de la carotide du même côté, et j'instituai le traitement ioduré. Mais cette médication, au bout de trois semaines, n'ayant pas produit de résultat, je me décidai, le 9 mai, à faire une première injection d'un tiers de centimètre cube de sérum inorganique, sans, d'ailleurs, suspendre l'administration de l'iodure de sodium. Je renouvelai l'injection dix jours plus tard, en portant cette fois-ci la dose à 1 c.c. : quelques heures après, le malade se déclarait débarrassé de la dyspnée et des sensations désagréables au niveau du cœur, notamment des battements; mais cette amélioration ne se traduisait par aucun signe objectif. Ces injections ayant été bien supportées, je les répétai dès lors tous les quatre ou cinq jours, en augmentant chaque fois la quantité de liquide injectée d'un cinquième de centimètre cube; à la sixième injection, les pulsations perceptibles dans le deuxième espace intercostal avaient notablement diminué d'intensité; au bout de sept semaines, alors que le patient avait reçu en tout 12 c.c. de sérum inorganique, elles avaient complètement cessé; elles n'ont plus reparu depuis lors.

Le traitement fut régulièrement continué; au mois de septembre, le volume de la tumeur sus-claviculaire s'était considérablement réduit, en même temps que les phénomènes parétiques du côté du bras droit s'étaient amendés. Peu à peu, l'état général s'améliora aussi, et toutes les fonctions du corps purent s'accomplir régulièrement. Dès le commencement de novembre — le total des injections était alors de 120 c.c. —, la desquamation épidermique cessa; elle n'a plus reparu depuis lors. Actuellement, l'état général est demeuré très satisfaisant, malgré une grippe intercurrente et bien qu'on ne fasse plus d'injections depuis plus de trois mois; localement, la tumeur sus-claviculaire subsiste, mais, comme on peut s'en assurer par la comparaison des deux figures ci-dessous, ses dimensions sont devenues très faibles; une légère pulsation est perceptible dans la fosse sous-claviculaire; les pulsations au niveau de la deuxième côte ont complètement disparu; enfin, l'éminence thénar demeure atrophiée. Au total, le malade a reçu 190 c.c. de sérum inorganique, en cinquante injections.

Je puis citer plusieurs exemples analogues de l'efficacité de ce traitement contre les manifestations artérioscléreuses. C'est ainsi que chez un vieillard de soixante-quatorze ans, avec sclérose artérielle et hypertrophie du cœur gauche, la dyspnée s'est amendée dès le début; malheureusement je n'ai pu faire que trois injections. Le résultat fut identique chez une femme de trente-trois ans, artérioscléreuse et anémique; la dyspnée disparut complètement et définitivement après que la malade eut reçu 5 c.c. de sérum inorganique.

Enfin, j'ai traité également un individu de cinquante-neuf ans, ancien alcoolique ayant eu, il y a cinq ans, une attaque d'apoplexie; les troubles consécutifs à celle-ci avaient rétrocédé au point que la marche était redevenue possible, quand, au mois d'août 1899, apparut une tuméfaction du pied et du genou gauches, contre laquelle tout traitement demeura impuissant; dès lors, cet homme dut rester confiné dans son lit, et son état s'aggrava continuellement. C'est au mois de novembre 1900 que je commençai à le soigner; à ce moment, je le trouvai dans un état de cachexie très prononcée; l'artériosclérose s'accompagnait d'hypertrophie du ventricule gauche; il y avait une arthrite suppurée du pied gauche et une ankylose du genou du même côté; sur tout le corps, l'épiderme desquamait abondamment. L'urine était fortement acide et contenait de l'acide urique en excès; le malade mangeait fort peu et était privé de sommeil.

J'instituai le traitement au milieu du mois de décembre; dès la deuxième injection, cet homme put dormir; au bout de deux mois, après avoir reçu 16 c.c. de sérum, il avait retrouvé l'appétit et le sommeil, en même temps que l'état général s'était amélioré; le pied et le genou atteints avaient diminué notablement de volume; plus tard, toutes les fistules du pied se fermèrent, et cela sans aucune espèce de traitement local; enfin le taux des urates et des phosphates urinaires s'était sensiblement relevé. Actuellement, la quantité totale de sérum injectée s'élève à 58 c.c.; le malade, qui depuis dix-huit mois n'avait pu quitter son lit, commence à marcher; la desquamation de l'épiderme est encore appréciable, mais elle diminue; le genou et le pied ont à peu près repris leur volume normal.

III

Voici comment je procède à *l'application* de ce mode de traitement : je débute généralement par une dose de 1 c.c., puis je renouvelle les injections tous les quatre ou tous les sept jours, en augmentant chaque fois la quantité de sérum de 0 c.c. 20 à 0 c.c. 50; quand je dois injecter plus de 1 c.c., je procède en plusieurs fois, pour éviter une distension trop brusque de la peau : j'injecte d'abord 0 c.c. 5 ou 1 c.c., puis, laissant l'aiguille en place, j'attends quelques minutes avant de continuer l'injection. Lorsque la dyspnée est particulièrement pénible, je n'hésite pas, pour soulager le malade, à répéter cette manœuvre tous les jours. Jusqu'à présent, la quantité la plus forte que j'aie injectée en une fois a été de 7 c.c. 5; généralement il n'est pas nécessaire de dépasser 5 c.c. Même ces hautes doses sont très bien supportées; le gonflement douloureux qui suit l'injection disparaît bientôt, et, dans aucun cas, je n'ai vu survenir d'abcès ni de phénomènes inflammatoires intenses.

Relativement à ses *effets*, cette méthode agit tout spécialement sur la dyspnée, qui parfois est calmée par l'injection de sérum minéral mieux encore que par une piqûre de morphine; d'ordinaire, l'asthme cardiaque est également influencé de très heureuse façon; le sommeil et l'appétit reviennent, l'état général se relève. Quant aux signes de sclérose des artères, s'il est vrai qu'ils semblent rétrocéder dans certains cas, je crois qu'en général ce n'est pas sur eux qu'on peut juger de l'efficacité du traitement, mais plutôt sur les modifications de l'état général.

Cette méthode thérapeutique me paraît trouver ses *indications* chez les artérioscléreux dont le sang a une teneur faible en sels alcalins (1), ce dont témoigne habituellement l'hyperacidité de l'urine. Par contre, la réaction neutre ou alcaline de l'urine — qu'on a, d'ailleurs, bien peu de chances d'observer chez les artérioscléreux — contre-indiquerait l'usage du sérum inorganique. En somme, le degré de l'acidité urinaire — ainsi que la desquamation des téguments — sera le grand signe sur lequel on se basera pour instituer, suspendre ou recommencer la médication.

IV

Il me reste à exposer brièvement le *mode d'action* des injections de sérum minéral.

Je me suis déjà expliqué sur le rôle que jouent les sels alcalins dans la solubilité du phosphate de chaux incrustant la paroi des artères sclérosées ; je ne reviendrai pas sur ce point. Mais cette action chimique s'exerce aussi sur les fibres du myocarde, dont la nutrition, sous l'influence du sérum inorganique, devient ainsi plus facile, et dont la contractilité et l'élasticité sont augmentées, d'où régularisation des battements cardiaques.

Un des troubles cédant le plus tôt aux injections en question est la dyspnée. Ce fait peut être expliqué par le relèvement de l'alcalinité du sang. On sait, en effet, que nombre d'oxydations ne peuvent avoir lieu que dans un milieu alcalin, ou sont, du moins, favorisées dans un tel milieu. En outre, la propriété du plasma sanguin d'absorber l'acide carbonique provenant des combustions organiques s'accroît également avec l'alcalinité du sang ; or, il est bien connu que l'acide carbonique libre, par son action propre sur le centre respiratoire du bulbe, est la cause immédiate de la dyspnée, cause qui disparaît avec la fixation de ce gaz.

Ce même excès d'acide carbonique libre (et d'autres produits acides de décomposition) provoque dans les tissus l'état de fatigue, se traduisant dans le tissu musculaire par la perte de la contractilité et dans le tissu élastique par le défaut d'élasticité. C'est sans doute à la faveur d'une telle modification qu'était survenue, chez le patient dont je résumais tantôt l'histoire, la dilatation de la crosse de l'aorte, dont les parois, on le sait, sont essentiellement constituées de fibres élastiques ; aussi s'explique-t-on la diminution du volume de la tumeur, constatée dans ce cas sous l'influence des injections minérales.

Au reste, les bons effets de cette méthode sont imputables pour une part à l'action directe des sels de sodium, et particulièrement du chlorure, sur le cœur. Le potassium agit aussi sur cet organe, mais comme antagoniste du sodium. Toutefois, il faut remarquer que la toxicité des sels de soude est environ vingt fois plus faible que celle des composés potassiques : or, c'est précisément dans la proportion de 20 contre 1 que les sels de sodium et de potassium se trouvent dans le sérum sanguin, et, par suite, dans la solution que j'emploie.

Enfin, les observations relatées plus haut démontrent que les sels de métaux alcalins en excès dans le sang, notamment le chlorure et le carbonate de soude, ont une influence favorisante sur la formation du tissu épithélial normal : aussi est-on en droit d'espérer que, d'une façon analogue, les injections de sérum inorganique sont susceptibles d'aider à la régénération de l'endothélium vasculaire, altéré par le processus artérioscléreux.

(1) Ce qui ne veut pas dire que l'alcalinité du sang est diminuée : le taux du chlorure de sodium, en effet, peut être très réduit sans que la réaction au papier de tournesol soit en rien modifiée.

En résumé, je crois pouvoir avancer que la méthode que je préconise, en élevant le taux des sels alcalins du sang et en augmentant l'alcalinité de ce liquide, solubilise le phosphate de chaux qui incruste les parois artérielles, active les combustions organiques, ramène les échanges intercellulaires à un taux voisin de la normale, et, en conséquence, régularise les fonctions des divers appareils, spécialement celles du cœur et des vaisseaux.

Dr C. Trunecek (de Prague).

DIX-NEUVIÈME CONGRÈS ALLEMAND

DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Berlin du 16 au 19 avril 1901.

(Suite. — Voir notre précédent numéro.)

Les myélites aiguës.

M. von Leyden (de Berlin), *rapporteur*. — La première description clinique de la myélite a été donnée en 1820 par Ollivier; toutefois, pendant la première moitié du siècle dernier, nos connaissances sur cette affection n'ont progressé que lentement, et ce n'est que vers 1860 que l'étude microscopique des altérations de la moelle a permis de différencier les unes des autres les diverses variétés d'affections spinales.

La principale difficulté était de reconnaître, dans le grand nombre de tableaux pathologiques différents, celui que réalisaient les inflammations proprement dites de la substance médullaire. Le type primitif principal de la myélite en foyer ou myélite transverse a été peu à peu isolé. Le ramollissement, considéré à l'origine comme la lésion distinctive de l'inflammation de la moelle, a perdu par la suite ce caractère : on a reconnu qu'il existe des myélites sans ramollissement qu'il n'est pas possible de séparer du groupe des affections inflammatoires; de même, on ne saurait tirer une ligne de démarcation nette entre l'hémorrhagie et l'inflammation de la moelle, le foyer myélitique et le foyer hémorrhagique présentant, aussi bien au point de vue de leur mode de production qu'en ce qui concerne leurs symptômes, des analogies frappantes.

Les lésions inflammatoires de la moelle se distinguent en un certain nombre de variétés; c'est ainsi que l'on a décrit, outre la myélite transverse, la myélite disséminée, reliée à la précédente par toute une série de formes de transition. On a enfin séparé de la myélite la poliomyélite, caractérisée par sa localisation dans la substance grise. Les dégénérescences primitives de la moelle consécutives à certaines cachexies, telles que l'anémie grave, le cancer, le diabète, doivent être retirées du cadre de la myélite. Par contre, on est embarrassé lorsqu'il s'agit de classer les altérations produites par la compression de la moelle; de nombreux auteurs se refusent à leur reconnaître un caractère inflammatoire; la compression agit cependant sur la moelle comme un irritant et, au point de vue clinique, il existe de grandes ressemblances entre les symptômes de la compression médullaire et ceux de la myélite inflammatoire; la variété de myélite par compression la plus facile à distinguer est celle qui est causée par la carie vertébrale, mais il est des cas où le diagnostic est des plus ardus, par exemple quand il s'agit de la compression déterminée à l'intérieur du canal rachidien par une tumeur des méninges.

Nos connaissances sur l'étiologie de la myélite aiguë ont fait de grands progrès dans ces dernières années. On a établi les rapports qui existent entre cette affection et les maladies infectieuses; la myélite aiguë essentielle cède le pas de plus en plus à la myélite consécutive à une infection. On a reconnu que les myélites d'origine infectieuse peuvent se présenter sous les formes les plus diverses; on a vu, de plus, que l'infection peut atteindre aussi les nerfs périphériques et provoquer de la polynévrite; on a enfin étudié le rôle des bactéries dans la genèse de la myélite aiguë. Abstraction faite de la méningite et de la méningomyélite, la poliomyélite est la seule lésion spinale qu'on puisse

attribuer avec vraisemblance à une infection; c'est ainsi qu'on a pu constater la présence d'un microorganisme analogue à celui de la méningite cérébro-spinale, et que la réalité d'une invasion du streptocoque dans la moelle paraît démontrée. On a aussi admis que les autres variétés de myélite sont d'origine infectieuse, mais sans que la preuve irréfutable en ait été fournie jusqu'ici. Je suis loin cependant de vouloir contester cette hypothèse, car, pour ma part, je considère l'action des toxines, dans la pathogénie des myélites, comme plus difficile encore à accepter que celle des microorganismes eux-mêmes.

Parmi les maladies qui peuvent donner naissance à des myélites graves, il faut citer en premier lieu la grippe; le plus souvent, l'issue de cette complication est mortelle; on a cependant observé quelques cas de guérison; dans un fait que nous avons eu l'occasion d'étudier, les lésions rappelaient la myélite hémorrhagique avec infiltration, mais sans ramollissement. On a publié aussi plusieurs observations de myélite hémorrhagique consécutive à la fièvre typhoïde. Des infections banales et peu graves paraissent enfin pouvoir provoquer une myélite aiguë; c'est ainsi que l'on en a signalé un cas à la suite d'un panaris : l'examen bactériologique de la moelle révéla la présence de streptocoques; on a de même relaté un exemple de myélite après une angine. Enfin, on a vu plusieurs fois survenir une myélite chez des femmes en couches; il ne s'agit pas là, il est vrai, d'une maladie infectieuse, mais on est cependant autorisé à admettre une infection.

Comme affections chroniques susceptibles de déterminer des altérations médullaires, il faut citer la tuberculose, la syphilis et la blennorrhagie. La tuberculose de la moelle ne peut pas être comptée parmi les myélites, mais on a noté quelquefois des foyers myélitiques multiples chez des tuberculeux. La syphilis peut aussi provoquer la formation de foyers myélitiques; il est facile alors de reconnaître que les lésions ont leur point de départ dans les vaisseaux sanguins. Quant à la myélite blennorrhagique, elle est incontestable : on a constaté une fois la présence de gonocoques dans la moelle; dans un cas que j'ai observé moi-même, l'altération médullaire se présentait surtout sous forme de périmyélite.

En ce qui concerne l'évolution de la maladie, il existe des différences notables dans la rapidité avec laquelle les symptômes initiaux font leur apparition; j'ai distingué une forme suraiguë (*myélite apoplectiforme*), une forme aiguë et une forme subaiguë. Dans la première période de la maladie, on ne peut, malgré les soins les plus attentifs, empêcher la marche envahissante des lésions. Celles-ci peuvent progresser de trois manières différentes : soit qu'elles constituent une myélite ascendante, remontant peu à peu jusqu'au bulbe et mettant ainsi l'existence immédiatement en danger; soit qu'elles se propagent dans le sens de la largeur, réalisant d'une façon de plus en plus complète le syndrome de la section de la moelle; soit enfin qu'elles affectent le type neuro-paralytique, se manifestant par l'apparition d'eschares, par l'abolition des réflexes, par de la gangrène, de l'œdème des jambes, de la cystite, etc. Dans certains cas, les troubles s'arrêtent au bout de quelques semaines; on entre dans une période moins critique pour l'existence du malade, permettant d'espérer encore une certaine régénération.

Le pronostic est toujours grave. L'affection peut se terminer par la mort, ou du moins laisser après elle des troubles définitifs. Il existe cependant quelques exemples de guérison complète. Je range la paralysie spinale spasmodique parmi les formes légères de la myélite transverse.

M. E. Redlich (de Vienne), *co-rapporteur*. — J'ai pour tâche de vous exposer l'état actuel de nos connaissances sur la pathologie générale et l'anatomie pathologique de la myélite aiguë. MM. von Leyden et Goldscheider, se basant sur la localisation et l'étendue des lésions, distinguent une myélite transverse, une myélite diffuse, une myélite disséminée et, enfin, une poliomyélite. Mais ces divers types ne sont pas tranchés; c'est ainsi qu'il existe de nombreuses formes de transition entre la poliomyélite et la myélite disséminée, d'une part, et entre cette dernière et la myélite diffuse ou la myélite transverse, de l'autre. En outre, des foyers d'une certaine étendue ont toujours pour conséquence une diminution de la consistance de la moelle pouvant aller jusqu'à un véritable ramollissement, constitué tant par de l'œdème et de l'hyperémie que par une nécrose des tissus.

La poliomyélite aiguë présente à sa période initiale tous les caractères d'une inflammation intéressant spécialement les vaisseaux; elle se localise presque exclusivement aux cornes antérieures, c'est-à-dire aux portions irriguées par l'artère spinale antérieure et l'artère centrale. On doit cependant admettre la possibilité d'une myélite aiguë, dans laquelle les lésions anatomiques se borneraient à des traces de dégénérescence aiguë des cellules ganglionnaires, comme l'avait soutenu Charcot.

A la poliomyélite aiguë se rattache une variété spéciale de myélite multiple disséminée, caractérisée par des foyers affectant surtout la substance grise, et où les altérations vasculaires et l'infiltration des tissus jouent un rôle prépondérant. Cette lésion s'observe en général, comme la poliomyélite, chez des individus jeunes. Les autres myélites aiguës sont caractérisées par deux ordres d'altérations histologiques : d'un côté, par la dégénérescence aiguë des éléments nerveux (gonflement des fibres nerveuses et des cylindres-axes) — qui peut exister seule, même en cas de foyers multiples, ou se rencontrer à la périphérie de foyers constitués par des hémorrhagies, des lésions vasculaires, des accumulations de corps granuleux, de l'infiltration des tissus, etc. —; de l'autre côté, par des foyers de ramollissement de dimension variable, avec nécrose de tous les éléments constitutifs du tissu nerveux, à l'exception peut-être des vaisseaux sanguins; ces foyers nécrotiques correspondent souvent à des territoires vasculaires déterminés; des ramollissements étendus peuvent se produire par la confluence de plusieurs foyers. Enfin, dans toutes les formes de myélite, on peut observer des signes d'inflammation des méninges.

Il est extrêmement difficile de délimiter, de par l'anatomie pathologique, la myélite aiguë d'avec les autres affections spinales. Une distinction purement anatomique serait ici d'autant plus déplacée que nous ne possédons pas encore une définition de l'inflammation applicable à tous les cas. L'opinion de Mager, que les lésions inflammatoires des vaisseaux sont le caractère distinctif de la myélite aiguë, n'est pas plus soutenable que celle de Bruns, cherchant dans les facteurs étiologiques (infection et intoxication) la caractéristique de l'inflammation aiguë de la moelle. Un moyen terme peut seul concilier les besoins de la clinique avec les exigences de l'anatomie pathologique.

La nature inflammatoire de la poliomyélite et de la variété de myélite à foyers multiples qui s'en rapproche ne peut plus être mise en doute; pour les autres formes, force est d'admettre leur origine inflammatoire dans les cas où elles sont la conséquence d'une *irritation*, au sens que Virchow donne à ce mot, et où l'on ne trouve ni thrombose, ni embolie; et cela à plus forte raison s'il est possible de constater des signes d'inflammation, par exemple des altérations vasculaires. Du reste, les formes de transition entre la dégénérescence aiguë du parenchyme et l'inflammation aiguë sont très nombreuses.

Au point de vue anatomo-pathologique, on doit isoler tout d'abord la myélite infectieuse, qui correspond d'ordinaire, mais pas exclusivement, aux myélites avec inflammation des vaisseaux.

La question de l'origine bactérienne de la myélite aiguë est de la plus haute importance. Le nombre des cas où l'examen bactériologique de la moelle a donné un résultat positif est petit; parmi les microorganismes qui y ont été trouvés, on rencontre non seulement des espèces spécifiques, mais aussi toutes les formes banales d'infection. Après un certain temps de maladie les microbes peuvent, d'ailleurs, disparaître de la moelle. Leurs voies de propagation sont les vaisseaux sanguins, l'espace sous-arachnoïdien et le canal de l'épendyme. Cependant, le plus souvent la myélite ne paraît pas d'origine bactérienne; elle semble bien plutôt résulter de l'action de certaines toxines.

Enfin, l'infection n'est pas la seule cause de la myélite aiguë; on doit admettre que d'autres facteurs, tels que le refroidissement, certaines intoxications, les traumatismes, peuvent produire cette affection, bien que nous ne soyons pas en état de nous prononcer avec certitude, à l'heure qu'il est, sur ce point.

M. von Strümpell (d'Erlangen). — Les conceptions diverses de la myélite dépendent surtout de l'idée que chacun de nous se fait de l'inflammation. Celle-ci se manifeste, d'une part, par les altérations cellulaires qu'elle détermine directement et, d'autre part, par un processus de réaction destiné à la combattre et à neutraliser ses effets. Aussi ne saurait-on qualifier d'inflammation la destruction mécanique des tissus; l'inflammation qui en est parfois la conséquence ne survient que plus tard. Parmi les facteurs capables de produire l'inflammation, il faut citer notamment les agents infectieux organisés et les causes mécaniques.

On réservera donc le nom de myélite aux lésions caractérisées par une réaction locale provoquée par un facteur externe. Nous ne pouvons guère admettre comme cause directe de la myélite que l'action d'un agent infectieux, les éléments d'ordre physique ne paraissant pas entrer ici en ligne de compte. Il ne faut pas oublier, en outre, que les altérations que nous rencontrons à l'autopsie ne nous donnent plus l'image de la lésion primitive; ce n'est plus l'édifice en flammes que nous avons sous les yeux, c'est un tas de décombres. Aussi ne doit-on pas s'attendre à rencontrer dans ces traces d'un processus arrivé au terme de son évolution l'agent pathogène qui lui a donné naissance. Il est nécessaire d'examiner les altérations de très bonne heure, et dans ce but la ponction lombaire préconisée par Quincke me paraît appelée à rendre de grands services.

J'ai pratiqué la ponction lombaire dans deux cas de myélite. Dans le premier, il s'agissait d'une malade atteinte de panaris, chez laquelle se manifestèrent, quelques jours après le début de l'affection locale, des accidents spinaux qui aboutirent rapidement à une paraplégie complète. La ponction lombaire permit de retirer un liquide trouble, filant, légèrement hémorrhagique et contenant quantité de leucocytes, dont l'ensemencement donna une culture pure de *Staphylococcus albus*. La mort étant survenue au bout de quelques mois, on trouva à l'autopsie un foyer inflammatoire ramolli à la partie inférieure de la moelle dorsale. Ici, on est évidemment en droit d'attribuer la myélite au panaris, et on peut considérer cette observation comme une preuve évidente de l'action locale directe des agents microbiens.

Le second cas concerne un malade dont l'affection avait débuté par des troubles de la vue avec douleurs dans les yeux. Cette névrite optique se compliqua rapidement de paraplégie et le malade mourut au bout de trois mois. La ponction lombaire avait donné issue, le quatrième jour de la maladie, à 3 c.c. d'un liquide parfaitement clair et ne contenant pas de leucocytes; ensemencé, ce liquide fut trouvé stérile. A l'autopsie, on constata des altérations disséminées sur toute la hauteur de la moelle, mais sans foyers. On ne peut nier avec certitude, dans ce fait, la possibilité d'une intervention bactérienne directe qui, toutefois, paraît peu vraisemblable. Les lésions disséminées s'observent généralement à la suite d'infections ayant terminé leur évolution; aussi, le malade en question ayant eu une angine quelque temps auparavant, son affection médullaire peut-elle être attribuée à l'action chimique des toxines microbiennes.

Il n'existe pas de limite tranchée entre les lésions disséminées et les lésions systématisées de la moelle. C'est ainsi que nous avons observé, à la suite d'un érysipèle, des altérations siégeant exclusivement dans les cordons postérieurs. On est évidemment autorisé à classer ces formes comme lésions inflammatoires, car nous avons ici un des caractères distinctifs de l'inflammation, l'intervention d'un agent extérieur. Il est essentiel de relever la nature exogène de la maladie.

En ce qui concerne les affections chroniques de la moelle épinière, on ne peut pas ranger la tuberculose et la syphilis parmi les inflammations proprement dites. Il en est de même des compressions. D'autre part, nous ne connaissons pas d'agent capable de provoquer une inflammation chronique d'emblée, et il est difficile de dire si les lésions chroniques qui s'offrent à notre examen se sont développées sur un ter-

rain préparé par une inflammation aiguë. Aussi, plus j'étudie la sclérose en plaques, plus j'en arrive à admettre son origine endogène et à croire que l'intervention d'agents extérieurs est étrangère à son développement.

M. Schultze (de Bonn). — Je ne puis accepter l'hypothèse d'une dégénérescence primitive des cellules ganglionnaires dans la poliomyélite. Quand on examine attentivement les lésions de cette affection, qui souvent persistent longtemps après la fin de la période aiguë, on ne peut admettre que les amas cellulaires considérables que l'on a sous les yeux soient le fait d'une dégénérescence primitive des cellules ganglionnaires. Un second point qui me semble digne de retenir l'attention, ce sont les rapports existant entre la poliomyélite et la méningite. Dans nombre de cas, il est vrai, on ne peut rattacher la poliomyélite à une méningite sporadique ou épidémique antérieure, et cependant je crois que, même alors, on doit la considérer comme un reliquat d'une méningite.

En ce qui concerne la thérapeutique des affections médullaires, nos moyens d'action sont trop restreints pour que nous négligions les moindres chances d'intervention active. C'est pourquoi je désire insister sur les tumeurs des méninges spinales, justiciables d'une intervention chirurgicale. J'ai vu un certain nombre de cas où, à la suite de l'opération, la paraplégie a disparu et où les malades ont retrouvé l'usage de leurs jambes. Un signe important pour le diagnostic des tumeurs spinales est constitué par des douleurs névralgiques ayant précédé, souvent de plusieurs années, la paraplégie. Ces douleurs, parfois modérées, peuvent n'avoir pas frappé le patient, et il est quelquefois nécessaire d'insister pour qu'il se les rappelle.

M. von Kahlden (de Fribourg-en-Brisgau). — Les processus de dégénérescence jouent dans la pathogénie de l'inflammation un rôle bien plus grand qu'on ne l'admet généralement. On observe des dégénérescences primitives qui sont suivies d'altérations vasculaires, lesquelles donnent à leur tour naissance à une exsudation. On peut donc parler d'altérations inflammatoires en présence de dégénérescences cellulaires primitives, sans qu'il y ait nécessairement pour cela des lésions vasculaires. L'œdème inflammatoire a dans les affections de la moelle épinière une grande importance, tandis que l'infiltration de petites cellules rondes fait défaut ou n'est qu'accessoire. Si l'on s'en tient à cette conception de l'inflammation, le cadre de la myélite s'étend notablement.

Dans la myélite aiguë accompagnée d'un œdème considérable, on remarque que le canal épendymaire est dilaté et que son revêtement se déchire par places, de sorte que la substance médullaire est en contact direct avec le contenu de l'épendyme. Les agents infectieux contenus dans un foyer de la moelle peuvent ainsi passer dans le canal épendymaire et peut-être même donner naissance, par une seconde migration à travers les interstices de ce canal, à de nouveaux foyers infectieux dans la moelle.

Je me crois donc autorisé à maintenir mon opinion en ce qui concerne la poliomyélite et à considérer la dégénérescence des cellules ganglionnaires comme la lésion primitive de cette affection. On trouve des groupes de cellules complètement dégénérées sans lésions inflammatoires dans leur voisinage immédiat. Je ne fais pas dépendre les lésions vasculaires de la dégénérescence des cellules ganglionnaires, mais seulement du degré de l'inflammation.

M. Rothmann (de Berlin). — En injectant une émulsion de lycopode dans l'artère lombaire par la méthode de Lamy, on arrive à produire des embolies aseptiques de la moelle, localisées exclusivement aux cornes antérieures. Des injections analogues de bacille pyocyanique ne donnent pas le résultat attendu, car il en résulte toujours une infection générale.

M. Goldscheider. — M. von Kahlden partage encore l'opinion de Charcot sur la poliomyélite, opinion abandonnée depuis les travaux de Siemerling et les miens. Il n'est pas possible de déterminer si, dans certains cas, les cellules sont primitivement atteintes, tandis que sous l'influence d'une infection plus grave se manifestent les lésions vasculaires. On trouve des cellules ganglionnaires parfaitement conservées au centre de tissus présentant des signes manifestes d'inflammation, et on peut suivre sur des coupes en série la marche de l'inflammation le long des vaisseaux; cette manière de voir est partagée par M. P. Marie.

M. Münzer (de Prague). — Les altérations consécutives à une anémie artificielle de la moelle sont manifestes au bout d'une heure ou deux, et à ce moment il est déjà difficile de les différencier d'avec des lésions inflammatoires. On ne saurait cependant ranger la nécrose anémique de la moelle parmi les inflammations.

L'état fonctionnel du cœur étudié d'après l'aptitude de l'organe à retrouver l'équilibre rompu par un effort musculaire.

M. Mendelsohn (de Berlin). — Pour apprécier l'état du cœur, on a coutume de faire exécuter au malade certains exercices, et d'étudier l'effet qu'ils produisent sur l'action cardiaque. Il me paraît préférable d'examiner l'aptitude du cœur à reprendre son état normal après un effort donné, car on peut poser en règle générale que le fonctionnement d'un organe est d'autant meilleur que cet organe retrouve plus rapidement l'équilibre perdu. Mais pour cela, il est nécessaire de connaître d'abord l'état d'équilibre, c'est-à-dire la fréquence des pulsations au repos. On obtient les meilleurs résultats en examinant le malade couché, le passage de la position verticale au décubitus horizontal s'accompagnant, chez les individus sains, d'un ralentissement parfois considérable du pouls. Lorsqu'il existe de l'insuffisance cardiaque, ce ralentissement est peu accusé, et même, en cas de troubles graves de la compensation, il peut être remplacé par une accélération des pulsations. Un effort musculaire faible donne lieu à une accélération qui disparaît de suite après le travail chez l'homme sain; pour que la tachycardie persiste quelque temps, il faut que le travail atteigne au moins 400 kilogrammètres. Le retour à la normale est fréquemment précédé d'un ralentissement plus ou moins prononcé des pulsations. Chez les cardiaques, il suffit souvent d'un effort minime, de 25 kilogrammètres, par exemple, pour provoquer une accélération assez durable.

M. Kraus (de Gratz). — C'est une erreur de croire que, lorsque le cœur a retrouvé la fréquence normale de ses battements, il est nécessairement reposé. On rencontre des individus capables d'un effort considérable et prolongé, et chez lesquels, cependant, la réaction dure longtemps, tandis que d'autres personnes, qui en apparence se remettent vite, sont incapables de répéter le même exercice sans une réaction violente du cœur, prouvant que l'organe n'était pas encore reposé.

L'hyperémie locale artificielle comme moyen thérapeutique.

M. Bier (de Greifswald).— Nous distinguons deux espèces d'hyperémie : l'hyperémie passive ou stase, et l'hyperémie active.

L'hyperémie passive peut être obtenue par l'application, au-dessus de la partie que l'on veut hyperémier, d'une bande élastique qui entrave la circulation veineuse; le membre prend, au bout de peu de temps, une teinte violacée et devient chaud au toucher. Elle a pour effet de tuer les bactéries ou du moins d'atténuer leur virulence. Dans la tuberculose des extrémités, on en obtient souvent, mais non toujours, des effets très favorables; par contre, dans le cancer, le sarcome, la syphilis, cette méthode ne m'a pas donné de bons résultats. J'ai eu lieu d'en être très satisfait dans l'arthrite blennorrhagique, de même que dans les affections articulaires d'origine puerpérale; la durée de l'érysipèle paraît également diminuée par l'application de la bande élastique; une stase énergique peut encore arrêter l'évolution d'un phlegmon au début; enfin, bien appliquée, la constriction du membre exerce un effet calmant sur la douleur.

Il est important que le membre donne au toucher la sensation de chaud, une stase froide étant nuisible. Il faut, en outre, se méfier quand le membre, au lieu d'être violacé, prend une couleur blanchâtre, qui indique que la constriction est trop forte. Utile contre les inflammations subaiguës, l'hyperémie passive est contre-indiquée dans les cas aigus, sauf quand il s'agit d'un phlegmon tout à fait au début.

J'ai fait faire par un de mes assistants des recherches relativement à l'effet de la stase sur les infections bactériennes. Une injection sûrement mortelle de bactéridie charbonneuse fut supportée par 51 animaux, tandis que 16 autres, chez qui l'application de la bande élastique n'avait pu se faire d'une façon irréprochable, succombèrent. La stase a pour effet de favoriser la production de tissu conjonctif. D'un autre côté, elle exerce une action résorbante sur certaines formations pathologiques. C'est ainsi que dans le rhumatisme articulaire chronique l'application de la bande élastique fait disparaître les nodosités et la tuméfaction. Du reste, les propriétés dissolvantes du sang sont connues; nulles sur des tissus normaux, il est possible qu'elles se fassent sentir sur les formations pathologiques inflammatoires, lésions contre lesquelles l'association de l'hyperémie passive au massage donne d'excellents résultats.

Depuis un certain temps, l'emploi thérapeutique de l'hyperémie active s'est généralisé. La façon la plus pratique de l'obtenir est de recourir à l'air chaud. Il existe une série de préjugés sur l'action de l'hyperémie active, qu'il est indispensable de dissiper. On a prétendu que le bain d'air chaud a pour effet d'attirer le sang à la peau, et qu'il n'agit que comme dérivatif; c'est là une erreur, car l'hyperémie ne se produit pas seulement à la surface, mais aussi dans les parties profondes. Ce n'est pas non plus la sudation produite par l'action de la chaleur qui fait disparaître les exsudats, mais uniquement l'accélération de la circulation artérielle. On a dit aussi que l'air chaud a une action directement bactéricide; ce qui est possible pour un ulcère superficiel ne l'est plus pour les couches sous-jacentes, car la chaleur ne pénètre pas profondément dans les tissus. On a encore attribué l'effet de l'air chaud à un réflexe nerveux; mais on peut isoler complètement un membre d'un animal en ne conservant que les vaisseaux; si l'on soumet ce membre à l'action de la chaleur, on obtient exactement les résultats ordinaires; l'hyperémie est donc indépendante du système nerveux central.

L'hyperémie active calme la douleur comme l'hyperémie passive. Elle favorise la résorption des épanchements pathologiques; il peut être utile ici de faire alterner, dans certains cas, l'hyperémie passive avec l'hyperémie active. Cette dernière est toujours mal supportée dans la tuberculose, de même que dans les inflammations aiguës d'origine infectieuse. Par contre, l'air chaud calme les névralgies. On a discuté son action sur la nutrition des tissus; les recherches que j'ai fait faire à ce sujet ont donné des résultats négatifs; un tissu atrophié ne reprend pas sa vigueur uniquement sous l'influence de l'air chaud. Celui-ci, par son effet sur les vaisseaux, peut être considéré comme un moyen de gymnastique énergique dans les affections vasculaires, surtout si on fait alterner son action avec celle du froid.

L'air chaud doit être employé à la plus haute température que le malade puisse supporter; la durée de l'application ne doit pas dépasser une à deux heures. Quant à l'hyperémie passive, je la pratique deux fois par jour; j'ai pour ainsi dire renoncé à l'emploi de la stase permanente, sauf dans le rhumatisme chronique où on enlève la bande pour masser le membre, le massage permettant de prolonger la durée de la constriction.

De l'arythmie paroxystique.

M. A. Hoffmann (de Düsseldorf). — On peut diviser les arythmies en arythmies permanentes et en arythmies transitoires. Parmi ces dernières, il faut distinguer une forme d'arythmie spéciale, survenant par accès, dont j'ai eu l'occasion d'observer 8 cas : pendant l'accès, le pouls est accéléré et son rythme est altéré par l'apparition d'extrasystoles; mais celles-ci ne présentent pas leurs caractères ordinaires et les intervalles paraissent en général raccourcis. Il existe, entre cette affection et la tachycardie paroxystique, des rapports intimes. C'est ainsi que j'ai vu un malade atteint de tachycardie, qui, immédiatement après son paroxysme, avait un accès d'arythmie paroxystique. Cette arythmie doit avoir son siège dans l'oreillette; en effet, si l'on excite le sinus veineux de la grenouille, on voit se produire un phénomène analogue.

Sur le rôle de l'iode comme vasomoteur.

M. Gumprecht (de Weimar). — Les recherches de G. Sée concernant l'action de l'iode sur

les vasomoteurs ont été reprises par différents auteurs, entre autres par Prévost et Binet, qui sont arrivés à des résultats différents. Toutefois, dans ces expériences, il ne suffit pas de déterminer le degré de la pression sanguine, il faut encore s'assurer de l'état des réactions vasomotrices. Ainsi le nitrite d'amyle fait baisser la tension artérielle; si le cœur est intact, on peut faire remonter momentanément la tension abaissée par le nitrite d'amyle en pratiquant le massage de l'abdomen; or, si l'on administre à un lapin de l'iodure de sodium à doses moyennes, la réaction produite par le massage de l'abdomen après inhalation de nitrite d'amyle est la même qu'à l'état normal; à hautes doses, au contraire, l'iodure a pour effet de diminuer cette réaction, mais à ce moment-là on observe déjà des symptômes d'intoxication générale. De nombreuses déterminations de la pression artérielle avec l'appareil de Riva-Rocci ont montré qu'il n'y avait pas de différence avant et après l'emploi de l'iodure.

Si l'on fait travailler un malade atteint d'artériosclérose et traité par l'iodure, l'effort musculaire agit sur la pression exactement comme si le sujet n'avait pas pris d'iodure. Une observation prolongée d'individus normaux et d'artérioscléreux a prouvé que, chez les uns comme chez les autres, la tension artérielle demeurait la même avant et après l'emploi de l'iodure. La conclusion de ces recherches est que l'iodure est sans action sur la tension artérielle.

La dyspepsie fermentative de l'adulte.

M. Strassburger (de Bonn). — Dans la digestion normale, l'amidon est digéré assez complètement pour que les fèces soumises à la fermentation ne produisent que peu ou point de gaz. Par contre, les fèces de certains dyspeptiques donnent à la fermentation des quantités notables de gaz. Pour nous rendre compte de la nature des troubles de la digestion dont le phénomène en question est le résultat, nous avons examiné un nombre égal d'individus sains et de malades, auxquels nous avons donné pendant plusieurs jours la même nourriture. Le poids des fèces était, chez les malades, environ le double de ce qu'il était chez les individus sains. L'azote était bien assimilé par eux, ainsi que la graisse; par contre, le taux des hydrates de carbone non digérés était exagéré : c'est ainsi que les fèces renfermaient jusqu'à 4 gr. 08 centigrammes de matières amylacées, au lieu de 1 gr. 09 centigr., chiffre habituel.

Au point de vue des symptômes, il existe chez ces sujets une dyspepsie plus ou moins intense. Leurs fèces ont parfois un aspect normal; d'ordinaire elles sont jaune clair, écumeuses, acides et ont une odeur d'acide butyrique. Les mucosités y font défaut, mais on peut y trouver des matières colorantes biliaires.

Sur l'agglutination du bacille de la tuberculose.

M. Courmont (de Lyon). — M. Beck et M[lle] Rabinowitch ont publié un travail sur l'agglutination du bacille de la tuberculose, dont les conclusions ne concordent pas avec les résultats que j'ai obtenus antérieurement avec M. Arloing. Une condition essentielle, lorsque l'on veut instituer des recherches comparatives, c'est de disposer de cultures qui soient à point. Une seconde difficulté consiste dans le fait que l'échelle d'agglutination est beaucoup moins étendue pour la tuberculose que pour la fièvre typhoïde.

Pour vous donner une idée de la précision de cette méthode, lorsqu'elle est appliquée avec soin, permettez-moi de vous communiquer les résultats des recherches de M. Arloing sur la tuberculose du bœuf, recherches ayant porté sur 150 animaux. Aussitôt l'animal sacrifié, M. Arloing examinait le pouvoir agglutinant du sang, tandis qu'un vétérinaire faisait, à titre de contrôle, l'examen anatomique, qu'il ne communiquait à M. Arloing que lorsque l'épreuve de l'agglutination était terminée. Sur 80 animaux sains, dont 30 veaux de six semaines, aucun n'a agglutiné à moins de 1 : 5; au contraire, tous les animaux malades, sauf un, ont donné une réaction positive à 1 : 10 et même, dans la majorité des cas, à 1 : 20.

Sur un ferment lipolytique de l'estomac.

M. Volhard (de Giessen). — Dans une série d'expériences sur la résorption gastrique d'après la méthode de M. von Mering, nous avons pu nous convaincre qu'une partie de la graisse neutre, absorbée sous forme de jaunes d'œuf, subit dans l'estomac un dédoublement ayant pour résultat la formation d'acides gras. En poursuivant nos recherches, nous nous sommes assuré que cette réaction est due à un ferment que l'on peut extraire de la muqueuse de l'estomac à l'aide de la glycérine. Elle se produit non seulement avec les émulsions naturelles, comme le jaune d'œuf, mais aussi avec les émulsions artificielles. Par contre, la graisse non émulsionnée n'est pas altérée, en raison du peu de surface qu'elle offre à l'action du suc gastrique. La proportion de graisse neutre ainsi transformée dans l'estomac est considérable; elle atteignit dans un cas 46 % du total de la graisse absorbée. La réaction est rapide; elle ne se fait pas d'une façon régulière et proportionnelle au temps, mais par soubresauts. La plus faible trace d'alcali suffit pour l'entraver; par contre, les propriétés de l'extrait glycériné persistent en milieu alcalin. Dans l'achylie gastrique, la sécrétion du ferment en question est supprimée.

La digestion de l'amidon dans la bouche et l'estomac de l'homme.

M. Müller (de Wurtzbourg). — On admet généralement que l'action saccharifiante de la ptyaline est arrêtée par la réaction acide du suc gastrique. Il est vrai que le contenu de l'estomac ne renferme, après l'absorption de matières amylacées, que de très petites quantités de sucre. Mais, outre l'amidon et la dextrose, il existe des produits solubles, tels que la dextrine et la maltose, auxquels on n'a accordé aucune attention jusqu'ici, bien qu'ils soient, sans aucun doute, directement assimilables.

J'ai étudié les transformations que subit l'amidon dans l'estomac après l'absorption d'une bouillie de farine. Au bout d'une demi-heure, 60 à 80 % de l'amidon absorbé sont transformés en maltose dans l'estomac. Les résultats varient beaucoup avec le temps écoulé entre le repas et l'extraction du suc gastrique. Si l'on pratique l'examen peu après le repas d'épreuve, on trouve une grande quantité de maltose; plus tard, cette quantité diminue, parce que les substances en solution abandonnent l'estomac, par la voie du pylore, beaucoup plus vite que les corps solides. Les mêmes recherches faites avec du pain ont donné des résultats peu concordants, la proportion d'amidon solubilisé ayant varié de 20 à 80 %. Cette transformation s'opère indépendamment du degré d'acidité du suc gastrique.

Chez certains hyperchlorhydriques, on note une diminution de l'amylolyse, mais ce phénomène n'est pas constant; aussi peut-on permettre les substances amylacées dans les cas d'hyperacidité, à condition qu'elles soient absorbées sous une forme convenable.

Sur la fièvre biliaire intermittente.

M. Münzer. — Le syndrome décrit par Charcot sous le nom de fièvre biliaire intermittente mérite toute l'attention des cliniciens. Le coli-bacille joue vraisemblablement un rôle dans l'étiologie d'un certain nombre de cas de cette affection, peut-être dans ceux qui se distinguent par l'absence de leucocytose dans l'intervalle des accès. La diminution de la sécrétion azotée, observée souvent par Regnard dans la fièvre biliaire intermittente, est réelle; mais l'explication que Pick en a donnée (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 281) ne me paraît pas exacte, cette diminution devant être considérée, à mon avis, comme un phénomène accessoire en rapport avec l'état d'inanition des malades et avec la diminution de la sécrétion urinaire. Dans la fièvre biliaire, la désassimilation des matières protéiques est aussi peu troublée pendant les accès que dans leur intervalle.

On doit faire de grandes réserves en ce qui concerne la formation exclusive de l'urée dans le foie, soutenue par Schröder; je crois, pour ma part, que l'urée peut être formée dans tous les tissus de l'organisme, sans contester, d'ailleurs, que le foie joue, dans la transformation en urée des produits de désassimilation protéique, un rôle prépondérant, et qu'il produise la majeure partie de l'urée excrétée. Mais même si l'on accepte la théorie de Schröder, l'observation clinique nous apprend que la fonction uréopoiétique du foie n'est altérée dans aucune des affections hépatiques aiguës, à l'exception peut-être de l'atrophie jaune à sa dernière période. Il n'y a donc aucune raison d'admettre dans les maladies du foie l'existence d'une intoxication de l'organisme par les produits intermédiaires de la désassimilation des albuminoïdes.

M. Pick déclare maintenir l'opinion qu'il a développée au Congrès de Paris et faire toutes ses réserves quant aux résultats exposés par M. Münzer, sans cependant les discuter en détail.

M. Courmont fait une communication sur la *polynucléose de la rage* (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 61).

D[r] A. Jaquet,
Professeur à la Faculté de médecine de Bâle.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 avril 1901.

Traitement de la lèpre par l'ichtyol.

M. le Secrétaire perpétuel lit, au nom de M. de Brun (de Beyrouth), une note sur le traitement de la lèpre tuberculeuse par l'ichtyol administré à l'intérieur. La première malade soumise à cette médication était une jeune femme de vingt-quatre ans, atteinte depuis quatre à cinq ans de lèpre tuberculeuse. Bien qu'on eût débuté par des doses extrêmement minimes (0 gr. 30 centigr. d'ichtyol par jour), les résultats furent remarquables. En quelques mois, les tubercules qui défiguraient la malade pâlirent et s'affaissèrent et la rhinite ulcéreuse par laquelle l'affection avait débuté rétrocéda presque complètement. Dans plusieurs autres cas de lèpre cutanée, les résultats ont été également très satisfaisants.

Mais si l'ichtyol est un médicament de choix dans la lèpre tuberculeuse, il a jusqu'à présent à peu près complètement échoué dans la lèpre nerveuse. Chez une femme atteinte de lèpre mixte, l'ichtyol, administré à la dose de 1 gramme, puis progressivement aux doses de 6, 8 et 10 grammes par jour, a fait complètement disparaître la rhinite, mais n'a nullement modifié les accidents nerveux.

Outre qu'elle a l'avantage de préciser l'action élective de l'ichtyol, cette seconde observation permet de dire que ce médicament, qui a été préconisé par Unna à la dose de 0 gr. 75 centigr. par jour, et que quelques auteurs ont donné à la dose de 2 à 3 grammes, peut être administré sans inconvénient aux doses beaucoup plus élevées de 8 et 10 grammes en vingt-quatre heures; toutefois, il est prudent de n'atteindre ces doses élevées que progressivement, quoiqu'on puisse sans crainte débuter par 5 grammes.

Quant à l'emploi de l'ichtyol sous forme de topique, recommandé par quelques auteurs contre la lèpre tuberculeuse, M. de Brun déclare qu'il n'en a retiré aucun avantage, pas plus dans le traitement des lépromes cutanés que dans celui des rhinites lépreuses.

Dystocie grave dans un utérus bicorne.

M. Fochier (de Lyon) présente un utérus bicorne qu'il a amputé au-dessus du col par la voie abdominale : l'une des cornes est vide, l'autre renferme la tête d'un fœtus d'un peu plus de six mois et un placenta avec ses membranes encore adhérentes.

La parturiente qui a subi cette opération, rendue nécessaire par l'impossibilité où l'on s'est trouvé d'extraire le fœtus par les voies naturelles, était une vigoureuse paysanne âgée de trente-sept ans, ayant eu précédemment une fausse couche. Elle a parfaitement guéri.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans ce fait, c'est l'épaisseur de la musculature utérine, soit au niveau de la corne vide, soit au niveau de la section sus-cervicale. Aussi l'orateur incline-t-il à croire que, dans un certain nombre de cas tout au moins de rétention de la tête fœtale, il y a lieu de songer à une malformation du muscle utérin.

Extirpation d'un projectile logé dans l'encéphale.

M. Peugniez (d'Amiens) communique, au nom de M. Rémy et au sien, l'observation d'un homme qui s'était tiré un coup de revolver dans la tempe droite.

Des accidents graves s'étant montrés au bout de quelques semaines, on détermina par la radioscopie, appliquée selon le procédé de M. Rémy, le siège exact de la balle, qui était logée dans l'écorce cérébrale de la troisième circonvolution frontale, et on procéda à son extraction au moyen d'une craniotomie. Cette opération, qui a été pratiquée il y a deux mois, fit cesser tous les accidents et le malade est aujourd'hui complètement rétabli.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 3 et 17 avril 1901.

Résections intestinales pour cancer.

M. Quénu. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur cinq observations de résection de l'intestin pour cancer, qui nous ont été communiquées par MM. Brin (d'Angers), Gilis et Imbert (de Montpellier). Dans le premier des deux cas opérés par M. Brin, notre confrère a fait une vaste résection pour un cancer du côlon; la mort est survenue au cinquième jour, par péritonite; le deuxième opéré, au contraire, a guéri. MM. Gilis et Imbert ont eu à intervenir pour des accidents d'occlusion chez un malade atteint de cancer de l'anse oméga; la résection a été suivie de succès. Enfin, dans 2 autres faits, M. Imbert a pratiqué également une résection de l'intestin pour cancer, avec un succès opératoire et un décès au troisième jour, par péritonite.

En ce qui concerne les cancers latents de l'intestin ne traduisant leur existence que par des accidents d'occlusion, je crois que, malgré le bon résultat obtenu par MM. Gilis et Imbert, il n'est pas très prudent de pratiquer immédiatement l'extirpation du néoplasme, la gravité de la résection intestinale se trouvant singulièrement aggravée par l'état d'occlusion.

Retour tardif de la motilité après la suture nerveuse.

M. Lejars. — Je dois vous rapporter deux faits de suture nerveuse qui nous ont été communiqués, l'un par M. Morestin, l'autre par M. Carlier (médecin militaire).

La section portait sur le nerf cubital dans le cas de M. Carlier; les deux bouts du nerf étaient écartés d'un centimètre et demi environ; ils purent être rapprochés facilement et furent suturés avec du crin de Florence fin. Dans les premiers temps, le résultat fut assez peu appréciable, mais neuf mois après l'intervention le rétablissement des fonctions était absolument parfait.

Le malade de M. Morestin, qui présentait une section de la branche postérieure du nerf radial, se décida à venir à l'hôpital un mois seulement après l'accident. Notre confrère trouva les deux bouts de cette branche nerveuse assez écartés l'un de l'autre; il put cependant les rapprocher et les réunir par un point de catgut. Ici encore, lorsque le patient quitta l'hôpital un mois après l'intervention, il semblait que le résultat fût nul; or, six mois plus tard, M. Morestin revit son opéré et put constater le retour complet des mouvements.

Il y a sept ou huit ans, j'ai eu l'occasion de faire une suture du sciatique, pour une section ancienne du nerf au niveau de sa bifurcation; Comme chez les malades de MM. Carlier et Morestin, ce n'est qu'après plusieurs mois qu'il se produisit une certaine amélioration de l'état fonctionnel; malheureusement mon opéré reçut à ce moment un coup de pied de cheval qui détermina une péritonite mortelle.

M. Sieur (médecin militaire). — Je puis rapprocher des observations précédentes un cas de section du radial par écrasement, suivie de paralysie des extenseurs. Deux mois après l'accident, je découvris le nerf au niveau du foyer du traumatisme; son volume était diminué de moitié, et il me sembla qu'il y avait section complète avec conservation du névrilème; je me bornai à libérer le nerf de la gaine de tissu fibreux cicatriciel dans laquelle il était enserré. Six mois plus tard, le blessé fut renvoyé dans ses foyers avec une très légère amélioration; or, j'ai eu tout récemment de ses nouvelles, et il paraît qu'il a complètement recouvré l'usage des muscles paralysés.

Hémorrhagie intestinale consécutive à une opération d'appendicite à froid.

M. Berger. — Je suis chargé de vous rendre compte d'un fait qui nous a été communiqué par M. Walch (du Havre). A la suite d'une résection de l'appendice à froid, pratiquée trois mois environ après une poussée aiguë d'appendicite, notre confrère a vu se produire, au septième jour, une hémorrhagie intestinale, caractérisée par une abondante évacuation de sang rutilant, chez un malade qui présentait, d'autre part, une lésion pleurale et une sinusite maxillaire.

M. Ricard. — Il y a quelques mois, appelé en province auprès d'une femme atteinte d'appendicite aiguë, j'intervins immédiatement et trouvai non seulement un appendice turgescent, mais aussi un cæcum extrêmement congestionné. Les suites opératoires furent très simples, et cependant la malade eut, quinze ou vingt jours après l'intervention, plusieurs gastrorrhagies assez abondantes; la guérison se fit normalement.

Plaie de l'artère axillaire.

M. Demoulin. — M. Morestin nous a communiqué une observation au sujet de laquelle je dois vous présenter un rapport. Il s'agit d'une plaie de l'artère axillaire par un poinçon ayant pénétré accidentellement dans l'aisselle. La ligature de l'axillaire sous la clavicule fut faite par l'interne de garde, mais l'hémorrhagie s'étant reproduite quatorze heures plus tard, notre confrère ouvrit largement l'aisselle, fit une ligature des deux bouts de l'artère blessée, puis dut lier également le tronc commun des circonflexes. La guérison survint sans incident.

Ce fait nous montre l'insuffisance de la ligature à distance, et la nécessité de lier, dans les cas de ce genre, les deux bouts de l'artère dans la plaie.

M. Nélaton. — Si l'on ne tenait compte que des vaisseaux décrits par les classiques, on pourrait douter du rétablissement de la circulation après la ligature de l'axillaire dans sa portion inférieure; mais en réalité, comme M. Farabeuf l'a montré, il existe toujours de nombreux petits vaisseaux collatéraux parfaitement injectables par la gélatine colorée, et qui suffisent à assurer la circulation.

Résection du ganglion de Gasser.

M. Gérard-Marchant. — Je dois vous rendre compte d'une résection du ganglion de Gasser, suivie de guérison, qui nous a été communiquée par M. Bouglé. Elle a trait à une femme de quarante ans souffrant depuis douze ans d'une névralgie du trijumeau qu'aucun traitement n'avait pu atténuer. L'opération fut pratiquée le 23 octobre par la voie temporo-sphénoïdale, préconisée par Doyen. M. Bouglé eut assez de difficultés à enlever le ganglion de Gasser; cependant l'ablation paraît en avoir été à peu près complète, bien que la pièce n'ait pu être examinée. Malgré une ulcération de la cornée, qui survint au troisième jour, la guérison se fit sans incident. Les douleurs ne se sont plus reproduites, et la malade a seulement conservé un peu de gêne de la mastication, l'écartement de la mâchoire inférieure ne dépassant pas un centimètre à un centimètre et demi.

Certains chirurgiens reprocheront peut-être à M. Bouglé d'avoir eu recours d'emblée à la résection du ganglion de Gasser. Pour ma part, je ne lui ferai pas cette objection, car toutes les opérations extra-crâniennes dirigées contre les névralgies du trijumeau donnent des résultats très incertains.

Je ne sais si notre confrère a pris le soin d'instituer, quelques jours avant l'opération, le traitement préventif qui réussit parfois à éviter l'apparition des ulcérations de la cornée. Il ne faut, d'ailleurs, pas trop s'inquiéter de ces troubles lorsqu'ils se produisent; chez la malade de M. Bouglé, ils se sont assez rapidement amendés, et la vue est parfaitement conservée.

A propos de l'analgésie par les injections intrarachidiennes de cocaïne.

M. Tuffier. — Ayant actuellement opéré 400 malades après analgésie rachidienne, je désire revenir sur quelques points de la technique que j'emploie (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 167), car je crois que c'est à la défectuosité de sa méthode qu'il faut attribuer les mauvais résultats obtenus par M. Bier.

En ce qui concerne l'instrumentation, on doit se servir d'une aiguille et non d'un trocart; il est indispensable, en outre, que l'extrémité de cette aiguille soit taillée en biseau assez court, pour qu'une partie du liquide injecté ne s'échappe pas au dehors du sac rachidien.

Quant au titre de la solution, je préfère la solution au cinquantième, après avoir essayé successivement des solutions plus fortes ou plus faibles.

Parmi les conséquences de ce mode d'anesthésie, je ne connais pas d'exemple de lésion du système nerveux survenue à longue échéance. Pour la mortalité, si on veut la comparer à celle que donnent les autres méthodes d'anesthésie, il faut distinguer les décès au cours de l'opération d'avec ceux qui surviennent plus tard. Or, l'analgésie rachidienne n'a pas encore donné de mort opératoire. Les 5 décès qu'on a rapportés sont post-opératoires : 2 ont été mentionnés sans aucun détail; quant aux 3 autres, en lisant soigneusement les observations, je n'ai pu me convaincre que la mort dût être imputée à la cocaïnisation de la moelle.

Résection pour fracture comminutive infectée.

M. Nélaton. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été communiquée par M. Savariaud, et qui constitue un bel exemple de ce que l'on peut attendre de la chirurgie conservatrice. Il s'agit d'une résection sous-périostée de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe, pour une fracture comminutive ouverte et infectée gravement. M. Savariaud réséqua 10 centimètres du tibia et du péroné; neuf mois après, le malade, muni d'un appareil à tuteurs latéraux, marchait parfaitement, ainsi que vous avez pu vous en convaincre quand il vous a été montré. Malgré ce brillant résultat, je crois que l'amputation n'en reste pas moins généralement indiquée dans les cas de ce genre.

Diagnostic des lésions du rein au moyen des réflexes pyélo-vesical et urétéro-vésical.

M. Bazy. — Etant donné un ensemble de symptômes rappelant la cystite, il n'est pas toujours facile de déterminer si l'on a affaire seulement à de la cystite ou s'il existe simultanément de la pyélo-néphrite. Le réflexe pyélo-vésical, qui malheureusement est assez rare, fournit une indication précieuse à ce point de vue. Le signe auquel je donne le nom de réflexe urétéro-vésical est, au contraire, très fréquent et assez facile à constater, surtout chez la femme par le toucher vaginal. Voici en quoi il consiste : si, la vessie étant vide, on explore la face inférieure de cet organe, on détermine, en un point qui correspond à l'embouchure de l'uretère dans la vessie (ou des deux uretères lorsque les deux reins sont atteints), une sensation désagréable ou un besoin douloureux d'uriner. Lorsqu'il en est ainsi, on peut affirmer l'existence d'une lésion de l'uretère, et par suite du bassinet. Je rappelle aussi l'importance du signe de Bouchard, qui permet de différencier dans l'urine le pus vésical d'avec le pus rénal.

M. Mignon communique, en son nom et au nom de M. Sieur, une observation de suture d'une plaie du cœur, suivie de mort rapide, consécutivement à une tentative de suicide au cours d'une pneumonie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 avril 1901.

Applications médicales des injections intrarachidiennes de cocaïne.

M. Achard. — J'ai soumis récemment deux nouveaux malades à la cocaïnisation médullaire.

Le premier, qui était atteint de zona abdomino-crural, fut soulagé par l'injection de 0 gr. 02 centigrammes de cocaïne dans le rachis au point qu'il put retourner chez lui deux heures après. Le second avait une myélite syphilitique et présentait depuis plusieurs années des crises de priapisme douloureux; l'injection intra-arachnoïdienne de 0 gr. 01 centigr. de cocaïne détermina chez lui les accidents passagers qu'elle provoque fréquemment (fièvre, céphalalgie, vomissements), mais supprima tout à fait le priapisme ainsi que les douleurs; le résultat se maintenait encore au bout de trois semaines, lorsque le malade quitta l'hôpital.

On pourrait se demander, en présence des cas de sciatique améliorés par une dose minime de cocaïne, si cette amélioration n'est pas attribuable à la suggestion. J'ai en effet décrit il y a quelques années, avec M. Soupault, une sciatique hystérique, curable par la suggestion. Toutefois, dans les faits que je viens de rapporter, je crois qu'on doit mettre hors de cause l'hystérie et attribuer à la cocaïne l'effet thérapeutique obtenu.

M. Marie. — J'ai pratiqué récemment, avec M. Guillain, une injection intra-arachnoïdienne de 0 gr. 005 milligr. de cocaïne chez un homme de quarante-trois ans qui se plaignait, à la suite d'un effort, d'une douleur très vive au niveau des masses sacro-lombaires. Trois minutes après, cet homme accusait une amélioration manifeste, et deux minutes plus tard il pouvait se lever et marcher; à aucun moment on n'a constaté d'analgésie au niveau des membres inférieurs.

Par contre, dans un cas de névralgie récente de la région scapulaire droite et dans un cas de rhumatisme subaigu de la région lombaire, l'injection intra-arachnoïdienne de 0 gr. 005 milligrammes de cocaïne n'a été suivie d'aucun résultat.

Dilatation et insuffisance cardiaques d'origine rhumatismale.

M. Pierre Merklen. — Les observations que MM. P. Teissier et Barié nous ont communiquées au cours de la dernière séance confirment l'existence d'une dilatation aiguë du cœur d'origine rhumatismale, même sans endocardite ni péricardite (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 108). L'infection rhumatismale a donc une action directe sur le myocarde aussi bien que sur ses séreuses, ce que prouvent, d'ailleurs, les lésions de myocardite chronique, parenchymateuse et interstitielle, assez souvent associées à l'endocardite et à la péricardite chroniques consécutives aux crises de rhumatisme articulaire.

Cette action est également démontrée par l'insuffisance cardiaque qu'on observe parfois au cours ou dans la convalescence du rhumatisme, et qui persiste définitivement quand le myocarde a été plus ou moins altéré. L'insuffisance cardiaque peut passer inaperçue pendant la poussée rhumatismale, même si le cœur est très dilaté, parce que le malade, étant immobilisé par les douleurs, ne fait aucun effort qui révèle sa faiblesse cardiaque. Celle-ci se manifeste souvent, dès les premiers jours qu'il se lève, par de la dyspnée d'effort, des palpitations et des douleurs précordiales qui peuvent durer plusieurs semaines.

La dilatation aiguë du cœur peut même ne se produire qu'à ce moment, comme l'avait dit Wilson, et comme je l'ai récemment observé: un jeune homme, porteur d'un rétrécissement mitral ancien, et sorti prématurément de l'hôpital peu de jours après une récidive de rhumatisme immédiatement enrayée par le traitement salicylé, y rentrait bientôt pour de la dyspnée et des palpitations accompagnées d'une dilatation notable du cœur et de congestion douloureuse du foie; ces phénomènes disparurent rapidement par le repos.

L'insuffisance cardiaque due à l'infection rhumatismale peut, d'ailleurs, aller jusqu'à l'asystolie chez d'anciens cardiopathes et se traduire, en pleine récidive de polyarthrite fébrile, par de l'oppression, de l'œdème et de la stase veineuse généralisée, accidents transitoires qui cessent avec les douleurs articulaires. J'ai observé, durant ces dernières années, quatre cas de cette forme d'asystolie que M. Bar (de Genève) a désignée sous le nom d'asystolie inflammatoire et que, pour ne rien préjuger, on peut simplement appeler asystolie rhumatismale; la guérison s'est produite dans les quatre cas.

Traitement des crises gastriques par la ponction lombaire.

M. Debove. — J'ai traité récemment par la ponction lombaire, c'est-à-dire par la soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien sans injection consécutive d'aucune substance médicamenteuse, deux malades qui étaient atteints de crises gastriques extrêmement violentes, tout à fait comparables à celles des tabétiques. Chez ces deux patients, la ponction lombaire pratiquée en pleine crise fit cesser instantanément les douleurs et les vomissements. La quantité de liquide retirée du canal rachidien fut de 30 c.c. dans un cas et de 20 c.c. dans l'autre. Etant donnés, d'une part, la force et la vitesse avec lesquelles ce liquide s'écoula, et de l'autre les effets curatifs obtenus, on peut se demander si les crises gastriques dites essentielles, et même celles des tabétiques, ne sont pas sous la dépendance d'une hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Le zona pneumonique.

M. Talamon. — L'association du zona avec la pneumonie, signalée par tous les auteurs et dont j'ai observé moi-même plusieurs exemples, n'est pas, à mon avis, le résultat d'une simple coïncidence, mais bien l'expression de deux localisations différentes du même agent pathogène.

Si le zona est intercostal, comme dans deux de mes observations, on peut supposer qu'il y a propagation par voisinage, de l'infection pneumonique du poumon aux filets nerveux sur le trajet desquels s'est développée l'affection cutanée. Lorsqu'au lieu d'être superposé à la pneumonie le zona se produit à distance, ce n'est plus le microbe lui-même, mais la pneumotoxine, qu'on doit incriminer.

D'après cette conception, le zona pourrait donc être considéré, au moins dans certains cas, comme une pneumococcie de la peau. Il est même probable que, sans pneumonie concomitante, beaucoup de zonas reconnaissent la même pathogénie et ne sont que la localisation trophocutanée d'une pneumococcie.

En outre, la grippe, la tuberculose et aussi, sans doute, d'autres infections microbiennes pouvant déterminer des éruptions zostériennes, on est conduit à se demander s'il existe réellement, comme d'aucuns le prétendent, un zona spécifique dû à un agent pathogène spécial.

Méningite cérébro-spinale ambulatoire curable.

M. Sicard. — A côté des méningites cérébro-spinales latentes mortelles, dont le diagnostic n'est posé qu'à l'autopsie, il existe des méningites ambulatoires curables, dont l'existence peut être affirmée durant la vie du malade par l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien. Tel est le cas d'un jeune homme que j'ai observé récemment avec M. Brécy, et qui, pendant les six semaines qu'a duré l'évolution de son infection méningée, a pu continuer un métier fatigant, ne souffrant que de céphalées et d'une légère contracture des muscles de la nuque. L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, obtenu par cinq ponctions lombaires faites à une semaine d'intervalle, a permis de déceler au début une formule polynucléaire typique qui, dans les derniers jours de la convalescence, a fait place à une formule exclusivement mononucléaire.

M. Debove fait remarquer qu'il existe vraisemblablement plusieurs variétés de méningites cérébro-spinales non tuberculeuses. Récemment il a observé un malade dont la méningite aurait pu être qualifiée avec raison de syphilitique, non seulement parce qu'elle a guéri par le traitement spécifique, mais encore parce que son apparition avait coïncidé avec une éruption de syphilides ulcéreuses.

M. Widal. — Le fait qu'avec la guérison des phénomènes aigus, les lymphocytes ont remplacé les polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien, est un point intéressant de la communication de M. Sicard. Je crois qu'on peut en donner l'explication suivante: au début de la maladie, les polynucléaires sont les témoins de la lutte engagée contre les microbes; plus tard, lorsque la lutte est éteinte, la séquelle de l'irritation méningée ne se traduit plus pour un temps que par une exagération du nombre normal des lymphocytes, lesquels ne sont pas, on le sait, des éléments phagocytaires.

L'éosinophilie, signe d'appendicite.

M. Laignel-Lavastine relate quatre observations d'appendicite au cours desquelles il a constaté, coïncidant avec la crise aiguë, une augmentation dans la proportion des polynucléaires éosinophiles du sang.

Cette éosinophilie paraît être fonction de la lymphangite interstitielle avec folliculite et périfolliculite qui caractérise anatomiquement l'appendicite aiguë légère. Elle ne persiste pas après l'ablation de l'appendice; enfin, on ne l'observe pas, au moins d'une façon aussi accentuée, dans les affections pouvant simuler l'appendicite, telles que la fièvre typhoïde, les pelvipéritonites d'origine annexielle, les entérites dysentériformes, etc. Dans les cas douteux, la constatation de l'éosinophilie sanguine paraît donc constituer une présomption en faveur du diagnostic d'appendicite.

Hémorrhagies multiples d'origine névropathique.

M. Sainton montre une jeune femme enceinte de quatre mois, qui a été atteinte, à la suite d'une vive émotion, de métrorrhagies répétées, d'otorrhagies et finalement d'un suintement de sang au niveau des deux mamelons. La réalité de cette hémorrhagie ne peut être suspectée, la surveillance à laquelle a été soumise la malade ne permettant aucune supercherie. La surface des deux mamelons est, du reste, exempte de toute ulcération et de toute lésion pouvant donner lieu à un écoulement sanguin; c'est donc bien par les canaux excréteurs de la glande mammaire que le sang s'est fait jour au dehors. Malgré l'absence des stigmates avérés de l'hystérie chez cette femme, on est autorisé, étant donnée la cause qui leur a donné naissance, à considérer ces hémorrhagies comme d'origine névropathique.

Thyroïdite ourlienne.

M. Simonin (médecin militaire) communique un cas de thyroïdite aiguë survenue vingt-cinq jours après le début d'oreillons d'intensité moyenne.

Le gonflement de la glande thyroïde fut rapide et notable; on vit apparaître, en même temps que lui, de la tachycardie et du tremblement vibratoire des mains. Ces phénomènes disparurent au bout de quatorze jours avec le gonflement de la thyroïde; il semble donc que ce soit à l'hyperactivité de la glande thyroïde congestionnée par l'infection ourlienne qu'il faille attribuer l'apparition de symptômes atténués de la maladie de Basedow.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 avril 1901.

Cytodiagnostic de la péritonite tuberculeuse et des kystes de l'ovaire.

MM. Tuffier et **Milian.** — Le cytodiagnostic permet de différencier d'une manière absolue la péritonite tuberculeuse d'avec les kystes de l'ovaire. En effet, l'épanchement de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique est toujours très riche en lymphocytes, tandis que le liquide des kystes ovariens renferme une très grande variété de cellules dont les plus caractéristiques sont de gros éléments ronds ou ovalaires pourvus d'une multitude de vacuoles, et des cellules cylindriques dont l'un des pôles porte une touffe de cils vibratiles. L'examen direct du liquide sans coloration est le meilleur procédé pour mettre en évidence ces différents éléments cellulaires.

Injections médicamenteuses extra-durales par voie sacro-coccygienne.

M. Sicard. — A côté des injections médicamenteuses intra-arachnoïdiennes, il convient de réserver une place à part aux injections par voie extra-durale sacro-coccygienne. Il est tou-

jours facile, en effet, chez l'homme d'introduire dans le canal sacré, à travers le ligament sacro-coccygien postérieur, une quantité plus ou moins grande de liquide qui, grâce à l'espace compris entre la dure-mère et le canal osseux, vient baigner les troncs nerveux aussitôt après leur émergence de la cavité dure-mérienne.

C'est là, pour le traitement des douleurs névralgiques du bassin et des membres inférieurs, un procédé très supérieur à la méthode des injections sous-arachnoïdiennes.

Faite avec 0 gr. 03 à 0 gr. 04 centigr. de cocaïne dissous dans 5 ou 10 c.c. d'eau salée, l'injection sacro-coccygienne est indolore et d'une innocuité absolue; mais cette dose de cocaïne est insuffisante pour amener l'analgésie des membres inférieurs. Cette méthode ne peut donc être utilisée qu'au point de vue médical et ne saurait avoir d'applications chirurgicales.

Examen cryoscopique des urines du nourrisson à l'état normal et au cours des gastro-entérites.

MM. Laisné et **Prosper Merklen**. — Le nourrisson bien portant émet des urines claires, peu denses et pauvres en éléments constituants; l'absence d'une alimentation chlorurée rend compte de la faible teneur de ces urines en chlorures. Dans ces conditions, le point cryoscopique ne saurait s'éloigner de 0°; il est en moyenne, d'après nos recherches, de — 0°25 dans le premier mois et de — 0°41 entre un et deux mois. Le chiffre moyen exprimant le rapport du point de congélation au taux du chlorure de sodium est de 3,22 dans le premier cas et de 4,47 dans le second.

Au cours des gastro-entérites, les urines changent plus ou moins de caractères physiques et chimiques; elles deviennent hypertoniques, les chlorures diminuent et, par suite, le rapport du point de congélation au taux du chlorure de sodium augmente. Les nombres exprimant le point de congélation et ce dernier rapport sont en moyenne — 1°43 et 6,73 dans les gastro-entérites aiguës graves, et — 0°77 et 5,18 dans les gastro-entérites subaiguës.

Les différences avec la normale sont peu sensibles dans les gastro-entérites aiguës bénignes et dans les formes chroniques. Les modifications semblent donc coïncider avec la stase rénale qui accompagne les poussées aiguës d'entérite.

Des altérations des cylindres-axes dans la sclérose en plaques.

M. Thomas. — Dans trois cas de sclérose en plaques, j'ai constaté une altération primitive, partiellement destructive, des cylindres-axes: une partie des fibrilles cylindraxiles était interrompue au niveau de la lésion, tandis que d'autres poursuivaient leur trajet au delà du foyer, assurant la vitalité de la gaine de myéline et empêchant la dégénération wallérienne de la fibre malade. Il m'a semblé, en outre, qu'un certain nombre de fibrilles cylindraxiles étaient en voie de régénération.

Salivation très abondante à la suite de la suture croisée des nerfs hypoglosse et lingual.

MM. Calugareanu et **V. Henri**. — Le chien que voici a subi au mois de mai dernier la suture du bout périphérique du nerf lingual, sectionné au dessous du point où la corde du tympan s'en détache, avec le bout central du nerf hypoglosse.

Au mois de janvier dernier, nous avons remarqué chez cet animal une salivation exagérée, laquelle a augmenté depuis lors; on observe maintenant que, toutes les fois que ce chien mange, la salive coule en abondance le long des lèvres inférieures. Nous sommes portés à croire, pour expliquer ce fait, que la corde du tympan s'est régénérée aux dépens des fibres du nerf hypoglosse, de sorte que, lorsque l'animal essaie de faire des mouvements de la langue, l'influence nerveuse, partie du centre bulbaire du nerf hypoglosse, arrive par la corde du tympan jusqu'à la glande salivaire qu'elle excite et provoque ainsi une salivation exagérée.

Les altérations des cordons postérieurs dans les tumeurs de l'encéphale.

MM. Thomas et **Lœw**. — Dans deux cas de tumeur de l'encéphale, nous avons observé des lésions des cordons postérieurs. Chez l'un des malades, ces lésions affectaient une topographie radiculaire; chez l'autre, au contraire, les bandelettes radiculaires étaient partout respectées, et les lésions, exclusivement cervicales, augmentaient d'intensité de bas en haut; l'extrémité supérieure des cordons postérieurs et leurs noyaux (noyaux de Goll et de Burdach) étaient complètement envahis.

Traitement des névralgies faciales et de la migraine par des applications de cocaïne sur la muqueuse nasale.

M. Suzor. — Depuis quatre ans, je traite tous les accès de migraine ou de névralgies faciales indistinctement par des applications de cocaïne dans la narine du côté où siège la douleur: pour cela, je prescris au malade d'introduire dans sa narine une boulette de coton hydrophile trempée préalablement dans une solution de cocaïne au dixième.

Sur un total de 70 cas, j'ai obtenu 28 fois, par ce procédé, un soulagement très marqué.

De la teneur du corps thyroïde en iode dans la maladie de Basedow.

M. Gley déclare qu'il résulte de ses recherches que le corps thyroïde normal frais contient environ dix fois plus d'iode que le corps thyroïde hypertrophié des sujets atteints de maladie de Basedow.

M. Schmitt relate plusieurs expériences tendant à démontrer l'innocuité de la saccharine vis-à-vis des fonctions gastriques (1).

M. Thomas fait une communication sur l'*évolution pathologique de la névroglie*.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement du pied plat par le raccourcissement du tendon du jambier postérieur.

Partant de ce fait que l'affaissement de la voûte plantaire ne tarde pas à entraîner un allongement du muscle jambier postérieur, M. le docteur A. Hoffa, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Wurtzbourg, a eu l'idée de pratiquer, chez un garçon de douze ans atteint de tarsalgie avec pied valgus très accusé et aplatissement assez marqué de la plante, le raccourcissement du tendon du muscle en question. Après avoir mis à nu ce tendon au moyen d'une incision de 2 centimètres 1/2 de long, pratiquée au niveau de la malléole interne, et l'avoir sectionné, on en disposa les deux bouts l'un au-devant de l'autre de façon à obtenir un raccourcissement d'environ 3 centimètres et on les sutura à la soie, en ayant soin de maintenir le pied dans une bonne attitude. La réunion de la plaie cutanée fut obtenue par première intention. Immédiatement après l'opération, on appliqua un appareil plâtré qui resta en place pendant un mois. L'opéré a été revu au bout de six mois et on a pu constater que le résultat obtenu par l'intervention se maintient toujours: le pied se trouve dans une position tout à fait normale et le patient n'éprouve jamais la moindre douleur, bien qu'il se livre à des marches prolongées et monte à bicyclette.

D'autre part, M. le docteur F. Frank (de Cologne) a relaté naguère l'observation d'un cas de pied plat rachitique, pour lequel M. le professeur Bardenheuer, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Cologne, a suturé avec succès le tendon du tibial postérieur à celui du tibial antérieur, en raccourcissant en même temps le ligament latéral interne du pied.

Enfin, M. le docteur F. Franke, médecin en chef du «Diakonissenhaus Marienstift» de Brunswick, a tout récemment pratiqué, chez une jeune fille atteinte depuis deux ans d'une tarsalgie rebelle, le raccourcissement du tendon du jambier postérieur, et cette intervention a, ici encore, donné un excellent résultat.

Ces trois faits méritent d'autant plus d'être pris en considération que la cure du pied plat par des moyens purement orthopédiques, même associés à la gymnastique et au massage, nécessite toujours un laps de temps très long.

La médication cinnamique dans les tuberculoses chirurgicales.

Les résultats obtenus par M. Landerer dans le traitement de la tuberculose, et surtout de la phtisie pulmonaire, par l'injection intraveineuse de cinnamate de soude, ont engagé M. le docteur Niehues (médecin militaire allemand) à faire, à la clinique chirurgicale de Bonn, des expériences sur l'action de ce médicament dans les tuberculoses chirurgicales.

Ses recherches ont porté sur 66 malades de tout âge, la plupart atteints de tuberculose osseuse. Dans la majorité des cas, l'appétit augmenta et l'état général parut influencé très favorablement. Notre confrère pense toutefois que le régime hospitalier pourrait avoir contribué dans une certaine mesure à cette amélioration. Dans aucun cas, le traitement ne détermina d'albuminurie.

Quant aux injections de cinnamate de soude dans le tissu tuberculeux, M. Niehues dut y renoncer à cause des douleurs qu'elles causaient. Il injecta, par contre, de la glycérine iodoformée à 10 % ou un mélange d'iodoforme et de crésol cinnamique dans les cavités articulaires tuberculeuses ou dans les abcès froids, associant ainsi le traitement iodoformique au traitement cinnamique. Les plaies tuberculeuses ouvertes furent traitées également par le mélange de crésol cinnamique et d'iodoforme. On n'eut recours à l'intervention chirurgicale que dans les cas où le traitement conservateur avait échoué.

Le nombre des décès fut de 9, celui des résultats insuffisants de 12; 15 malades furent améliorés et 26 guéris; dans 4 cas le résultat ultérieur est inconnu. En comparant ces chiffres à ceux que lui ont donnés des sujets soumis uniquement au traitement iodoformique, notre confrère conclut que la méthode de Landerer fournit un nombre plus considérable de guérisons et, par contre, moins d'améliorations.

Nouveau procédé d'extirpation des vésicules séminales et du canal déférent.

Les résultats relativement peu favorables que donne la simple castration dans le traitement de la tuberculose testiculaire doivent engager les chirurgiens, d'après M. le docteur H. Young (de Baltimore), à extirper plus fréquemment le canal déférent tout entier avec les vésicules séminales, notamment quand les deux testicules sont atteints. A son avis, la voie abdominale devrait toujours être choisie, les voies périnéale et sacrée étant insuffisantes. Voici comment procède notre confrère:

On commence par faire le cathétérisme des uretères si la vessie est indemne de tuberculose. Puis on mène une incision abdominale sur la ligne blanche, remontant au-dessus de l'ombilic et se terminant en haut par une incision transversale destinée à agrandir le champ opératoire. En cas de tuberculose vésicale, on pratique alors la cystotomie suivie du cathétérisme des uretères, puis on décolle le péritoine sur la face postérieure de la vessie, on isole les vésicules séminales et les canaux déférents en poursuivant ces derniers jusqu'à l'anneau inguinal interne. On les extirpe enfin au moyen d'une incision transversale faite au niveau de la partie supérieure de la prostate, et on termine l'opération par l'ablation des deux testicules et de la partie des canaux déférents non extirpée par la voie abdominale.

M. Young a pratiqué jusqu'à présent deux fois cette intervention avec un succès opératoire immédiat; mais il n'indique pas les résultats définitifs, et ceux-ci pourraient seuls justifier une mutilation aussi étendue.

(1) A propos de la saccharine, nous signalerons qu'un projet de loi relatif à ce produit a été discuté en première lecture au Parlement allemand le 22 avril 1901. Ce projet de loi, à l'encontre de la loi impériale de 1898 qui permet, sous certaines conditions, l'addition de saccharine aux produits alimentaires, sauf pour les vins, bières, conserves, liqueurs, etc., défend d'une manière absolue le mélange de cette matière sucrante à toute denrée, de quelque nature qu'elle soit, et n'autorise la vente et l'emploi de la saccharine que dans un but thérapeutique ou pour l'usage privé. De plus, pour arriver à faire disparaître la saccharine du commerce intérieur — à cause de la concurrence qu'elle fait au sucre —, le gouvernement propose d'imposer ce produit à raison de 100 fr. le kilo. — N. D. L. R.

CHIRURGIE PRATIQUE

La déviation chirurgicale du sang de la veine porte.

Depuis que, sous l'inspiration du professeur Talma (d'Utrecht), Meulen et Schelkly ont tenté, l'un en 1889, l'autre en 1891, de guérir l'ascite en créant des anastomoses vasculaires entre le péritoine et les muscles de la paroi abdominale, de façon à détourner de la veine porte, plus ou moins imperméable, une partie du sang qui lui est normalement destiné, des interventions analogues ont été pratiquées, à diverses reprises, par quelques chirurgiens, parmi lesquels nous citerons Lens (1892), Drummond et Morison (1896), Morison (1899); ces faits ayant été exposés naguère dans ce journal même (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 435), il nous paraît inutile d'y insister ici; mais ce que nous voulons rappeler, c'est que la légitimité de ce mode de traitement a été démontrée expérimentalement par Tillmann (1) d'abord, puis par Bozzi (2).

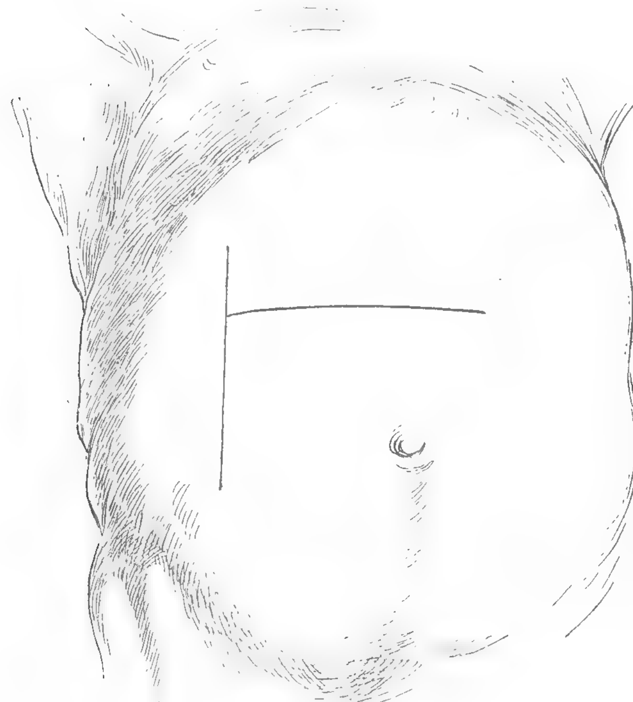


Fig. 1.

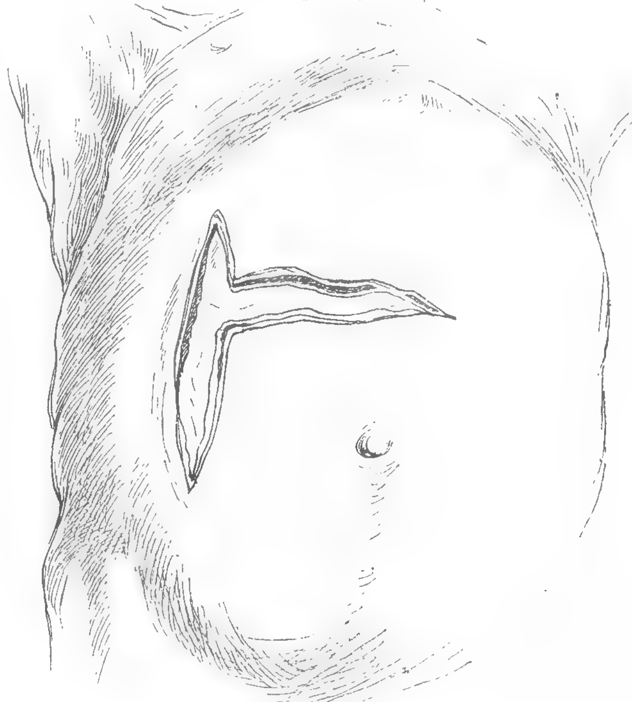


Fig. 2.

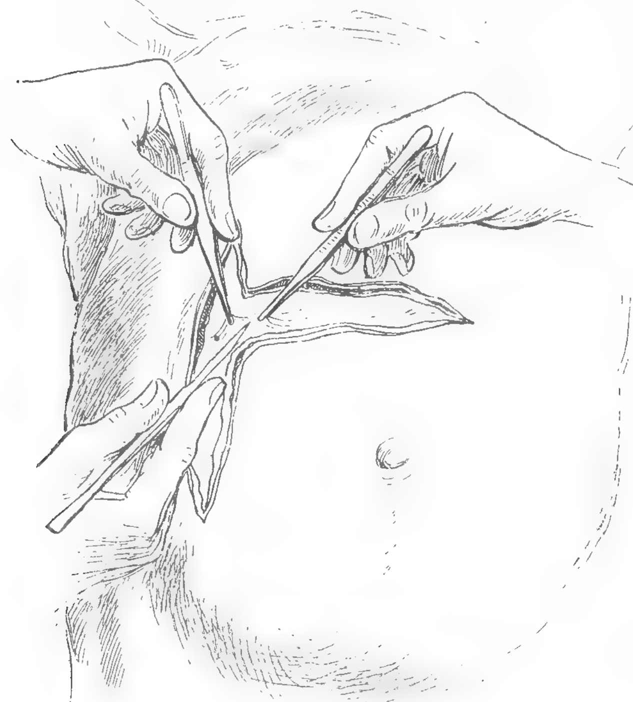


Fig. 3.



Fig. 4.

Toutefois, les moyens d'amener directement au cœur le sang provenant de l'intestin, sans lui faire traverser la glande hépatique, sont multiples, et la technique en est mal fixée; aussi qu'il me soit permis de décrire un procédé que j'ai imaginé et dont j'ai pu, dans deux cas, reconnaître les avantages. Je propose de l'appeler *déviation chirurgicale du sang de la veine porte;* les deux dénominations généralement adoptées pour ce genre d'interventions, *traitement chirurgical des cirrhoses* et *cure de l'ascite*, me paraissent, en effet, également impropres, la première parce que les opérations dont il s'agit sont indiquées dans d'autres affections que les cirrhoses, la seconde parce que la simple paracentèse de l'abdomen constitue aussi une cure de l'ascite.

I

Le procédé que je préconise consiste essentiellement à étaler et à fixer le grand épiploon au-dessus du péritoine pariétal, au-dessous d'un lambeau composé de la peau, du fascia superficiel et des muscles de la paroi.

Il comprend les temps suivants :

Premier temps. — *Incision de la paroi.*

On trace, sur le prolongement de la ligne mamelonnaire droite, une incision *para-hépatique* verticale, longue de 15 à 20 centimètres, qui commence au niveau du rebord costal et se dirige vers la fosse iliaque; une seconde incision, perpendiculaire à la première, s'amorce sur celle-ci à l'union de son tiers supérieur et de son tiers moyen, et va se terminer à l'épigastre, à quelques centimètres au delà de la ligne médiane (*fig. 1*).

Après avoir ainsi incisé la peau, on sectionne de même le fascia et les muscles, et on ne s'arrête qu'au péritoine pariétal (*fig. 2*).

Deuxième temps. — *Ouverture de la cavité abdominale.*

On saisit le péritoine entre deux pinces à dissection, et on y pratique au bistouri une petite boutonnière (*fig. 3*) qui permet au liquide de s'écouler lentement; ceci fait, on sépare d'avec le péritoine les deux lambeaux triangulaires musculo-cutanés précédemment délimités, et on les rejette l'un vers le haut, l'autre vers le bas, où ils sont maintenus par deux pinces de Kocher; puis on ouvre la séreuse suivant les lignes d'incision des téguments.

A ce moment, on examine soigneusement le foie (surtout au niveau du hile), ainsi que les autres viscères abdominaux, et l'on vérifie l'existence des indications opératoires.

Troisième temps. — *Extériorisation du grand épiploon.*

On attire alors dans la plaie transversale la plus grande quantité possible d'épiploon, et on suture tout autour le péritoine par des points séro-séreux détachés (*fig. 4*), en ayant grand soin de ne pas comprendre de vaisseaux dans les anses de fil. Un large lambeau épiploïque est ainsi rendu extra-péritonéal.

Quatrième temps. — *Fixation du grand épiploon entre les muscles abdominaux et le péritoine.*

La portion d'épiploon que l'on vient d'isoler est étalée entre les muscles de la paroi et le péritoine et frottée avec un tampon de gaze imbibé de la solution de sublimé au millième, afin de détruire le revêtement endothélial et de favoriser de la sorte la formation d'adhérences: mais ces frictions doivent être légères, de façon qu'il ne se produise pas des adhérences trop solides : celles-ci, loin d'activer le développement des vaisseaux de nouvelle formation, y porteraient obstacle. Puis, les extré-

(1) Tillmann. Ueber die chirurgische Behandlung des Ascites. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 mai 1899.)

(2) Bozzi. Contributo alla fisio-patologia del fegato.

mités du lambeau épiploïque sont fixées au moyen de deux ou trois points de catgut (*fig.* 5).

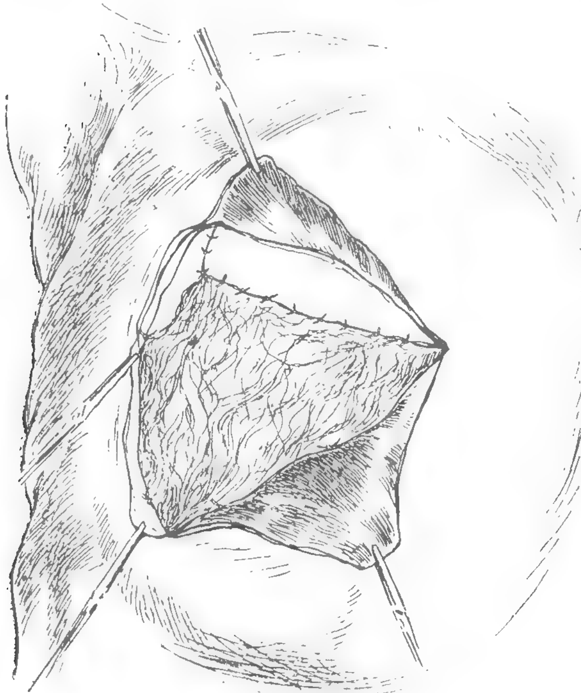


Fig. 5.

CINQUIÈME TEMPS. — *Suture des lambeaux musculo-cutanés.*

On procède enfin à la suture à deux étages des lambeaux musculo-cutanés; j'emploie généralement, pour la réunion des muscles et du fascia, du catgut un peu fort, et je fais des points assez rapprochés (*fig.* 6); la peau est suturée à la soie nº 5. Tout drainage me paraît inutile.

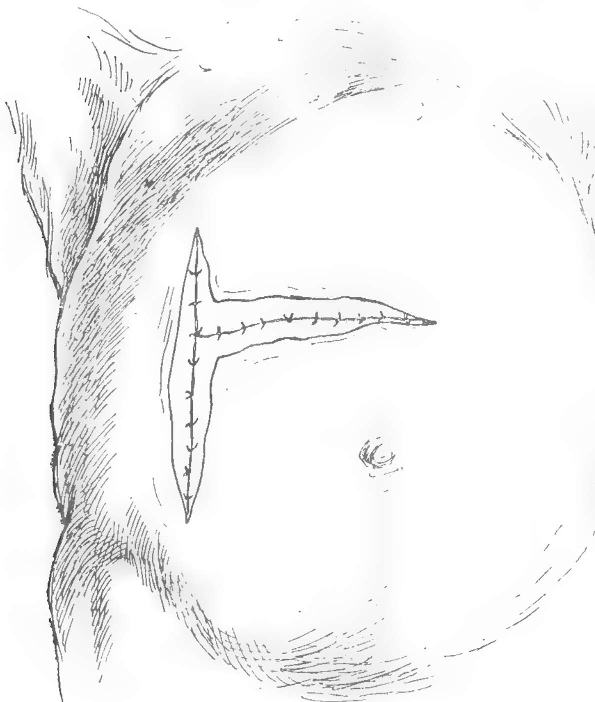


Fig. 6.

II

Il me reste à justifier ma façon de procéder.

La raison pour laquelle je préconise une incision verticale para-hépatique est que cette incision permet, ce qui est essentiel, d'examiner attentivement le foie, et surtout la région du hile; l'incision horizontale a pour but de rendre possible un étalement large de l'épiploon, sans que celui-ci soit ni tordu ni comprimé.

Mais le principe essentiel de ma méthode est la fixation du lambeau épiploïque entre les muscles et le péritoine, et non entre la peau et les muscles, comme ont fait la plupart des chirurgiens qui ont pratiqué des opérations de ce genre. A cela, je trouve plusieurs avantages; d'abord, on peut suturer avec soin et complètement le fascia, ce qui met à l'abri des éventrations toujours à craindre quand on ne prend pas cette précaution (1); en outre, le but de l'opération est de mettre les vaisseaux mésentériques en rapports aussi étroits que possible avec les vaisseaux abdomino-thoraciques, c'est-à-dire avec les origines des veines mammaires internes et épigastriques; or, les origines principales de ces veines se trouvent, non sous la peau, mais dans la couche *sous-musculaire.*

Enfin, puisque nous cherchons à détourner le sang portal soit vers les mammaires et les azygos, soit vers les épigastriques et l'iliaque, il me semble qu'il serait utile, dans certaines cirrhoses — et autant que ce serait praticable —, d'utiliser dans ce but le second des groupes veineux portes accessoires décrits par Sappey, c'est-à-dire les veinules qui proviennent du fond de la vésicule biliaire, en suturant cette dernière à la paroi et en drainant sa cavité.

Je crois inutile, et même dangereux, de drainer la cavité péritonéale, tant par la plaie opératoire que par une contre-ouverture pratiquée plus ou moins loin, et cela pour deux raisons : d'une part, le drainage prédispose beaucoup aux éventrations secondaires; et, d'autre part, surtout dans les maladies dont nous nous occupons, le drain est une voie fréquente d'infection; c'est ainsi que l'opéré de Weir succomba le cinquième jour à une péritonite généralisée consécutive à une infection à travers le drain (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 436).

III

J'ai eu trois fois l'occasion de pratiquer la déviation chirurgicale du sang de la veine porte, dont 2 fois par le procédé que je viens de décrire; il ne me paraît pas inopportun de rapporter très brièvement ces observations, car le nombre des cas opérés jusqu'ici d'une façon plus ou moins analogue n'excède pas vingt.

La première est relative à un homme atteint d'une symphyse péricardique ayant déterminé une cirrhose bi-veineuse par congestion passive; l'ascite était considérable. Aussitôt après l'opération, le liquide se reproduisit; mais peu à peu, à mesure que la circulation complémentaire se développa, l'épanchement disparut; il ne s'est pas reformé depuis deux ans. L'amélioration est assez considérable pour que cet homme puisse goûter un bien-être qu'il ne connaissait plus.

Dans le deuxième fait, il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans, affecté, depuis l'âge de treize ans, d'une cirrhose nodulaire infectieuse (2) accompagnée d'une ascite qui se reproduisait aussitôt évacuée; aussi pensai-je qu'un des nodules de sclérose devait comprimer une des plus grosses ramifications de la veine porte, ou que peut-être le tronc veineux lui-même, avant son entrée dans le foie, était le siège d'une thrombose. Après l'opération, la sérosité se reforma en telle abondance qu'au cinquième et au dixième jour elle transsuda à travers la plaie opératoire; néanmoins, la cicatrisation se fit bien, et actuellement le sujet, qui ne pesait avant l'intervention que 54 kilogrammes, malgré une ascite considérable, pèse 66 kilogrammes avec quelques centimètres cubes à peine de liquide dans son péritoine.

Je dois signaler qu'entre la troisième et la quatrième semaine après l'opération, cet individu fut pris, à la suite de l'ingestion d'aliments albuminoïdes (œufs crus), de dyspnée, d'angoisse, de sueurs profuses, ainsi que d'une légère élévation de température; des accidents semblables ont été signalés chez les chiens porteurs d'une fistule d'Eck; ils disparurent avec le retour à un régime surtout hydrocarboné. Vers la même époque, la sécrétion urinaire augmenta d'une façon notable, et au bout d'un mois il y avait une véritable polyurie (3,500 c.c. par jour).

Il y a dans cette observation un fait d'une grande importance au point de vue biologique : c'est que chez l'homme, tout comme on l'a constaté chez l'animal, la vie est compatible avec un foie dont le fonctionnement est extrêmement réduit; elle montre en outre que, grâce à l'emploi prépondérant des hydrates de carbone dans l'alimentation, un individu ayant subi la déviation chirurgicale du sang de la veine porte peut recouvrer un certain bien-être et augmenter de poids.

Le cas pour lequel je n'employai pas mon procédé concerne une femme ayant une cirrhose probablement paludéenne, avec ascite abondante. Ici, le résultat fut moins net, sans doute parce que l'épiploon ne fut pas suturé sous les muscles, et parce que la cirrhose était déjà fort avancée quand j'intervins; néanmoins l'amélioration fut notable : cette femme se maintient dans un état général satisfaisant et peut sans difficulté vaquer à ses occupations.

IV

En ce qui concerne les *indications* de la déviation du sang de la veine porte, elles dépendent surtout de la gravité et de l'ancienneté des lésions hépato-portales : c'est ainsi qu'en cas de congestion passive du foie, l'opération sera extrêmement utile au début des troubles, dès les premiers symptômes de dyssystolie hépatique; contre la cirrhose veineuse commune, il importe de la pratiquer avant que la néoformation conjonctive ait produit dans la glande des dommages trop grands; il en est de même dans les cirrhoses biliaires; ici, il sera préférable de ne pas attendre, pour intervenir, la formation d'un épanchement, et d'établir durant un certain temps le drainage de la vésicule : il existe dans la littérature quelques observations où cette pratique a été suivie de succès.

En tout cas, l'opération que je propose n'offre pas sensiblement plus de dangers qu'une ponction évacuatrice, et elle met à même d'explorer la cavité abdominale en entier; pratiquée avec une bonne technique, elle ne présente ni difficultés, ni dangers immédiats ou lointains. Il est certain que bien souvent elle ne sera que palliative; mais prolonger une existence humaine de quelques années est déjà un beau résultat.

Dr B. SCHIASSI,
Chirurgien des hôpitaux de Bologne.

(1) Je rappelle que, chez l'opérée de Drummond et Morison, on dut intervenir de nouveau, au bout de deux ans, parce qu'il s'était formé, dans la cicatrice de la laparotomie, une hernie incoercible; cette seconde opération fut fatale à la patiente. (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 435.)

(2) Le diagnostic fut vérifié par l'examen histologique de petits fragments du foie réséqués à l'opération.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des complications oculaires de la variole.

On sait que, parmi les nombreuses complications de la variole, celles qui se manifestent du côté de l'appareil de la vision sont particulièrement redoutables. Avant la découverte de Jenner, près de la moitié des aveugles devaient leur infirmité à la variole, et, si la diffusion de la vaccine a eu pour résultat de diminuer, dans des proportions considérables, la fréquence de cette fièvre éruptive, il n'en reste pas moins que, même de nos jours, le praticien peut encore être appelé à compter avec l'ophtalmie variolique; or, les traités classiques sont singulière-

ment sobres de renseignements en ce qui concerne la thérapeutique des complications oculaires de la variole.

Les observations faites au cours de quelques épidémies récentes viennent fort heureusement de combler cette lacune regrettable. MM. les docteurs J. Courmont, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon, et E. Rollet, chirurgien des hôpitaux de la même ville, ont eu à soigner près de 800 varioleux, parmi lesquels un certain nombre furent atteints de complications du côté des yeux. Au début de l'épidémie, nos confrères lyonnais s'en tinrent au traitement banal des suppurations oculaires, pratiquant des lavages avec diverses solutions antiseptiques, des injections sous conjonctivales de sublimé et, au besoin, la kératotomie; malgré toutes ces interventions, deux jeunes filles devinrent complètement aveugles. Aussi, dans la période suivante, eurent-ils recours d'une façon systématique chez tous les varioleux, à la moindre alerte du côté des yeux, à des instillations d'une solution de bleu de méthylène à 2 ‰, répétées plusieurs fois par jour. Sur 45 cas de conjonctivite ou de kératite varioliques qui furent traités par ce procédé, on n'eut à enregistrer aucune altération de la vision. Une fois seulement, on vit se développer une complication intra-oculaire purulente : il s'agissait d'un homme de quarante et un ans, chez lequel les pustules périkératiques furent suivies d'un abcès cornéen avec hypopyon des deux côtés; là encore, on se borna, pour tout traitement, à instiller fréquemment dans le courant de la journée le collyre au bleu de méthylène, et le pus grumeleux de la chambre antérieure ne tarda pas à se résorber, en même temps que la vision redevenait parfaite de chaque côté.

Il résulte des observations de MM. Courmont et Rollet que les instillations de bleu de méthylène possèdent à l'égard de l'ophtalmie variolique un pouvoir prophylactique analogue à celui des instillations de nitrate d'argent contre l'ophtalmie blennorrhagique. De plus, grâce à son action microbicide, le bleu de méthylène jugule rapidement toute suppuration kérato-conjonctivale variolique au début, de sorte qu'aux premières heures qui suivent l'apparition des complications oculaires, les instillations de ce médicament constituent une véritable méthode de traitement abortif.

Dans les cas où l'on aurait affaire à des lésions cornéennes plus avancées, il serait probablement préférable de remplacer ces instillations par des injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène, telles que M. Rollet les a récemment préconisées contre les kérato-conjonctivites banales (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 64). D'autre part, en pareille occurrence, les injections sous-conjonctivales de bichlorure de mercure ne sont pas non plus à dédaigner, comme le montre le fait suivant, observé par M. le docteur Marc Dufour, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Lausanne :

Chez une femme de vingt-huit ans, on vit survenir, à la fin de la période éruptive d'une variole à évolution prolongée, une inflammation suppurative du côté de la cornée droite, avec desquamation épithéliale, tuméfaction de la conjonctive et sécrétion abondante de mucopus. On fit des lavages fréquents à l'eau bouillie et des instillations de sublimé et de pilocarpine; mais l'état de l'œil ne tarda pas à s'aggraver à tel point que la perte de la vision paraissait absolument imminente (hypopyon atteignant le tiers inférieur de la chambre antérieure, opalescence et infiltration de toute la cornée, etc.). C'est alors qu'en désespoir de cause on se décida à pratiquer une injection sous-conjonctivale de bichlorure de mercure. Après cocaïnisation, on injecta environ 0 c.c. 3 d'une solution de sublimé à 0.5 ‰. Les progrès du mal paraissant enrayés sous l'influence de cette intervention, on fit, les jours suivants, deux nouvelles injections, à la suite desquelles l'hypopyon ne tarda pas à disparaître; la cornée se clarifia et, au bout d'une quinzaine de jours, la cicatrisation de la partie ulcérée était complète avec intégrité du champ visuel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 avril 1901.

De la méthode conservatrice à la suite des traumatismes par armes à feu.

M. Delorme présente un soldat qui reçut accidentellement, presque à bout portant, un coup de feu au niveau du bras droit. La balle fractura l'humérus, abrasa l'artère humérale, puis, pénétrant dans l'avant-bras fléchi, fit éclater les chairs depuis le pli du coude jusqu'au poignet, en dilacérant la radiale vers le milieu de son trajet.

L'humérale et la radiale sectionnées fournirent une hémorrhagie immédiate abondante, qui fut arrêtée par la compression d'abord, et ensuite par la ligature des bouts supérieurs et inférieurs de ces deux vaisseaux.

Ayant constaté que la fracture comminutive de l'humérus appartenait à la variété dite « par gouttière », on se mit en devoir d'enlever les esquilles libres situées dans le canal de sortie ostéo-musculo-cutané du projectile. Le membre fracturé fut alors immobilisé dans une gouttière à valves permettant d'assurer facilement le pansement de la plaie antibrachiale.

Le foyer de la fracture suppura peu et la consolidation eut lieu dans les délais habituels.

Quant à la plaie de l'avant-bras — dont la peau s'était sphacélée en grande partie —, on la laissa d'abord se déterger pendant deux semaines sous des pansements antiseptiques, puis, pour en rétrécir l'étendue, on attira les bords de la peau au moyen d'une série de fils en anse.

Grâce à la traction exercée par ces fils, on put, au bout de quelques jours, réunir directement la plaie par des sutures entrecoupées au crin de Florence. Un mois après, la cicatrisation était complète.

Actuellement cet homme est complètement guéri; non seulement sa fracture est consolidée, sans déviation axile, sans cal volumineux, mais il peut fléchir l'avant-bras sur le bras jusqu'un peu au delà de l'angle droit. Les mouvements de pronation et de supination sont conservés comme ceux de flexion et d'extension du poignet. Les mouvements de la main et des doigts ont subi un léger déficit fonctionnel portant seulement sur la flexion des dernières phalanges.

Nature et traitement de la goutte.

M. Morel-Lavallée. — On admet aujourd'hui que la goutte est liée à la précipitation au sein de l'organisme, et en particulier dans les tissus articulaires, de l'acide urique et de ses sels devenus insolubles. Mais les causes de cette insolubilité, le pourquoi et le comment de cette précipitation étaient restés jusqu'ici autant d'énigmes.

J'ai eu l'occasion d'observer récemment un malade atteint d'une lymphangite ulcéro-calcifiante de la peau, chez lequel j'ai pu assister à la formation de dépôts et d'infiltrations calcaires constitués non pas, comme je m'y attendais, par de l'urate acide de soude, mais par du phosphate de chaux uni à du carbonate de chaux et à quelques parcelles de sulfate de chaux.

Le coefficient normal de l'acidité de l'urine de ce malade ayant été trouvé en déficit d'un tiers, je lui prescrivis de l'acide phosphorique : en moins de quatre jours, aux particules micacées succédèrent des grumeaux transparents de matières gélatiniformes, tandis que l'on voyait s'affaisser et redevenir perméables les lymphatiques de la peau, siège de la précipitation des phosphates tribasiques.

On peut conclure de ce fait que la goutte est due, au moins dans un certain nombre de cas, à la précipitation dans nos organes ou nos tissus de phosphate tribasique de chaux.

Strabisme chez les nouveau-nés.

M. Scrini lit une note dans laquelle il établit que, sur 136 nouveau-nés de un à quinze jours qu'il a observés à la clinique Baudelocque, 60 présentaient un strabisme convergent alternant et périodique. Quarante d'entre eux appartenaient à des mères primipares, 10 à des secondipares et 10 à des multipares.

A la clinique Tarnier, sur 120 nourrissons âgés de quinze jours à six mois, M. Scrini en a trouvé 37 qui étaient atteints de strabisme. De ces 37 enfants, 18 étaient issus de primipares, 13 de secondipares et 6 de multipares.

Il semble résulter de ces observations que le strabisme congénital est assez fréquent et que sa fréquence est plus grande chez les enfants des primipares que chez ceux des multipares.

Pseudo-lithiase intestinale d'origine médicamenteuse.

M. de Langenhagen (de Plombières) communique l'observation d'une femme de quarante huit ans qui, depuis un an, expulsait presque tous les jours par les fèces deux ou trois calculs assez volumineux, de couleur gris jaunâtre, d'aspect calcaire et qui étaient constitués par un mélange de bicarbonate de soude, de carbonate de chaux et de carbonate de magnésie. Ces calculs avaient la même composition que des cachets médicamenteux que la malade prenait depuis très longtemps pour combattre des accidents dyspeptiques, et il suffit d'en suspendre l'usage pour faire disparaître les calculs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 avril 1901.

Résultats immédiats et éloignés de la suture des nerfs.

M. Reynier. — J'ai soigné en 1890 un homme présentant, comme le malade qui a fait l'objet de l'observation de M. Morestin (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 142), une section de la branche postérieure du radial. J'agrandis la plaie extérieure et je pus suturer les deux bouts du nerf sectionné. Au bout d'un mois, non seulement la paralysie radiale n'était nullement améliorée, mais encore il existait une paralysie réflexe du cubital et du médian, qui fut, d'ailleurs, passagère. Quant aux fonctions du nerf radial, elles ne se sont rétablies que douze mois après mon intervention.

En revanche, dans un cas de suture immédiate du sciatique poplité externe, sectionné au niveau du col du péroné au cours d'une intervention chirurgicale, j'ai vu le retour des fonctions du nerf se produire rapidement.

M. Quénu. — J'ai pratiqué un certain nombre de sutures nerveuses et j'ai toujours été frappé du retard dans le rétablissement des fonctions des nerfs en cas de suture tardive. Pour les sutures du radial, elles sont généralement pratiquées de bonne heure, mais il n'en faut pas moins plusieurs mois pour que la motilité revienne. Un malade que j'avais opéré pour une pseudarthrose de l'humérus en employant une plaque d'aluminium fit, quinze jours après avoir quitté l'hôpital, une chute dans laquelle son nerf radial fut sectionné par la plaque métallique; quatre mois après la suture du nerf, que j'avais pratiquée sans retard, ses fonctions étaient complètement rétablies. Dans 3 autres faits de suture précoce du nerf radial, j'ai constaté également le retour des fonctions nerveuses après quatre mois environ.

M. Routier. — J'ai eu l'occasion d'observer un exemple de suture du nerf cubital où il n'a pas fallu moins de huit mois pour le rétablissement des fonctions du nerf.

M. Delbet. — Dans le cas de suture du sciatique poplité externe que M. Reynier vient de nous communiquer, il serait important de savoir exactement au bout de combien de temps les fonctions motrices se sont rétablies.

M. Reynier. — C'est un mois après la suture qu'on a pu constater le retour de la motilité.

L'analgésie cocaïnique par voie rachidienne.

M. Chaput. — J'ai fait environ 51 cocaïnisations lombaires suivant la technique préconisée par M. Tuffier; 35 fois l'anesthésie a été parfaite; 5 fois elle a été nulle et l'on a dû recourir au chloroforme; dans les autres cas elle a été seulement assez bonne. Je dois dire toutefois que, depuis un mois, je n'ai pas eu un seul in-

succès, ce qui tient peut-être aux perfectionnements de la technique employée.

D'une manière générale, on peut dire que l'anesthésie remonte d'autant plus haut que la dose employée est plus forte; cependant il y a des exceptions à cette règle, et j'ai vu quelquefois, après l'injection d'une dose faible, l'anesthésie s'étendre plus haut qu'après l'injection d'une dose élevée.

Je n'ai jamais observé d'accidents graves, consécutivement à la cocaïnisation lombaire, en dehors de l'élévation de la température, des vomissements et de la céphalalgie.

Corps étrangers des voies aériennes.

M. Peyrot. — Je suis chargé de vous rendre compte de plusieurs observations de corps étrangers des voies aériennes qui nous ont été communiquées par M. Moure (de Bordeaux). Dans les deux premiers faits, il s'agit de corps étrangers fixés dans le larynx; pour l'un d'eux, une épingle à cheveux aspirée par une jeune fille de vingt ans, l'extraction put être faite par les voies naturelles; dans l'autre cas, le corps étranger était un crochet qui dut être retiré par la thyrotomie. Enfin, dans une troisième observation, une longue aiguille ayant pénétré jusque dans la bronche gauche, chez une femme de quarante-cinq ans, fut expulsée spontanément.

De la résection diaphysaire primitive dans les fractures par coup de feu.

M. Delorme. — D'une façon générale, dans toutes les fractures ouvertes, les esquilles doivent être conservées aussi complètement que possible; je ne vois donc pas pourquoi on ferait exception pour les fractures diaphysaires. Dans la plupart des fractures par coup de feu, la majorité des esquilles sont adhérentes et il faut les respecter; seules, celles qui sont tout à fait libres doivent être toujours enlevées : elles peuvent l'être facilement par l'orifice de sortie du projectile, au niveau duquel on les rencontre. Il n'y a guère que pour les fractures diaphysaires par perforation qu'on pourrait songer à la résection primitive, et encore je ne vois pas les avantages que présenterait cette opération.

M. Félizet lit un travail sur *l'orchidopexie*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 avril 1901.

Du purpura chronique de l'angiosclérose.

M. Gaucher. — J'ai décrit autrefois une variété de purpura chronique des membres inférieurs survenant chez des individus dont les capillaires dermiques sont sclérosés.

Je viens d'observer un malade chez lequel ce purpura chronique s'étend à toute la surface du corps; l'éruption a débuté il y a vingt ans aux jambes et ne s'est généralisée que depuis un an. Actuellement, elle est constituée par des taches brunes qui sont le siège d'un prurit assez intense exaspéré par la chaleur du lit. Sur toute l'étendue du tégument, on constate également des varicosités d'un rouge violacé. Pendant le séjour du malade à l'hôpital, nous avons assisté à une poussée de taches purpuriques : d'abord d'un rouge vif, ces taches pâlissent, prennent une coloration brun jaunâtre et se confondent peu à peu avec les macules anciennes.

Cette évolution nous permet d'affirmer que ce purpura chronique est le résultat de suffusions sanguines successives dues à la rupture des capillaires sclérosés du derme; aussi proposons-nous de lui donner le nom de purpura chronique de l'angiosclérose.

M. Barié. — Il y a plusieurs années que j'observe un malade présentant une certaine analogie avec celui de M. Gaucher. Il s'agit d'un artérioscléreux porteur d'une double lésion aortique et chez lequel existe, depuis plus de cinq ans, un purpura chronique siégeant sur la face dorsale des deux pieds et sur la moitié inférieure de la face antéro-externe des deux jambes. Ce purpura permanent prend une intensité extrême à chaque poussée d'hyposystolie.

Néphrite parenchymateuse au cours d'une tuberculose latente.

M. Labbé relate, au nom de M. Castaigne et au sien, l'observation d'un homme de vingt-trois ans qui fut atteint, il y a quatre mois, d'un léger œdème des paupières et des malléoles avec crampes dans les membres, etc. L'examen des urines y décela la présence d'une grande quantité d'albumine. La perméabilité rénale fut trouvée normale par l'épreuve du bleu et par les différentes méthodes d'examen cryoscopique. Ce malade ayant été soumis à l'injection d'un dixième de milligramme de tuberculine, on obtint une réaction positive; quelque temps après, on constatait des craquements au sommet des poumons et l'on trouvait des bacilles dans les crachats. Il s'agissait donc d'une néphrite parenchymateuse d'origine tuberculeuse.

Le principal intérêt de cette observation réside dans ce fait que la néphrite est restée pendant un certain temps la seule manifestation d'une tuberculose latente.

Actinomycose circonscrite de la joue.

M. Gaucher communique, en son nom et au nom de M. Lacapère, l'observation d'une femme de trente-six ans qui présente dans l'épaisseur de la joue droite une tumeur dure, étalée, adhérente à la peau et creusée de nombreuses fistules laissant sourdre un pus chargé de grains jaunâtres. Le microscope a permis de constater dans ce pus le mycélium de l'actinomyces.

La contagion paraît s'être faite directement par la peau de la joue. En effet, la malade a exercé jusqu'en 1895 la profession de bouchère et elle s'occupait surtout de l'examen des animaux qu'elle achetait sur pied. L'inoculation de l'actinomycose semble remonter à cette époque, et a sans doute été favorisée par un violent traumatisme de la joue que cette femme subit alors. La muqueuse buccale était absolument saine, ce qui rend invraisemblable le mode pathogénique habituellement incriminé, à savoir la transmission de l'actinomycose par le mâchonnement d'épis de blé ou d'orge contenant des spores ou des mycéliums d'actinomyces.

Accidents hystériformes liés à la présence d'un tænia.

M. Le Gendre relate l'observation d'une jeune fille présentant un sein hystérique douloureux avec écoulement de sang par le mamelon, et qui guérit complètement à la suite de l'expulsion d'un tænia. En présence de ce fait, l'orateur se demande s'il n'existe pas des accidents hystériformes liés à la présence de parasites, et tout à fait comparables aux accidents épileptiformes qui peuvent survenir dans les mêmes conditions.

Névralgie sciatique guérie par une injection intra-arachnoïdienne de cocaïne.

M. Courtois-Suffit communique un cas de sciatique qui a guéri à la suite de l'injection, sous l'arachnoïde lombaire, de 0 gr. 005 milligr. de cocaïne. Il s'agit d'une femme âgée de quarante-deux ans, atteinte d'une sciatique aiguë qui avait été traitée sans résultat par des pulvérisations de chlorure de méthyle. Deux minutes après avoir reçu une injection de cocaïne, cette malade put se lever et marcher; il ne persiste plus actuellement qu'une légère douleur à la face dorsale du pied.

Hémoglobinurie par urine hémolysante pour les globules humains.

M. Pagniez relate l'observation d'un malade qui eut, au cours d'une néphrite chronique, un accès d'hémoglobinurie. Mais son urine étant capable de détruire les globules sanguins, soit d'individus normaux, soit du malade lui-même, on peut admettre que dans ce cas la destruction globulaire s'est faite dans les voies urinaires : cette hémoglobinurie apparente ne serait qu'une hématurie transformée en hémoglobinurie à cause des propriétés hémolysantes de l'urine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 avril 1901.

Sur une cytotoxine pancréatique.

M. Surmont (de Lille). — Je suis arrivé à préparer un sérum toxique pour la cellule pancréatique en injectant dans la cavité péritonéale de lapins une émulsion de cellules pancréatiques de chien.

Inoculé dans le pancréas de ce dernier animal à des doses variant de 1 à 4 c.c., ce sérum détermine des accidents de gravité variable : mort rapide dans les vingt-quatre heures, mort plus lente survenant du treizième au vingt-deuxième jour après des accidents de glycosurie passagère, ou enfin indisposition transitoire avec rétablissement définitif.

J'ai constaté d'autre part que l'injection sous la peau du lapin d'un mélange d'une émulsion de pancréas de chien et de sérum antipancréatique détermine la production d'eschares très étendues qui font complètement défaut lorsqu'on injecte isolément soit l'émulsion pancréatique, soit le sérum.

Action de l'urine sur les globules rouges dans la pneumonie.

M. Pugnat. — D'après MM. Sabrazès et Fauquet, la propriété que possèdent les urines, chez les sujets soumis au régime lacté, de laquer les globules rouges, serait surtout en rapport avec l'hypochlorurie (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 85 et 109). Or, nous avons constaté que les urines des pneumoniques, lesquelles, on le sait, sont très pauvres en chlorures, ne laquent pas les hématies. Par contre, ces urines possèdent un point de congélation supérieur à celui du sang. C'est donc du degré de concentration moléculaire seulement, déterminé par la cryoscopie, que dépend le mode d'action des urines vis-à-vis des globules rouges, le laquage ne se produisant qu'avec des urines hypotoniques au sang; la teneur en chlorures n'a d'importance, en l'espèce, que parce qu'elle contribue à augmenter ou à diminuer la tonicité de l'urine.

Action de l'alcool sur la sécrétion gastrique.

MM. A. Frouin et **M. Molinier.** — D'expériences que nous avons faites sur des chiens à « estomac séquestré », il résulte que l'hypersécrétion de suc gastrique provoquée par l'alcool n'est pas due, comme on l'a supposé, à une action locale sur les terminaisons nerveuses de la muqueuse gastrique, puisque le dispositif en question a pour effet de faire passer directement les *ingesta* de l'œsophage dans l'intestin; elle ne dépend pas davantage d'une influence psychique (mise en jeu de la sensibilité gustative), car elle survient même quand l'alcool est introduit directement dans le rectum. Force est d'admettre qu'elle est causée par une action spéciale sur le système nerveux, d'autant qu'elle persiste plusieurs jours, alors que l'alcool a été complètement éliminé.

Sur la distribution et le mécanisme de l'anesthésie par injection intra-rachidienne de cocaïne.

MM. Pitres et **Abadie** (de Bordeaux). — MM. Tuffier et Hallion ont conclu d'expériences pratiquées sur des chiens que l'injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire doit presque exclusivement ses effets anesthésiques à son action sur les racines postérieures (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 427). Telle est aussi la conclusion à laquelle nous sommes arrivés en étudiant chez l'homme la manière dont débute, se propage et se localise la rachi-cocaïnisation. Si la moelle était en cause, l'analgésie affecterait une disposition nettement métamérique, ce qui n'est pas le cas.

M. Hallion. — Il est bon de préciser qu'il s'agit ici uniquement de l'action anesthésiante de la cocaïne injectée dans le liquide céphalo-rachidien à dose faible, comme c'est le cas chez l'homme.

En dehors de l'anesthésie, on note certains effets d'excitation motrice; telle est, par exemple, l'augmentation de la contractilité utérine, qui, d'après M. Doléris, exerce au cours de l'accouchement une influence eutocique; ces effets sont dus à ce que la cocaïne, agissant sur l'axe gris à dose excessivement faible, y détermine une stimulation.

Injections extra-durales par voie sacrée.

M. Cathelin dit avoir pratiqué très facilement, chez l'homme, plusieurs injections de cocaïne par la voie sacro-coccygienne selon le procédé indiqué par M. Sicard dans la précé-

dente séance. Il croit ce procédé appelé à remplacer avantageusement, au point de vue médical, la méthode des injections sous-arachnoïdiennes. Les liquides injectés par la voie sacrée fusent dans le tissu cellulaire, remplissent l'espace compris entre la paroi osseuse et la dure-mère, et viennent ainsi baigner les troncs nerveux immédiatement avant leur pénétration dans les trous de conjugaison.

M. Ribaut communique le résultat d'expériences démontrant que la caféine exerce une action manifeste sur l'excrétion azotée, action qui dépend de la quantité ingérée : à dose faible, la caféine diminue cette excrétion ; à doses plus fortes, elle l'augmente.

DIX-NEUVIÈME CONGRÈS ALLEMAND

DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Berlin du 16 au 19 avril 1901.

(Suite et fin. — Voir nos deux précédents numéros.)

Les causes de la porencéphalie.

M. von Kahlden. — Il est hors de doute que la porencéphalie puisse être causée par une oblitération vasculaire, thrombose ou embolie artérielle. En effet, on observe parfois chez l'adulte atteint d'artériosclérose des lésions de la substance cérébrale présentant les plus grandes analogies avec la porencéphalie; cette ressemblance est encore plus frappante en ce qui concerne les altérations déterminées par une embolie artérielle et, en pareil cas, si les renseignements sur le malade font entièrement défaut, il peut être extrêmement difficile d'apprécier exactement la nature des lésions.

On a voulu appliquer ces notions à la genèse de la porencéphalie de l'enfance, que l'on a attribuée à une oblitération vasculaire congénitale. Un fait plaide en faveur de cette hypothèse : c'est que la porencéphalie infantile, tout comme les lésions de l'adulte dont nous venons de parler, intéresse généralement la région de l'artère sylvienne; il faut toutefois remarquer que dans la porencéphalie de l'enfance les ganglions centraux sont fréquemment indemnes, ce qui n'est d'ordinaire pas le cas chez l'adulte. En outre, on n'a jamais constaté directement chez l'enfant soit une embolie, soit la thrombose d'une ramification de l'artère sylvienne. Enfin le seul facteur auquel on pourrait, à la rigueur, rapporter la production de ces altérations vasculaires est la syphilis congénitale; or, nous ne possédons actuellement qu'une seule observation indiscutable de lésion artérielle syphilitique chez un nouveau-né.

Le traumatisme est une cause plus importante de porencéphalie. Depuis un certain temps, on a publié de nombreux cas de cette affection, d'origine traumatique. J'ai moi-même observé une porencéphalie double chez un enfant à la suite d'une chute. Chez un autre malade, mort à dix-neuf ans, la porencéphalie pouvait être également imputée à une chute faite à l'âge de neuf mois et qui avait provoqué une fracture du crâne dont une cicatrice osseuse sur le pariétal gauche témoignait encore; la porencéphalie occupait l'hémisphère droit; il s'agissait donc d'une lésion par contre-coup.

En raison de ces faits, je crois qu'on devra accorder, à l'avenir, plus d'attention qu'on ne l'a fait jusqu'ici au traumatisme comme facteur étiologique de la porencéphalie.

Sur les dégénérescences graisseuses.

M. Rosenfeld (de Breslau). — Toutes les dégénérescences graisseuses artificielles (intoxications par la phloridzine, le phosphore, l'arsenic) sont dues, non à une formation de graisse à l'intérieur des cellules, mais à une immigration de globules graisseux dans le protoplasma. On a rapporté cette infiltration graisseuse à l'appauvrissement des cellules en matières protéiques. Toutefois cette hypothèse n'est pas d'accord avec les faits, car on ne peut constater cet appauvrissement. En réalité, ce qui manque à la cellule, c'est le glycogène. En effet, si l'on administre à des animaux intoxiqués par la phloridzine des substances capables de former du glycogène, on observe une disparition rapide de la graisse accumulée dans les cellules hépatiques; de même, on peut empêcher la dégénérescence graisseuse en administrant ces substances en même temps que la phloridzine. L'immigration de la graisse ne se produit pas tant que la cellule contient du glycogène.

Une cellule malade n'est plus susceptible d'infiltration graisseuse; c'est uniquement dans les cellules saines que s'accumule la graisse. On peut vérifier l'exactitude de cette assertion en examinant certaines lésions pathologiques : les infarctus du cerveau contiennent, par exemple, moins de graisse que les parties saines correspondantes. Il est donc faux de croire que la nécrose est capable de produire une accumulation de graisse.

Une cause rare de lésion du nerf récurrent gauche.

M. von Schrötter (de Vienne). — Ortner a publié deux cas de sténose de la mitrale compliquée d'une paralysie du récurrent gauche qu'il attribua à une compression du nerf par l'oreillette dilatée. De mon côté, j'ai observé un cas d'affection cardiaque avec paralysie du récurrent, dont le diagnostic présenta certaines difficultés : nous hésitions entre un rétrécissement pulmonaire, une communication interventriculaire et la persistance du canal artériel; pour expliquer la paralysie du récurrent, nous avions admis l'hypothèse d'Ortner, c'est-à-dire la compression du nerf par l'oreillette gauche augmentée de volume. Or, l'autopsie montra que le récurrent était, en réalité, placé dans l'angle formé par l'aorte et le canal artériel dilaté, et présentait en ce point des signes évidents de compression.

M. Kraus. — La dilatation de l'oreillette est insuffisante pour comprimer le récurrent. J'ai observé un cas de paralysie de ce nerf par compression dans l'angle formé par la branche gauche de l'artère pulmonaire et le ligament artériel.

Contre-indications de la gymnastique et des bains dans certaines affections cardiaques.

M. Schott fait une communication dans laquelle, après avoir insisté sur les précautions à prendre pour la détermination de la tension artérielle au moyen du tonomètre de Gärtner (nécessité de placer la main du patient toujours à la même hauteur et d'opérer dans une pièce suffisamment chaude), il déclare que la tension artérielle, dans les maladies du cœur, se relève d'ordinaire sous l'influence du traitement gymnastique et balnéologique; au contraire, dans l'artériosclérose avancée, les myocardites graves, ainsi que dans les anévrysmes du cœur et de l'aorte, ce traitement a pour effet d'abaisser la tension artérielle; il est alors contre-indiqué.

Nouvelles observations sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu.

M. Singer (de Vienne). — J'ai eu l'occasion d'examiner de façon très complète 5 cas de polyarthrite rhumatismale aiguë terminés par la mort et 2 cas de chorée rhumatismale. Chez tous ces sujets l'exsudat articulaire fut trouvé stérile; par contre, j'ai pu constater, dans les cinq cas de rhumatisme et dans l'un des cas de chorée, des streptocoques soit dans les végétations de l'endocarde, soit dans les tissus périarticulaires, soit dans les amygdales; dans le second cas de chorée, j'ai rencontré le staphylocoque doré en culture pure. L'examen ultérieur du streptocoque isolé a démontré qu'il s'agissait du streptocoque pyogène banal.

Le rhumatisme articulaire doit donc être considéré comme une forme atténuée de pyémie, et nous n'avons pas de raison d'admettre l'existence d'un streptocoque spécifique comme agent de cette affection. Les différences observées par certains auteurs sont dues aux milieux de culture employés.

Pourquoi l'acide chlorhydrique libre fait-il défaut dans le cancer de l'estomac ?

M. Reissner (de Nauheim). — La quantité de chlore total, après le repas d'épreuve, dépend en général, chez les individus sains, du taux de l'acide chlorhydrique, les chlorures ne présentant que des variations peu importantes. Chez les sujets atteints de cancer de l'estomac, on constate, au contraire, une élévation relative et absolue du taux des chlorures ; cette élévation, en rapport avec une augmentation des bases, doit être attribuée à une sécrétion des portions ulcérées de la tumeur, l'ulcération ayant pour effet, d'une part, de neutraliser l'acide libre, de l'autre d'en diminuer la sécrétion. Différents phénomènes qui paraissaient incompréhensibles trouvent ainsi leur explication.

Les causes de la mortalité élevée de la pneumonie franche dans les hôpitaux.

M. Hampeln (de Riga). — La mortalité de la pneumonie est beaucoup plus élevée dans les hôpitaux qu'en ville. Les raisons que l'on a invoquées pour expliquer ce phénomène (gravité habituelle des cas soignés à l'hôpital, influences nocives s'exerçant exclusivement dans les milieux hospitaliers) ne sont pas satisfaisantes. Ce sont des causes externes qu'il faut en réalité incriminer, et parmi elles, en première ligne, le transport défectueux des malades. J'ai pu m'assurer, en effet, que les patients transportés dans de mauvaises conditions succombent dans une proportion beaucoup plus forte que ceux dont le transfert a été effectué avec soin. Il est donc urgent d'organiser le transport des pneumoniques d'une façon aussi parfaite que possible.

Rupture de l'aorte par abcès de la paroi.

M. von Kahlden relate un cas de rupture de l'aorte par un mécanisme peu fréquent : une péricardite purulente avait provoqué la formation d'un abcès dans la tunique externe de l'aorte; la tunique moyenne, usée par l'abcès, avait cédé à la pression intravasculaire et la tunique interne, incapable de résister seule à l'effort, s'était déchirée à son tour.

Dr A. Jaquet,
Professeur à la Faculté de médecine de Bâle.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 27 avril 1901.

Le fer dans le lait de femme et son importance pour le nourrisson.

Dans la séance d'hier de la Société impériale-royale des médecins de Vienne, **M. J. Friedjung** a rendu compte de recherches qu'il a faites sur ce sujet avec M. Jolles, et qui ont porté sur le lait de 19 femmes tout à fait saines, ainsi que leurs enfants. La proportion du fer a varié de 3 milligr. 52 à 7 milligrammes 21 par litre; elle était en moyenne de 5 milligr. 09. De mauvaises conditions hygiéniques, un âge avancé, etc., paraissent constituer autant de causes de la diminution du taux du fer dans le lait.

Il n'y a aucune relation entre la quantité de fer que renferme le lait et le poids spécifique de ce liquide. Le nombre des accouchements est également sans influence à ce point de vue, de même que l'époque de la lactation.

Chez trois femmes, en apparence saines, mais dont les enfants présentaient des troubles chroniques de la nutrition, la proportion de fer contenue dans le lait était inférieure à la normale. Chez quatre nourrices syphilitiques et chez deux autres atteintes d'affections cardiaques, le taux moyen du fer n'était que de 3 milligr. 40 à 3 milligr. 92 par litre. D'après l'orateur, cette diminution de la teneur du lait en fer n'est qu'une des manifestations de l'anémie générale.

D'autre part, les différents mélanges de lait employés pour l'allaitement artificiel et examinés par MM. Friedjung et Jolles ne contenaient que de 1 milligr. 25 à 2 milligr. 58 de fer par litre.

M. Knöpfelmacher fait remarquer que le fer, dans le lait, est intimement uni à la caséine; or, la proportion de celle-ci diminuant au cours de la lactation, le taux du fer doit également s'abaisser.

Cystite avec ulcères vésicaux incrustés de phosphate de chaux.

M. W. Latzko a montré une femme chez laquelle il constata il y a deux ans, au moyen

du cystoscope, l'existence d'une cystite aiguë avec nombreuses ulcérations dont plusieurs étaient incrustées de phosphate de chaux. Ces dépôts calcaires résistèrent à tous les traitements, même aux lavages de la vessie avec des solutions étendues d'acide lactique et d'acide acétique; on put, il est vrai, en enlever une partie avec la curette, mais ils ne tardèrent pas à se reformer. M. Latzko se décida alors à pratiquer la taille hypogastrique et à exciser les ulcères les plus étendus; depuis lors, les dépôts phosphatiques ont complètement disparu. Il s'agit là d'une affection peu connue; l'orateur a observé deux autres faits analogues, mais plus bénins; dans la littérature, on ne trouve qu'un cas semblable, publié par Fenwick.

Extraction de calculs biliaires par la taille lombaire.

M. R. Frank a présenté une femme chez laquelle, au cours d'une néphropexie pour un rein mobile, il fut amené à retirer du canal cystique un volumineux calcul biliaire mesurant 4 centimètres de longueur sur 2 centimètres d'épaisseur.

Il fait remarquer à cette occasion que la partie inférieure du foie est très accessible pendant la taille lombaire, surtout chez les femmes, où cet organe est généralement plus ou moins abaissé par suite de l'usage du corset.

Kératose généralisée intra-utérine.

Dans la séance précédente de la même société, **M. I. Neumann** a montré un fœtus de huit mois, ayant vécu deux jours, dont le corps entier est recouvert de plaques cornées disposées transversalement au niveau du tronc, longitudinalement sur les membres, et radiairement au crâne. Toutes ces plaques sont séparées par de profonds sillons et quelques-unes seulement offrent un commencement d'épidermisation prouvant leur origine intra-utérine; dans la kératose extra-utérine, en effet, le fond des sillons est tapissé par du derme hypérémié. Les enfants atteints de cette affection sont mort-nés ou succombent peu après la naissance.

Rôle des ascarides dans le développement de l'appendicite.

M. Th. von Genser a communiqué l'observation d'un enfant de cinq ans, qui était atteint d'appendicite et de péritonite. A l'opération on trouva l'appendice perforé et distendu par un bol fécal. Trois semaines après, on constata la présence, dans la plaie, d'un lombric long de 30 centimètres; l'administration d'une certaine quantité de santonine provoqua l'expulsion de deux autres nématodes.

Traitement des anévrysmes de l'aorte par les injections gélatinées.

Dans la séance du 24 avril du CLUB MÉDICAL DE VIENNE, **M. Sorgo** a présenté des pièces anatomiques provenant d'un homme de cinquante et un ans, qui a succombé à un anévrysme de l'aorte après avoir été amélioré par des injections d'une solution de gélatine à 4 ou 5 %. A l'autopsie, on trouva une dilatation considérable de la crosse de l'aorte et un anévrysme volumineux du tronc brachio-céphalique. La portion dilatée de l'aorte ne contenait pas de caillots, mais l'anévrysme du tronc brachio-céphalique en était rempli. Dans 5 autres cas d'anévrysme observés par l'orateur, les injections de sérum gélatiné n'ont donné aucun résultat.

Orchite ourlienne en l'absence de toute manifestation parotidienne.

M. Lauterbach communique l'observation d'un homme qui fut atteint subitement d'un gonflement très douloureux du testicule gauche. On ne put constater aucune trace de blennorrhagie; par contre, la rate était augmentée de volume. Quelques jours après, le testicule droit devint à son tour tuméfié et douloureux, puis au bout d'une semaine tout rentra dans l'ordre. L'orateur, en présence de l'évolution de ces accidents, pense qu'il s'est agi d'une double orchite ourlienne survenue en l'absence de toute manifestation du côté de la parotide.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Résultats du traitement chirurgical du cancer des ovaires, par MM. ESTOR et PUECH.

Les auteurs de ce travail ont réuni 372 observations parues dans les mémoires et recueils médicaux français et étrangers; cette statistique comprend seulement les cas où, après être arrivé sur la tumeur soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, l'opérateur a procédé à l'extirpation totale ou partielle du néoplasme. MM. Estor et Puech ont dû, avec Ziegler, compter parmi les tumeurs cancéreuses de l'ovaire un certain nombre de kystes végétants classés sous les dénominations de *tumeurs papillaires carcinomateuses* ou d'*adénocarcinomes*; ils rangent aussi dans le groupe des néoplasmes malins de l'ovaire les *carcinomes*, les *sarcomes*, les *endothéliomes* qu'ils considèrent comme une variété de sarcome, les *tératomes* dont la malignité ne leur paraît pas douteuse, et enfin les *papillomes carcinomateux*.

Envisagées en bloc, ces 372 observations ont fourni 265 guérisons et 107 décès, soit une mortalité opératoire globale de 28 %; mais il convient d'ajouter que, antérieurement à 1881, c'est-à-dire à une époque où l'antisepsie était encore à ses débuts, la mortalité atteignait 52 %, tandis qu'elle s'est abaissée à 26 % au cours de la période comprise entre 1881 et 1890 et à 21 % depuis 1891. Pour le cancer de l'ovaire, comme pour toutes les tumeurs de l'abdomen, l'existence d'adhérences exerce une influence fâcheuse sur la gravité de l'intervention; or, ces adhérences sont surtout fréquentes dans les carcinomes, qui, par suite, fournissent une mortalité plus élevée.

L'étude des *résultats éloignés* repose seulement sur 176 observations; parmi les 265 cas de guérisons opératoires, 89 n'ont pu, en effet, être mis à profit, le sort ultérieur des malades n'étant pas indiqué. Sur les 176 femmes qui, ayant survécu à l'opération, ont été suivies pendant un temps plus ou moins long, 104, soit 59 %, ont présenté des récidives, tandis que 72 en étaient indemnes à l'époque où elles furent vues pour la dernière fois. Dans la moitié des cas environ, la récidive s'est produite en moins de trois mois; dans plus d'un tiers des cas, elle a été constatée de trois mois à un an après l'opération; au total, les rechutes ont atteint, dans la première année, la proportion très forte de 81 %. Quant aux 72 femmes entrant dans la catégorie des opérées exemptes de récidive, 28 ont été suivies moins d'un an, 16 de un à trois ans et 28 plus de trois ans, terme qui peut être considéré comme équivalant à une guérison sinon définitive, au moins suffisamment prolongée. Si nous rapportons ce dernier chiffre au nombre total des 176 malades suivies après leur guérison opératoire, nous obtenons une proportion de près de *16 % de survies sans récidive pendant plus de trois ans*. Si faible qu'elle soit, cette proportion suffit à légitimer l'intervention chirurgicale dans le cas de cancer de l'ovaire. Ajoutons que, parmi les opérées ayant dépassé sans récidive les trois premières années, on en compte 4 qui sont guéries depuis quinze ans ou davantage, 6 depuis plus de dix ans, et 7 depuis plus de cinq ans.

Les relevés de MM. Estor et Puech semblent bien établir la plus grande fréquence des survies prolongées sans récidive dans le cas de sarcomes; tandis que 6 fois seulement, sur 182 cas de carcinome (soit 3.2 %) la survie a été de plus de trois ans, dans les cas de sarcome l'absence de toute récidive au delà de trois ans a été constatée 22 fois sur 183 cas, soit dans la proportion de 12 %. Il convient également de faire remarquer que les survies sans récidive pendant plus de dix ans appartiennent exclusivement aux opérations faites pour sarcome.

En résumé, les résultats obtenus par le traitement chirurgical du cancer de l'ovaire sont suffisants pour que l'opération puisse être tentée quand il n'existe pas de contre-indication. L'ablation de l'ovaire cancéreux ne devra évidemment être pratiquée qu'autant que l'examen clinique, et, au besoin, la laparotomie exploratrice, auront démontré la possibilité d'une exérèse totale. C'est dire que, contrairement à l'opinion de Freund, il faudra s'abstenir toutes les fois que les connexions du néoplasme avec les organes voisins paraîtront trop intimes, que l'on aura constaté l'existence de noyaux métastatiques, ou que, enfin, un mauvais état général pourra faire penser à une généralisation cancéreuse. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, novembre-décembre 1900.) — M. C.

Tormina intestinorum nervosa, par M. VAN DE VELDE-COOSEMANS.

La malade qui fait l'objet du présent travail est une jeune fille de dix-neuf ans, sans antécédents dignes d'être notés. Ayant quitté la campagne pour se placer comme servante, elle habitait la ville depuis quelques mois seulement, quand, une nuit, son sommeil fut brusquement interrompu par un bruit de glouglou se passant dans son ventre et accompagné non de douleurs véritables, mais d'une sensation de malaise affectant surtout l'hypocondre droit.

Ces troubles, d'abord intermittents, n'ont pas tardé à devenir continuels, et ne sont interrompus ni par le sommeil ni par l'ingestion d'aliments. A l'examen local, on remarque que le ventre, fort distendu, est constamment le siège de contractions accompagnées du bruit en question, contractions qui, fait remarquable, se propagent *de bas en haut;* elles intéressent exclusivement l'intestin grêle, le côlon et l'estomac en étant absolument indemnes. Toutes les grandes fonctions s'accomplissent normalement; un peu de diminution de l'appétit et un sentiment de satiété avec pesanteur à la région gastrique au début des repas témoignent seuls d'un léger état dyspeptique; d'ailleurs, la digestion se fait bien. Il n'existe aucun trouble nerveux, notamment du côté de la sensibilité; toutefois, le moral de la malade est assez vivement affecté par l'infirmité dont elle souffre.

Il s'agit là d'un exemple d'une affection peu fréquente, la *tormina intestinorum nervosa*, encore désignée sous le nom de *peristaltische Darmunruhe* (agitation intestinale péristaltique) par les auteurs allemands. Mais ce qui est particulièrement remarquable dans le cas présent, c'est que les contractions se font de bas en haut, c'est-à-dire dans le sens contraire au péristaltisme normal. Il n'existerait dans la science que trois observations d'agitation antipéristaltique de l'intestin; encore, dans un de ces faits, les contractions étaient-elles à la fois péri et antipéristaltiques.

En l'absence de toute cause organique susceptible d'expliquer ce trouble, M. Van de Velde-Coosemans croit devoir lui attribuer une origine nerveuse, voire même hystérique (psychique conviendrait peut-être mieux, étant donné qu'il n'existait aucun stigmate de la grande névrose); et la cause occasionnelle serait représentée par le changement radical survenu depuis peu dans les habitudes et le genre de vie de cette jeune fille.

L'administration de poudres absorbantes étant restée sans résultat, l'auteur prescrivit l'usage de calmants (codéine et belladone), ainsi que la faradisation de l'abdomen; mais la malade étant rentrée presque aussitôt dans sa famille, il ne sait pas quel fut l'effet de ce traitement. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, janvier-février 1901.) — F. F.

Les valvules lacrymales sont-elles suffisantes? par M. A. BERT.

On a observé dans quelques cas d'épistaxis, après le tamponnement des fosses nasales, un reflux du sang par les points lacrymaux; d'autre part, il paraît bien prouvé que certains fumeurs peuvent rejeter de la fumée par la même voie; ces faits, d'ailleurs rares, démontrent de façon péremptoire que, dans certaines circonstances au moins, les valvules lacrymales sont insuffisantes.

Dans le but de vérifier l'existence et de déterminer les conditions de cette insuffisance, M. Bert vient d'entreprendre, au laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine de Lyon, des recherches expérimentales ayant porté sur 9 cadavres pris au hasard mais ne présentant aucune altération des fosses nasales. Le dispositif dont il s'est servi fut des plus simples : il poussait, sous une pression assez considérable, une injection de liquide coloré par l'une des na-

rines, après avoir eu soin de placer de fortes pinces à crans d'arrêt sur l'autre narine, sur l'orifice buccal et sur la partie supérieure de l'œsophage et de la trachée. Sur les 18 appareils lacrymaux qu'il examina ainsi, 15 fois le résultat fut négatif, bien que la pression du liquide injecté eût été parfois assez forte pour déterminer la rupture du tympan; 3 fois, au contraire, un jet filiforme de liquide fit issue par les points lacrymaux. Dans ce dernier cas, l'orifice inférieur du canal nasal fut trouvé large et béant, tandis que dans les expériences négatives il présentait soit un repli muqueux (valvule de Hasner) bien développé, soit une sorte de petit diaphragme perforé d'un fin pertuis. On peut donc conclure de ces recherches que, le plus souvent, les voies lacrymales sont pourvues, à leur extrémité nasale, d'un appareil valvulaire suffisant.

Mais, outre la valvule de Hasner, on a décrit dans le canal lacrymal quatre autres replis muqueux, auxquels on a donné les noms de valvules de Bochdalek, de Rosenmüller, de Béraud et de Taillefer. M. Bert a voulu se rendre compte aussi de leur utilité; or, celle-ci serait à peu près nulle; en effet, quand on injecte directement du liquide coloré à travers une sonde introduite dans le canal nasal jusqu'au delà de la valvule de Hasner, le liquide ressort toujours par les points lacrymaux. Une fois, il est vrai, l'injection qui, *poussée par la narine*, avait franchi la valvule de Hasner, fut arrêtée par la valvule de Taillefer; mais, comme le fait observer l'auteur, la pression avait dû être fort diminuée par l'effraction de la première valvule, et, de fait, l'injection à travers la sonde eut un résultat positif dans ce cas comme dans tous les autres. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, janvier 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches sur la rupture spontanée de l'œsophage, par M. A. Brosch.

Les différents auteurs étant loin de s'accorder sur les causes de la rupture dite spontanée de l'œsophage, M. Brosch a entrepris, pour élucider ce point, une série de recherches expérimentales et anatomo-pathologiques.

En mettant en communication avec le robinet d'une conduite d'eau l'extrémité supérieure d'œsophages isolés et liés à leur extrémité inférieure, M. Brosch a vu la rupture se produire, 6 fois sur 10, dans la portion abdominale de l'organe, et les 4 autres fois un peu au-dessous du point correspondant à la bifurcation des bronches ou vers l'extrémité inférieure de la portion thoracique de l'œsophage. Ce résultat expérimental sur le cadavre est conforme aux observations recueillies chez le vivant : 2 faits seulement, sur 8 qui sont mentionnés par divers auteurs, ont trait, en effet, à des déchirures siégeant au niveau de la portion abdominale de l'œsophage et se prolongeant dans l'estomac; dans ces cas, l'accident initial est la rupture du cardia, et la déchirure de l'œsophage abdominal est consécutive.

La rupture aurait un mécanisme différent, suivant qu'elle est longitudinale ou circulaire. Dans la dernière hypothèse, la musculeuse céderait la première, et bientôt après la muqueuse se romprait à son tour. Quand, au contraire, la déchirure est longitudinale, la muqueuse se romprait bien avant la musculeuse, ce dont il est facile de se rendre compte en n'augmentant que très lentement et très progressivement la pression intra-œsophagienne : on constate toujours alors, à l'ouverture de l'organe, que la muqueuse est déchirée à des endroits multiples; les lèvres de ces plaies sont le siège d'une infiltration tellement prononcée que la paroi œsophagienne peut atteindre, par places, jusqu'à un centimètre d'épaisseur. Cet œdème artificiel augmente, d'ailleurs, rapidement, et s'étend parfois aux deux tiers de l'œsophage. En transportant ces notions dans le domaine de la clinique, on conçoit aisément qu'au moment d'un vomissement, le suc gastrique régurgité puisse s'infiltrer dans les parois œsophagiennes à la faveur d'un ulcère de la muqueuse.

Ceci étant établi, il s'agissait de déterminer le mode d'action du vomissement, et notamment de vérifier l'assertion de Zenker et Ziemssen pour qui la rupture de l'œsophage serait toujours précédée d'une sorte d'autodigestion, l'*œsophagomalacie*. Dans ce but, M. Brosch s'est servi de pièces anatomiques provenant de suicidés; en laissant l'œsophage en continuité avec l'estomac et en suspendant la pièce par le pylore, afin de mettre la muqueuse œsophagienne en contact avec un suc gastrique suffisamment actif, il a observé sur la muqueuse de l'œsophage, après vingt-quatre heures de séjour dans l'étuve à 37°, des traces de macération épithéliale, mais aucun indice d'autodigestion. Le résultat de l'expérience ne varie pas si l'on prolonge le séjour de la pièce à l'étuve. En revanche, l'œsophagomalacie est la règle sur les pièces provenant de sujets atteints d'une lésion ou d'une affection du crâne, des méninges ou du cerveau; en pareille occurrence, quand le suc gastrique a reflué dans l'œsophage pendant la dernière période de la vie, on constate l'existence d'une œsophagomalacie à l'ouverture du cadavre; du moins, si elle ne s'est pas produite spontanément, il est facile de la provoquer expérimentalement après la mort, à l'aide du dispositif indiqué par M. Brosch.

Dès lors, il y a lieu de se demander quelles sont les circonstances qui déterminent l'œsophagomalacie chez les sujets ayant succombé à une affection cérébrale. Pour expliquer ce fait d'observation banale, l'auteur fait intervenir deux facteurs différents. En premier lieu, il convient de tenir compte de l'extrême fréquence des vomissements dans les affections du cerveau et de ses enveloppes. En outre, M. Brosch a constaté, sur l'œsophage de certains cadavres, des contractions spasmodiques siégeant sur l'extrémité inférieure de l'organe et assez puissantes pour en oblitérer la lumière; si l'on augmente la pression intra-œsophagienne, on voit l'anneau contracté se déplisser sans que, toutefois, l'examen le plus minutieux puisse déceler la moindre altération anatomique. On doit donc admettre dans ces cas l'existence d'une véritable contracture se produisant *post mortem*. La succession de ces deux phénomènes — régurgitation du suc gastrique et occlusion de l'extrémité cardiaque de l'œsophage — sont les conditions qui, pour M. Brosch, semblent dominer la production de l'œsophagomalacie; mais il s'agit là de phénomènes ne survenant qu'après la mort. En effet, l'autodigestion de l'œsophage ne se produit pas pendant la vie quand cet organe n'est pas le siège d'une altération, telle qu'ulcération, cicatrice, endartérite oblitérante ou atrophie de la paroi. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 1.) — F. M.

La réduction sanglante de la luxation spontanée et invétérée de l'articulation coxo-fémorale chez l'adulte, par M. E. Payr.

Bien que pratiquée depuis un certain nombre d'années, la réduction sanglante des luxations spontanées et invétérées de la hanche n'est point une opération fréquente; dans nombre de cas, on a trop facilement recours à la résection.

Trois observations recueillies à la clinique de M. Nicoladoni ont déterminé l'auteur à s'occuper de cette question.

La première concerne un jeune homme de dix-huit ans, atteint d'une luxation spontanée consécutive à une arthrite rhumatismale. L'opération fut pratiquée huit mois environ après la luxation. Le revêtement cartilagineux de la tête fémorale et de la cavité glénoïde était déjà dégénéré et la tête occupait la position caractéristique de la coxa vara. Ces deux circonstances ne permirent qu'une guérison relative. La mobilité de la hanche resta, en effet, fort restreinte et, deux ans après l'opération, le fémur était légèrement en adduction. Le raccourcissement, de 9 centimètres avant l'intervention, n'était plus que de 3 centimètres.

La deuxième observation a trait à une luxation traumatique invétérée avec fracture du rebord glénoïdal. La réduction non sanglante n'ayant pas réussi, M. Nicoladoni procéda à l'intervention sanglante. Il sutura au fil d'argent les fragments pelviens et réduisit la tête. Le résultat fut très favorable, au point de vue de la position et de la mobilité du fémur.

Le troisième cas, se rapportant aussi à une luxation spontanée de la hanche consécutive à une arthrite rhumatismale, est encore trop récent pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

L'étude de ces faits et de ceux qui ont été publiés antérieurement démontre, d'après M. Payr, que la plupart des luxations spontanées ne devraient pas être traitées autrement que les luxations traumatiques. Les résultats de l'intervention sont généralement très favorables et amènent, sinon la mobilité de l'articulation coxo-fémorale, du moins une diminution considérable du raccourcissement. Les luxations les plus favorables à ce mode de traitement sont celles qui surviennent à la suite de la distension de la capsule articulaire par un épanchement séreux; les lésions observées en pareil cas ressemblent de tous points à celles qui se rencontrent après les lésions traumatiques.

Comme procédé, l'auteur préconise l'arthrotomie de la hanche, selon la technique de M. Kocher, avec incision angulaire postérieure. Pour le traitement post-opératoire, il insiste sur la nécessité d'appliquer pendant un temps suffisamment prolongé un appareil à extension, afin d'éviter que le membre ne se mette ultérieurement en adduction. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 1-2.) — F. DE Q.

Importance de la radiographie pour le diagnostic des fractures de la rotule sans déplacement, par M. Wegner.

S'il est généralement aisé de reconnaître les fractures de la rotule, il est cependant des cas où leur diagnostic offre des difficultés presque insurmontables, en raison du résultat négatif de la palpation et du peu d'intensité des troubles fonctionnels; en pareille occurrence — et c'est particulièrement des fractures sans déplacement des fragments qu'il s'agit —, l'examen radiographique peut rendre les plus grands services, ainsi qu'il ressort des trois observations relatées par M. Wegner dans le présent travail, et recueillies dans le service de M. König (de Berlin).

Ces trois faits se ressemblent trop pour que nous donnions ici le détail de chacun d'eux. Disons seulement qu'ils concernent des sujets qui, après un traumatisme local (chute, contusion) ou un mouvement forcé de la jambe, se plaignirent de douleurs au niveau du genou, mais sans impotence fonctionnelle, et notamment sans que les mouvements d'extension de la jambe fussent devenus impossibles — et l'on sait que l'abolition de ces mouvements est un des signes les plus caractéristiques des fractures rotuliennes. Un des patients en question présentait, en outre, une hémarthrose.

Chez tous, la palpation ne fournissait aucun renseignement utile, et l'hypothèse d'une fracture de la rotule avait été écartée, quand l'examen radiographique permit de constater, au niveau de cet os, l'existence d'une rupture sans déplacement, ou du moins avec déplacement très faible des fragments. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 1-2.) — F. DE Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les camphorates de pyramidon dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Depuis quelques années on tend à substituer à l'antipyrine un dérivé amidé de cette substance, un phényldiméthylamidopyrazolone, connu sous le nom de pyramidon (Voir *Semaine Médicale*, 1896, Annexes, p. CCXLII, et 1897, p. 175). Ce produit exerce une action plus énergique que l'antipyrine, tout en exposant moins le malade à des accidents cutanés. Par contre, il provoque, comme toutes les substances de la série aromatique, des sueurs profuses. Aussi a-t-on cherché à l'associer à des médicaments anhidrotiques et, en particulier, à l'acide camphorique qui possède, comme on le sait, des propriétés antisudorales très marquées et peut se combiner soit avec une molécule de pyramidon en formant un *camphorate acide*, soit avec deux molécules de pyramidon en donnant naissance à un *camphorate neutre* ou *bicamphorate*.

Ce dernier sel a été récemment expérimenté par M. le docteur Bertherand contre la tuberculose pulmonaire. Sur 24 phtisiques avec manifestations fébriles, 18 ont présenté un abaissement thermique plus ou moins considérable à la suite de l'administration de 0 gr. 30 centigr.

à 0 gr. 60 centigr. de bicamphorate de pyramidon, pris en deux fois. Pour rendre cet effet antipyrétique durable, il a suffi de continuer l'usage du médicament à doses minimes.

De leur côté, MM. les docteurs B. Lyonnet, médecin des hôpitaux de Lyon, et C. Lançon ont dernièrement employé le *camphorate acide de pyramidon* dans 15 cas de tuberculose pulmonaire avec hyperthermie et transpiration abondante. Le médicament était administré à la dose quotidienne de 1 gramme, divisée en deux cachets. Toutefois, ce sel étant soluble dans l'eau, on pourrait, au besoin, le faire prendre dans une potion.

Il résulte des observations consignées dans la thèse inaugurale de M. Lançon que le produit en question serait, à beaucoup de points de vue, supérieur à l'antipyrine et au pyramidon. En effet, dans la plupart des cas, il exercerait une action antithermique très nette, et cela non seulement sans provoquer de sueurs, mais encore en diminuant la transpiration profuse à laquelle les phtisiques sont souvent sujets en dehors de toute intervention thérapeutique.

Le lavage de l'estomac comme moyen de traitement de la constipation habituelle.

Ayant eu l'occasion de constater que, chez un grand nombre de sujets atteints de troubles gastriques avec constipation opiniâtre, le lavage de l'estomac, pratiqué dans un but de diagnostic, amenait le jour suivant une évacuation naturelle de l'intestin, M. le docteur C. D. Spivak, professeur adjoint de pathologie interne à la Faculté de médecine de l'Université de Denver, a pensé qu'il pouvait y avoir une relation de cause à effet entre le lavage de la cavité gastrique et les mouvements péristaltiques du tube intestinal. Aussi, au lieu de se borner à une simple évacuation de l'estomac, notre confrère adopta-t-il pour règle de procéder en même temps à un lavage stomacal toutes les fois que les désordres gastriques étaient accompagnés de constipation. Cette pratique lui ayant donné d'excellents résultats, M. Spivak a eu l'idée d'utiliser ce moyen de traitement même dans des cas où la constipation habituelle existait indépendamment de toute affection de l'estomac. Là encore, le premier lavage de la cavité gastrique fut suivi le lendemain, chez nombre de sujets, d'une selle naturelle, et, dans la plupart des cas, la même manœuvre, répétée tous les jours pendant deux à trois semaines et à intervalles plus éloignés après ce laps de temps, a eu pour conséquence de faire complètement récupérer à l'intestin ses fonctions normales.

Pour avoir le maximum d'efficacité, les lavages doivent être pratiqués, de préférence, une heure avant le déjeuner, soit avec de l'eau froide, soit alternativement avec de l'eau chaude et de l'eau froide.

De son côté, un confrère allemand, M. le docteur O. Ziemssen (de Wiesbade) a obtenu des résultats analogues en procédant tous les jours, à jeun, à un lavage de la cavité gastrique au moyen d'une eau minérale contenant environ 6 ‰ de sel marin, c'est-à-dire se rapprochant sensiblement par sa composition de la solution physiologique de chlorure de sodium.

L'extrait de substance médullaire de capsules surrénales comme excitant des contractions utérines et comme tonique du cœur.

D'après les expériences instituées par MM. les docteurs J. D. Slight, J. Malcolm et W. E. Frost au laboratoire de M. le docteur E. A. Schafer, professeur de physiologie à l'Université d'Edimbourg, l'extrait de substance médullaire de capsules surrénales posséderait la propriété de provoquer les contractions de la musculature de l'utérus — que celui-ci soit ou non à l'état de gravidité — d'une façon beaucoup plus énergique que ne le font les remèdes habituellement employés à cet effet. Le principe actif du médicament n'étant pas influencé par le suc gastrique, on peut administrer l'extrait par la bouche; toutefois, contre les hémorrhagies *post partum*, il serait préférable de l'injecter directement dans la cavité utérine, de façon à le faire rapidement agir non seulement sur les fibres musculaires, mais encore sur les artérioles de la matrice. Dans ce but, on peut se servir d'une infusion de 30 grammes de substance médullaire sèche dans 500 grammes d'eau. Après avoir fait bouillir le liquide ainsi préparé et l'avoir, au besoin, additionné de 60 grammes de chlorure de calcium, afin d'augmenter ses propriétés styptiques, on l'injecte lentement et à une température assez élevée dans la cavité utérine.

D'autre part, M. Schafer a pu se rendre compte que, en cas de shock post-hémorrhagique ou d'arrêt du cœur sous l'influence de la narcose, une injection intraveineuse de l'extrait en question suffit pour rétablir rapidement l'activité cardiaque, alors même que la circulation semble avoir tout à fait cessé. Pour ces injections, notre confrère recommande d'employer un décocté tiède de substance médullaire dans une solution de chlorure de sodium à 9 ‰. On peut sans inconvénient introduire en une fois, dans le torrent circulatoire, une dose de décocté correspondant à 5 grammes de capsule surrénale sèche et, le cas échéant, répéter l'injection.

M. Schafer se sert de capsules surrénales de bœuf ou de mouton. On en sépare la substance médullaire que l'on coupe en fines tranches et que l'on soumet à la dessiccation à une température ne dépassant pas 50°; puis on la pulvérise et on l'enferme dans des flacons soigneusement bouchés. Ainsi préparé, ce produit conserve longtemps toutes ses propriétés et permet d'obtenir dans l'espace de deux ou trois minutes une infusion très active.

Les inconvénients des bains prolongés et des pansements humides dans le traitement des lésions inflammatoires des membres.

A en juger d'après le nombre des cas où l'on ordonne aujourd'hui la balnéation continue ou, tout au moins, des pansements humides — contre les phlegmons, les panaris et les plaies infectées des membres —, on pourrait dire, sans être taxé d'exagération, que l'abus qu'on fait de ces deux moyens de traitement n'est pas moins grand que la vogue dont jouissait auprès des médecins d'autrefois le cataplasme. Et cependant, à considérer les choses de près, les pansements humides et surtout les bains prolongés ou fréquemment répétés présentent des inconvénients qui ne sont pas loin de l'emporter sur leurs avantages. En effet, si la balnéation locale rend souvent de bons services en assurant la désinfection de la région et en exerçant une action sédative très appréciable, il n'en reste pas moins qu'en raison de la macération cutanée à laquelle elle donne lieu, elle crée un terrain favorable au développement de dermites parfois fort tenaces et même dangereuses.

Il y a plus : les solutions antiseptiques, employées sous forme de bains prolongés, peuvent déterminer de la gangrène des téguments, comme M. le docteur Vallas, chirurgien des hôpitaux de Lyon, a eu récemment l'occasion de le constater chez un individu auquel on avait ordonné des bains phéniqués quotidiens pour une plaie infectée de la main.

Mais l'inconvénient le plus grave de la méthode en question, c'est que, en vertu de sa simplicité même, elle contribue à entretenir le praticien dans une sorte de fausse sécurité : avec une confiance, trop souvent excessive, on se borne à faire maintenir le membre malade dans un bain antiseptique, sans s'apercevoir à temps que l'infection tend à progresser et à gagner les plans profonds. C'est ainsi que M. Vallas a été appelé tout dernièrement à donner ses soins à un homme qui, après avoir été soumis aux bains répétés et aux pansements humides pour une plaie infectée de la seconde phalange du pouce, présenta un panaris de la gaine du même doigt et de celle de l'auriculaire par retour de l'infection, avec phlegmon profond de l'avant-bras.

Mode d'emploi de l'élatérine dans le traitement de l'hydropisie.

Parmi les purgatifs hydragogues susceptibles de favoriser l'élimination du liquide ascitique, l'élatérine — principe actif du concombre sauvage (*Momordica elaterium*) — est un des plus énergiques. Toutefois, ce produit n'est pas entré jusqu'à présent dans la thérapeutique courante de l'hydropisie, son emploi déterminant habituellement une dépression générale plus ou moins considérable. Afin de remédier à cet inconvénient, un médecin américain, M. le docteur A. H. Bigg (de Détroit) conseille d'associer le médicament en question à des toniques du cœur ainsi qu'à des substances hypertensives, en formulant comme il suit :

Elatérine..........	0 gr. 004 milligr.
Sulfate de strychnine...	0 — 0015 décimilligr.
Nitroglycérine.....	0 — 0003 —
Extrait de digitale.	0 — 015 milligr.
Citrate de caféine.. } Poudre de girofle.. }	ââ 0 — 06 centigr.

Pour une capsule. — A prendre : une capsule toutes les trois à six heures.

Si le malade accuse, sous l'influence de cette médication, une certaine tendance aux nausées, on peut avantageusement substituer à la digitale le chlorhydrate de cocaïne, à la dose de 0 gr. 0075 décimilligr. par capsule.

Ainsi employée, l'élatérine provoquerait de quatre à six évacuations copieuses par jour, sans donner lieu au moindre accident, alors même qu'on en prolongerait sans interruption l'usage jusqu'à ce qu'on ait obtenu une amélioration durable dans l'état du patient.

Application de glace sur le rachis comme moyen de traitement des arthrites déformantes des membres.

Après avoir fait connaître les considérations qui amenèrent M. le docteur P. W. Latham, médecin consultant de l'Addenbrooke's Hospital de Cambridge, à traiter le rhumatisme chronique par la révulsion spinale (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 120), nous devons aujourd'hui signaler, à peu près dans le même ordre d'idées, un autre essai intéressant, dû à un confrère américain, M. le docteur M. G. Tull (de Philadelphie), qui, dans un cas d'arthrites déformantes multiples avec attitudes vicieuses très prononcées, a obtenu une amélioration considérable au moyen de la réfrigération continue pratiquée au niveau du rachis. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-deux ans, chez laquelle le processus rhumatismal avait abouti à l'impotence fonctionnelle absolue des membres, les doigts étant tout à fait ankylosés et les bras restant appliqués contre les genoux. Le traitement consista à maintenir sur la colonne vertébrale un sac de glace d'environ 45 centimètres de long, que l'on renouvelait trois fois dans les vingt-quatre heures. Sous l'influence de ce moyen, associé à l'usage interne du carbonate de gaïacol et du citrate de lithine, l'ankylose des doigts disparut à peu près complètement, et aujourd'hui la patiente peut marcher et même vaquer aux soins de son ménage.

Traitement de l'érysipèle par des applications de sulfate de soude.

Partant de ce fait que le sulfate de soude a beaucoup d'affinité pour l'oxygène, M. le docteur G. Lenox Curtis (de New-York) a eu l'idée d'utiliser cette propriété dans le traitement de l'érysipèle, de façon à soustraire aux agents pathogènes de la maladie en question l'oxygène nécessaire à leur pullulation. Voici en quoi consiste le procédé imaginé par notre confrère :

Après avoir soigneusement nettoyé la région malade et l'avoir recouverte d'un morceau de gaze ou de toile grossière, on applique pardessus, dépassant largement et de tous les côtés les limites du mal, une couche épaisse d'une sorte de bouillie préparée avec du sulfate de soude et de l'eau distillée froide, qu'on fixe au moyen d'un linge. Dans le but d'entretenir l'humidité et la fraîcheur destinées à combattre le processus inflammatoire, ce cataplasme est fréquemment arrosé d'eau glacée. En cas d'érysipèle de la face, M. Curtis, après avoir introduit dans les narines ou dans la bouche du patient des tubes afin de faciliter la respiration, empaquette, pour ainsi dire, tout le reste du visage dans le pansement que nous venons de décrire. Il suffirait généralement de maintenir le cataplasme pendant six à huit heures pour détruire tous les streptocoques et pour voir la résolution s'opérer. S'il survient une rechute, il faut, bien entendu, procéder à une nouvelle application de sulfate de soude.

Ajoutons que M. Curtis serait porté à croire que ce moyen de traitement pourrait aussi, en raison de la rapidité de son action, rendre des services contre certaines dermatoses dont la cure nécessite habituellement un laps de temps assez long.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec. — M. ERNEST BARIÉ.

Le cœur dans le rhumatisme articulaire chronique.

Dans son « Traité clinique du rhumatisme articulaire aigu et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie », paru en 1840, Bouillaud — reprenant et développant les rapports de coïncidence entre les maladies du cœur et le rhumatisme articulaire aigu qu'il avait affirmés dès 1836 — fixa les connexions étroites que les deux maladies présentent entre elles, dans deux lois brèves et rigoureuses :

1° Dans le rhumatisme articulaire aigu, violent, généralisé, la coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une endo-péricardite est la règle, la loi, et la non-coïncidence l'exception;

2° Dans le rhumatisme articulaire aigu, léger, partiel, apyrétique, la non-coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une endopéricardite est la règle, et la coïncidence l'exception.

D'une façon générale, ces deux lois restent encore inattaquables dans leur ensemble, mais les termes en sont trop rigoureux, trop absolus, car, si l'on voulait insister sur cette question, il serait facile de montrer que les formes subaiguës du rhumatisme articulaire se compliquent encore trop souvent d'affections organiques du cœur.

Quoi qu'il en soit, les relations étroites de l'endopéricardite avec le rhumatisme articulaire aigu sont aujourd'hui admises sans conteste par tous les cliniciens; par contre, lorsqu'il s'agit du rhumatisme chronique, le problème se complique singulièrement; aussi mérite-t-il d'être étudié de très près. Voyons d'abord ce que disent, à ce sujet, les différents observateurs.

Un des premiers cas de lésions cardiaques dans le rhumatisme chronique a été signalé par Romberg en 1846 (1); quelques années plus tard un second fait était publié par Todd (2) : la malade, une femme de quarante-quatre ans, atteinte de rhumatisme noueux, présentait au cœur un *souffle systolique* à timbre sourd, et on constata bientôt chez elle des signes d'asystolie (ascite, anasarque, albuminurie, etc.). Dans la même année parurent les thèses de Charcot (3) et de Trastour (4), consacrées à l'étude anatomo clinique du rhumatisme articulaire chronique, à cette époque encore mal séparé de la goutte. Sur les 41 malades qu'il a observés, Charcot en relève 2 qui ont présenté « à l'examen plessimétrique et stéthoscopique les signes évidents d'une affection du cœur ». Chez la première, une femme de soixante ans, il existait une altération de la valvule mitrale compliquée d'une hypertrophie considérable du cœur et accompagnée d'emphysème pulmonaire; chez la seconde, le cœur était hypertrophié, mais les bruits cardiaques paraissaient normaux; néanmoins une infiltration œdémateuse siégeait aux membres inférieurs. Trastour n'a trouvé « que trois fois des altérations organiques aux orifices du cœur », mais il ajoute qu'il n'a pas toujours pu examiner cet organe.

Onze ans plus tard, dans une leçon clinique faite à l'hôpital de la Charité, Beau (5) rapportait l'histoire d'une jeune fille atteinte d'arthrite chronique noueuse chez laquelle on constatait les signes physiques d'un *rétrécissement aortique :* « Un bruit de râpe au premier temps à la base, dit-il, indique évidemment que l'aorte est rétrécie à son origine; cette malade insiste sur ce fait que ses palpitations ne sont survenues qu'après les douleurs articulaires »; et Beau ajoute : « cette coïncidence d'une arthrite noueuse avec une affection cardiaque est un fait exceptionnel, et pour notre part, voilà la première fois que nous l'observons ».

Cependant, dans la suite, quelques observations nouvelles se font jour : chez un jeune homme de vingt-trois ans, soigné pour une polyarthrite chronique déformante dans le service de Grisolle, on constate à l'auscultation du cœur les signes d'une *altération des valvules sigmoïdes de l'aorte* (Ollivier). Presque en même temps, à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de Barthez, un jeune garçon de dix ans est traité pour un rhumatisme articulaire chronique; au cours de cette maladie on vit se développer des frottements péricardiques à la région précordiale; cette *péricardite sèche*, qui d'ailleurs fut courte, coïncida avec une exacerbation manifeste du rhumatisme.

Dans un travail important, résumé d'un mémoire lu à la Société de biologie, M. Cornil (1), sur neuf observations de rhumatisme articulaire chronique suivi d'autopsie, nota *quatre fois de la péricardite :* deux fois il s'agissait d'une péricardite aiguë, développée dans le cours du rhumatisme, et deux fois d'une péricardite de date ancienne, ayant donné lieu à des adhérences généralisées avec *oblitération du péricarde*, complète dans un cas, partielle dans l'autre. Ces faits très remarquables, recueillis à la Salpêtrière dans le service de Charcot, méritent d'être relatés brièvement.

Le premier cas de péricardite aiguë se rapporte à une femme de soixante-six ans chez laquelle le rhumatisme noueux se compliqua d'un vaste abcès à la jambe, ayant entraîné la mort. A l'autopsie on trouva une *péricardite hémorrhagique :* le péricarde est « rempli de sérosité rousse » sur laquelle on voit des globules graisseux. Les deux faces de la séreuse sont tapissées par des pseudo membranes fibrineuses, non adhérentes et récentes. Le cœur est gros, ses fibres musculaires présentent une coloration jaune; il contient un sang noir et fluide.

La seconde observation est particulièrement intéressante : il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, atteinte de rhumatisme articulaire chronique progressif depuis l'âge de douze ans. Ici la péricardite débuta brusquement par un frisson, une violente douleur précordiale, de la fièvre et une vive dyspnée. La région cardiaque est le siège de battements tumultueux; on y perçoit, à la base, un bruit de cuir neuf « aux deux temps » et, à la pointe, un souffle systolique. Plus tard, malgré l'application de ventouses scarifiées sur la paroi précordiale et un traitement digitalique, la malade éprouva une douleur très forte dans la région de la pointe; la dyspnée était telle que le décubitus dorsal était impossible et que la patiente était obligée de s'asseoir sur son séant pour respirer; à l'auscultation, les bruits pathologiques disparurent peu à peu, mais on nota que les deux bruits normaux du cœur étaient sourds, éloignés. Après une amélioration temporaire d'un mois environ, la malade rentra de nouveau à l'infirmerie; à ce moment, les battements cardiaques étaient très tumultueux et arythmiques, et une matité absolue couvrait la région précordiale. Cet état déjà si grave se compliqua de pleurésie, d'adynamie profonde et de convulsions suivies de mort. A l'autopsie, le péricarde était énormément distendu et renfermait une assez grande quantité de liquide sanguinolent; ses deux faces étaient recouvertes d'exsudats villeux que l'examen histologique fit reconnaître pour des néo-membranes vascularisées. Le cœur était volumineux et de consistance molle, ses cavités étaient dilatées mais avec des orifices sains; les parois ventriculaires, minces et ramollies, avaient une coloration jaunâtre. Au microscope on voyait des tubes primitifs, granuleux, ayant perdu en partie leur striation; ces granulations siégeaient dans la fibre musculaire même, étaient jaunâtres et formées par de la graisse. En somme, il existait une *péricardite hémorrhagique avec dégénérescence graisseuse du myocarde*, compliquée de pleurésie et de néphrite albumineuse.

Les deux cas de péricardite à marche chronique peuvent se résumer en quelques mots : chez les deux malades l'aorte était athéromateuse, et dans un cas la lésion aortique portait sur l'origine du vaisseau ainsi que sur les valvules sigmoïdes; il en était résulté une *insuffisance aortique*. Chez l'une et l'autre, enfin, on releva l'*hypertrophie* du ventricule gauche et la *dégénérescence graisseuse du myocarde*, « sous la dépendance de la péricardite ».

Si nous poursuivons nos investigations, nous allons rencontrer encore quelques faits curieux de cardiopathies dans le rhumatisme articulaire chronique.

Dans sa thèse d'agrégation, Benjamin Ball (1) a consigné deux observations importantes : une femme de soixante ans, ayant un rhumatisme noueux de la main droite, entra une première fois à l'infirmerie de la Salpêtrière pour une hémiplégie droite ; à ce moment, elle ne présentait aucun signe d'affection cardiaque; elle put retourner dans son dortoir au bout de deux mois. Revenue plus tard à l'infirmerie, on trouva chez elle les signes évidents d'une cardiopathie dont l'aggravation l'emporta. A l'autopsie, on découvrit une *adhérence générale du péricarde, d'origine récente*, car on séparait aisément la séreuse d'avec les tissus sous-jacents. Le cœur était énormément dilaté et il existait des *végétations* en guirlande *sur les valvules sigmoïdes de l'aorte et sur la valvule mitrale.*

Dans le second cas, il s'agit d'une malade âgée de quatre-vingt-quatre ans, atteinte de rhumatisme chronique des épaules, des coudes et des genoux, et morte d'un cancer gastro-hépatique. Le *cœur* était flasque, *volumineux*, *chargé de graisse;* de plus, on constatait, sur les *valvules sigmoïdes de l'aorte*, des traces évidentes d'*endocardite ancienne.*

Vers la même époque, M. Mauriac, à l'hospice des Ménages, observait une femme de soixante et onze ans, ayant un rhumatisme chronique et du catarrhe bronchique, qui fut prise tout à coup d'une dyspnée assez intense. La percussion dénota une augmentation de la matité précordiale et l'auscultation fit entendre un *frottement péricardique rude* et *râpeux* dans toute la moitié inférieure de la région sternale, où il masquait les bruits normaux du cœur. La malade guérit au bout de six semaines, après avoir présenté des poussées fluxionnaires du côté des jointures déjà malades.

Charcot (2), au cours d'une leçon faite à la Salpêtrière, rappelle les faits observés dans son service, en particulier ceux qui sont consignés dans la thèse de Ball. Il conclut en disant que l'endocardite et la péricardite existent incontestablement dans quelques cas de rhumatisme articulaire chronique.

Comme vous le voyez, les cas de rhumatisme noueux compliqué de cardiopathies sont relativement assez fréquents et nous pourrions borner là nos citations; je veux cependant y joindre encore quelques faits, peut-être moins

(1) ROMBERG. Klinische Wahrnehmungen und Beobachtungen, p. 101. Berlin, 1851.

(2) TODD. Chronic rheumatism; cardiac complication; albuminuria; anasarca and ascites; good effects of elaterium. (*Lancet*, 13 août 1853, p. 166.)

(3) J.-M. CHARCOT. Etudes pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous les noms de goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, rhumatisme chronique (forme primitive), etc. (*Thèse de Paris*, 1853.)

(4) L.-C. TRASTOUR. Du rhumatisme goutteux chez la femme. (*Thèse de Paris*, 1853.)

(5) BEAU. De l'arthrite noueuse. (*Gaz. des hôpit.*, 19 juillet 1864, p. 333.)

(1) CORNIL. Mémoire sur les coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique. (*Gaz. méd. de Paris*, 3, 17 et 24 septembre 1864, p. 541, 569 et 586.)

(1) B. BALL. Du rhumatisme viscéral. (*Thèse d'agrégation*, 1866, p. 121.)

(2) CHARCOT. Du rhumatisme articulaire chronique. (*Gaz. des hôpit.*, 21 mai 1867, p. 237.)

connus que les précédents, mais tout aussi démonstratifs.

En 1869, Charpentier (1) présentait à la Société anatomique un cas intéressant de rhumatisme chronique compliqué d'endopéricardite aiguë chez un homme de soixante-dix-huit ans. A l'autopsie, on trouva des *adhérences péricardiques* presque généralisées, *paraissant récentes* et cédant à une traction modérée. Le feuillet viscéral offrait de larges taches rougeâtres infiltrées d'une *sérosité sanguinolente*, rappelant les fausses membranes de nouvelle formation. Sur la surface ventriculaire des valvules sigmoïdes de l'aorte, existaient de petites végétations rougeâtres, mollasses au toucher, s'étendant d'un nodule d'Arantius à l'autre, sous forme de guirlande.

Quelques années après, en 1876, Stoïcesco (2) signale le cas d'une fillette, soignée dans le service des chroniques de l'hôpital des Enfants pour un rhumatisme noueux ayant débuté à l'âge de quatre ans, et qui avait « une affection cardiaque des plus manifestes » que l'auteur rattache au rhumatisme noueux; il néglige malheureusement de préciser la nature de cette affection cardiaque.

Presque en même temps, Dally (3) rapporte l'observation d'un garçon de seize ans, présentant les déformations classiques du rhumatisme noueux aux mains, aux pieds et aux coudes; « le cœur était atteint et une auscultation minutieuse révéla un *souffle légèrement rugueux au second temps* ».

Dans la monographie considérable qu'il a consacrée à l'histoire du rhumatisme, M. Ernest Besnier (4) considère « comme probable une fréquence particulièrement considérable des cardiopathies » dans cette variété spéciale du rhumatisme chronique désignée sous le nom de rhumatisme fibreux (Jaccoud), et qui est caractérisée par l'association de lésions articulaires superficielles ou relativement peu profondes avec des altérations chroniques des tissus lamineux périarticulaires, d'où peuvent résulter des déformations des membres, des rétractions, des ankyloses, etc.

Enfin, pour terminer, il nous faut citer, comme un nouvel exemple de cardiopathie dans le rhumatisme articulaire chronique, une curieuse observation publiée par Charon (5), ainsi que deux faits que j'ai recueillis, l'un en 1893 à l'hôpital Tenon, alors que le service des consultations externes incombait encore aux médecins de cet hôpital, l'autre ici même, dans notre salle Monneret. Dans le cas relaté par Charon, il s'agit d'une fillette de quatre ans, ayant un rhumatisme chronique compliqué d'endocardite à la fois pariétale et valvulaire; à l'autopsie, on note que « la paroi antérieure de la *valvule mitrale* est *blanche, opaque, épaisse;* l'endocarde qui tapisse le ventricule gauche est épaissi par places; il offre un aspect laiteux qui contraste avec la surface de l'endocarde du ventricule droit où elle est uniformément polie ». Le premier des faits qui me sont personnels a trait à une femme de quarante ans, atteinte depuis huit ans environ de rhumatisme chronique osseux progressif avec déformations extrêmes des doigts de chaque main, et qui vint trois ou quatre fois à la consultation du mercredi pour se faire traiter de poussées subaiguës de rhumatisme greffées sur les jointures antérieurement malades; cette femme était affectée d'une *insuffisance mitrale* des mieux caractérisées. Les renseignements qu'elle fournissait montraient qu'elle n'avait eu antérieurement ni rhumatisme franchement aigu, ni scarlatine, ni aucune maladie infectieuse. Le second cas est celui de cette malade de soixante-huit ans, couchée depuis plus de trois mois au n° 24 de notre salle Monneret : elle a un rhumatisme chronique osseux progressif, compliqué, comme vous l'avez vu, d'insuffisance mitrale et d'ectasie aortique.

Ainsi donc, les connexions du rhumatisme articulaire chronique avec les cardiopathies sont établies par des observations relativement assez nombreuses et, en tous cas, très probantes; cette déclaration va nous permettre maintenant d'entrer dans le détail de notre sujet.

En ce qui concerne leur *fréquence*, ces affections cardiaques sont certainement rares, et il n'y a, à ce sujet, rien de comparable avec ce qu'on observe dans le rhumatisme articulaire aigu; ainsi s'explique sans doute pourquoi certains auteurs, comme Vidal, Fuller, Durand-Fardel, Guéneau de Mussy, qui ont étudié avec grand soin les manifestations et les formes cliniques du rhumatisme chronique, ne signalent même pas l'existence de ces cardiopathies. M. Lancereaux (1), établissant un parallèle entre le rhumatisme articulaire aigu et l'arthrite chronique, reconnaît que, pour le premier, le danger réside dans la fréquence des lésions mitrales, alors que, dans le rhumatisme chronique, le péril est dans l'artériosclérose habituelle aux malades, associée ou non à des lésions de l'orifice aortique. Avant lui, M. le professeur Jaccoud (2) avait exprimé la même opinion; il considérait les cardiopathies comme souvent absentes dans le rhumatisme noueux : « Ce ne sont pas, disait-il, les lésions valvulaires qui sont ordinairement observées; c'est la péricardite, c'est l'athérome artériel, et sa suite ordinaire l'hypertrophie du cœur. » Cependant il reconnaît aussi très nettement la fréquence relative de la péricardite.

Il semble bien que Charcot ait, un des premiers (dès 1863), relevé la fréquence relative des maladies organiques du cœur dans le rhumatisme articulaire chronique; dans une leçon publiée en 1867, il insistait sur ce point que l'endocardite et la péricardite existent incontestablement dans quelques cas de rhumatisme articulaire chronique, que ces affections offrent les mêmes caractères que dans le rhumatisme aigu, et qu'elles se développent de préférence à l'époque des exacerbations de la maladie et lorsqu'on se rapproche en quelque sorte de l'état aigu. Cependant, après avoir énoncé cette dernière déclaration, devenue classique, il ajoute ce fait très important, qu'il a réuni un *assez grand nombre d'observations dans lesquelles l'endocardite s'est développée chez des rhumatisants chroniques, sans que la maladie eût jamais affecté la forme aiguë*.

Quoi qu'il en soit, et sans insister pour l'instant sur la pathogénie de ces cardiopathies, nous remarquerons qu'elles ont été observées de préférence dans le *sexe féminin*, ce qui ne surprendra pas si l'on se rappelle que le rhumatisme noueux est surtout fréquent chez la femme; cependant, les hommes en sont moins exempts qu'on ne le croirait au premier abord; sur les 23 observations de cardiopathies que je vous ai résumées, il en est 20 où le sexe est indiqué; 15 sont relatives à des femmes et 5, soit 25 %, à des hommes.

Le rhumatisme articulaire chronique avec cardiopathie s'observe *à tout âge* : si, dans la règle, il frappe des malades âgés — soixante ans (Charcot), soixante et onze ans (Mauriac), soixante-dix-huit ans (Charpentier), quatre-vingt-quatre ans (Charcot, Ball), etc. —, on l'a rencontré également pendant l'adolescence : à dix ans (Barthez), à seize ans (Dally), à dix-sept ans (Cornil), et même chez de tout jeunes enfants (Stoïcesco, Charon).

Toutes les cardiopathies ne sont pas indistinctement associées au rhumatisme chronique déformant : au dire de Jaccoud et de Charcot, ce serait surtout la péricardite qu'on rencontrerait, et cette opinion est devenue classique; or, il résulte des faits que nous venons d'étudier que l'endocardite est au moins aussi fréquente; viennent ensuite, le plus souvent associées aux affections précédentes, l'hypertrophie du cœur, les altérations dégénératives du myocarde (dégénérescence graisseuse, polysarcie), enfin la cardio-sclérose.

La *péricardite* est tantôt sèche (Barthez, Mauriac), tantôt avec épanchement; dans le premier cas, on trouve toutes les variétés, depuis les simples pseudo-membranes molles et fibrineuses, parfois très étendues mais faciles à détacher (Ball), jusqu'aux adhérences épaisses, généralisées, des deux feuillets avec oblitération complète du péricarde (Cornil), c'est-à-dire le type le plus complet de la *symphyse cardiaque*. La péricardite avec épanchement semble avoir une prédilection pour la forme *hémorrhagique;* dans le cas de Charpentier il s'agissait simplement de sérosité rougeâtre sanguinolente, infiltrant les mailles des exsudats, mais dans deux observations de Cornil on trouva un véritable épanchement de sang.

L'*endocardite* occupait la valvule mitrale 4 fois seulement, et parmi ces cas je rappellerai le fait si curieux rapporté par Charon, relatif à une fillette de quatre ans chez laquelle l'endocardite était à la fois pariétale et valvulaire. Les lésions aortiques sont plus fréquentes (7 cas); sauf l'observation de Beau, concernant un rétrécissement aortique (fait d'autant plus exceptionnel et curieux qu'il se rapporte à une femme jeune), la lésion habituellement rencontrée est l'*insuffisance aortique*. Les malades porteurs de cette lésion sont des adultes ou des gens âgés, mais les sujets jeunes, et même les adolescents en général, n'en sont point à l'abri, puisque le malade observé par Ollivier dans le service de Grisolle avait vingt-trois ans, et que le cas de Dally a trait à un garçon de seize ans.

Je ne vous dirai rien des autres altérations cardiaques : hypertrophie, dilatation, dégénérescence graisseuse, polysarcie, etc.; ces lésions sont habituellement associées à celles de l'endocarde et du péricarde. Je n'insisterai pas davantage sur les symptômes ni sur l'évolution de ces différentes cardiopathies : elles aboutissent toutes, au bout d'un temps variable, à l'insuffisance du myocarde et à l'asystolie; et j'arrive au point le plus délicat de cette étude, c'est-à-dire à la *pathogénie* des affections du cœur dans le rhumatisme articulaire chronique.

A ce sujet, aucune comparaison ne saurait être tentée avec le rhumatisme articulaire aigu. On sait, en effet, que l'origine microbienne de celui-ci tend de plus en plus à être admise par la plupart des cliniciens, malgré les recherches négatives de Sänger et de Weichselbaum, combattues d'ailleurs par les résultats positifs d'Achalme, de Lucatello, de Triboulet, de Thiroloix, de Pic et Lesieur, etc.; sans doute, la morphologie et les caractères biologiques de ce microbe sont encore discutés, mais son influence sur la genèse de l'endocardite n'en reste pas moins extrêmement probable; rien de semblable ne peut être invoqué lorsqu'il s'agit du rhumatisme chronique déformant.

En étudiant de près les malades atteints de cette dernière affection compliquée de maladie du cœur, on voit qu'on peut les répartir en trois groupes distincts :

Dans le premier, l'affection cardiaque, de date déjà ancienne, semble marcher à côté du rhu-

(1) Charpentier. Rhumatisme chronique; déformation des doigts; endopéricardite aiguë. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, janv. 1869, p. 13.)

(2) Stoïcesco. Le rhumatisme noueux chez l'enfant. (*Progrès méd.*, 15 avril 1876, p. 287.)

(3) Dally. Note sur un cas de rhumatisme noueux chez l'enfant. (*Journ. de thérap.*, 25 juillet 1877, p. 533.)

(4) E. Besnier. Article « Rhumatisme » *in* Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre. Paris, 1877.

(5) Charon. Rhumatisme chronique avec endocardite et catarrhe chronique du gros intestin, chez une enfant de quatre ans. (*Presse méd. belge*, 20 avril 1879, p. 121.)

(1) Lancereaux. Le rhumatisme chronique, habitus extérieur; coïncidences pathologiques, leurs variations suivant les âges; parallèle entre le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme chronique. (*Union méd.*, 9 janvier 1890, p. 25.)

(2) Jaccoud. Traité de pathologie interne. T. II, p. 559. Paris, 1871.

matisme chronique, parallèlement pour ainsi dire, mais sans connexion directe avec lui, car on retrouve dans les antécédents du malade des tares pathologiques, telles que la fièvre typhoïde, la syphilis, etc., auxquelles il faut rattacher l'affection cardio-aortique dont il est porteur, ou encore la scarlatine, l'érysipèle, la diphtérie, le puerpérisme, etc., s'il s'agit de lésions mitrales.

Chez les sujets du second groupe, il apparaît nettement, en étudiant l'évolution de la cardiopathie, que celle-ci a pris naissance à l'occasion d'une poussée rhumatismale aiguë ou subaiguë, venue se greffer sur l'arthrite chronique; dès lors, ces faits rentrent dans la loi générale formulée par Bouillaud, et c'est à cette pathogénie que la plupart des auteurs se rattachent pour expliquer la coexistence des maladies du cœur et du rhumatisme articulaire chronique.

Dans la troisième catégorie, enfin, rentrent les cas, beaucoup plus rares, où l'arthrite noueuse chronique s'est installée d'emblée pour ainsi dire, sans avoir été ni précédée, ni traversée durant son cours d'aucune manifestation aiguë ou subaiguë; tels sont, par exemple, les faits relatés par Beau et par Charcot, tel est aussi le cas de notre malade de l'hôpital Tenon et de la femme qui est en ce moment dans le service. L'interprétation des observations comprises dans ce dernier groupe n'est pas univoque et il faut ici encore faire quelques distinctions. Plusieurs de ces patients, en effet, sont, ou des gens âgés profondément athéromateux, ou des sujets d'âge moyen mais présentant la plupart des signes de l'artériosclérose précoce. Chez les uns et les autres les lésions cardiaques sont habituellement complexes : cardiosclérose, dilatation du cœur, lésions de l'aorte et quelquefois des coronaires, avec état moniliforme des artères radiales et temporales, etc., etc.; ces altérations cardio-vasculaires relèvent toutes du grand processus de l'artériosclérose, et le rhumatisme chronique n'a joué aucun rôle pathogénique appréciable dans la production de la cardiopathie; chez d'autres malades, gros mangeurs, alcooliques, polysarciques, il y a lieu de faire intervenir l'action nocive de l'alcool, de l'obésité pour expliquer les dégénérescences du myocarde et la surcharge graisseuse du cœur qu'on rencontre à l'autopsie d'un assez grand nombre d'individus atteints de polyarthrite chronique déformante.

Cependant, il reste un groupe important de malades qui ne rentrent dans aucune de ces catégories, qui ne sont ni séniles, ni artérioscléreux, et auxquels ne peut s'appliquer ce que nous venons de dire précédemment; tels sont, par exemple, les adolescents et les jeunes enfants qui sont loin d'être à l'abri, comme vous l'avez vu, des coups du rhumatisme noueux.

La difficulté d'interpréter de pareils faits est d'autant plus grande que nous sommes loin d'être fixés sur la nature même du rhumatisme articulaire chronique. Tout en admettant que le rhumatisme articulaire aigu peut, dans certaines circonstances, laisser après lui comme reliquat quelques altérations articulaires ou péri-articulaires plus ou moins durables, on reconnaît généralement aujourd'hui que l'arthrite rhumatismale aiguë diffère entièrement, par sa nature, du rhumatisme articulaire chronique, qui « paraît avoir usurpé son nom de rhumatisme, dit M. Bouchard (1); en effet, ses liens de parenté avec le rhumatisme articulaire aigu, si l'on croit parfois les découvrir, sont toujours fort obscurs et singulièrement relâchés ».

Quant à sa nature intime, il semble qu'il faille rapporter le rhumatisme noueux à deux facteurs distincts. Frappé des ressemblances que présentent les amyotrophies consécutives au rhumatisme chronique avec les atrophies musculaires d'origine nerveuse, M. Debove (1) fait remarquer que les lésions articulaires et les lésions musculaires du rhumatisme chronique pourraient bien se rattacher à des altérations du système nerveux central et périphérique. C'est dans le même sens que conclut M. Lancereaux : « Les lésions du rhumatisme chronique, dit-il, ont la plus grande ressemblance avec celles qu'on rencontre quelquefois dans le cours de l'ataxie locomotrice, de la paralysie générale, de certaines affections de la moelle et des cordons nerveux; elles ont évidemment leur point de départ dans un trouble quelconque de l'innervation trophique (2). »

Cependant, si l'on ne veut pas admettre cette manière de voir — que l'anatomie pathologique n'a pas encore démontrée, que je sache, — on est conduit à faire rentrer le rhumatisme chronique dans le groupe des maladies par ralentissement de la nutrition, et cette conception est d'autant plus plausible que deux de ces maladies peuvent, comme le rhumatisme noueux, se compliquer de maladies organiques du cœur : j'ai nommé la *goutte* et le *diabète*. La première, de même que le rhumatisme, s'accompagne de dégénérescences chroniques du myocarde, parfois d'endocardite valvulaire (Lobstein, Coupland) et même de péricardite avec épanchement (Trousseau). Dans le diabète également, le cœur est souvent altéré : d'après Saundby il le serait dans la proportion de 60 %. Ainsi que dans la polyarthrite chronique déformante, on y rencontre la dégénérescence graisseuse, la polysarcie du cœur et la cardiosclérose, enfin, quoique plus rarement, l'endocardite valvulaire, dont M. Lécorché a observé 14 cas (10 chez la femme et 4 chez l'homme).

Ainsi donc, ces trois maladies de la nutrition présentent ce caractère commun de se compliquer des mêmes cardiopathies chroniques et celles-ci — il est logique de le penser — sont dues au retentissement sur l'appareil circulatoire des altérations dyscrasiques propres à chacune de ces maladies. Mais, alors que ces dyscrasies sont depuis longtemps connues en ce qui concerne la goutte et le diabète (uricémie, hyperglycémie), pour le rhumatisme chronique, au contraire, nous n'avons pas encore de données précises. Je sais bien qu'on signale souvent un fait rapporté par Böcker et relevé par Charcot : chez un rhumatisant chronique on trouva dans les urines une diminution notable de la proportion normale de phosphate de chaux, alors que dans le sang ce sel était quatre fois plus abondant qu'à l'état normal; comme toujours en pareil cas, l'acide urique ne se trouvait point dans le sang. Malgré cette intéressante observation, il faut reconnaître que l'hématologie et l'étude des humeurs dans la polyarthrite rhumatismale chronique n'ont donné jusqu'ici que des résultats incomplets. Cette incertitude ne doit pas cependant nous faire renoncer à la théorie que nous venons de mettre en avant, et qui, plus que toute autre, me semble probable et susceptible de nous éclairer sur les rapports du rhumatisme articulaire chronique avec les maladies organiques du cœur.

MÉDECINE PRATIQUE

Un nouveau procédé de traitement de l'hypertrophie des amygdales.

On s'accorde généralement à reconnaître aujourd'hui que les amygdales hypertrophiées doivent être enlevées ou, tout au moins, diminuées de volume. Le procédé de traitement le plus anciennement connu, et dont l'usage s'est en partie conservé jusqu'à nos jours, consiste dans l'amputation à l'aide d'instruments tranchants, parmi lesquels il faut citer tout particulièrement l'amygdalotome. Mais cette méthode qui, dans beaucoup de cas, peut rendre de grands services en permettant d'enlever rapidement et en une seule séance les deux amygdales, n'est cependant pas sans danger; aussi, malgré son application très facile, est-elle tombée, depuis quelques années, un peu en discrédit. Quel est, en effet, le praticien ayant fait plusieurs fois l'ablation des amygdales au moyen de l'amygdalotome qui n'ait jamais observé d'hémorrhagies immédiates ou secondaires quelquefois assez graves, hors de proportion avec l'opération elle-même? Et dans la littérature médicale se trouvent même consignés des faits assez nombreux où cette intervention, si bénigne en apparence, a eu pour suite une hémorrhagie mortelle.

Sans vouloir rechercher ici les causes anatomiques de cet accident, disons seulement que, le plus souvent, il n'est point imputable au médecin, car il se produit malgré toutes les précautions et toute l'habileté opératoire.

Aussi a-t-on tenté de substituer à l'amygdalotomie d'autres procédés moins dangereux et moins aléatoires. L'ablation à l'anse galvanique, proposée par M. le docteur M. Schmidt (de Francfort-sur-le-Mein), constitue sous ce rapport un réel progrès. Cette opération se fait d'une façon presque exsangue; en tout cas, l'hémorrhagie qui en résulte n'est jamais grave. Mais, d'un autre côté, elle n'est pas à la portée de tout le monde, car elle nécessite une installation spéciale que chaque médecin ne possède pas. Elle est, en outre, très difficile chez les sujets adultes ayant des amygdales dures, fibreuses, remplies de calculs et de concrétions. Elle devient enfin absolument impossible à tout âge, quand les amygdales sont enchatonnées entre les deux piliers très distendus, de sorte qu'on ne peut pas les toucher sans léser ceux-ci.

Pour les cas de cette dernière catégorie, on a proposé, au lieu d'amputer l'amygdale, de se contenter d'en réduire le volume à l'aide de cautérisations, soit avec des substances chimiques (acides chromique, trichloracétique, etc.), soit au galvanocautère. Mais les substances chimiques ont une action difficile à limiter et ne produisent le plus souvent, comme l'ont démontré les expériences de Schwabe et d'autres, que des cautérisations tout à fait superficielles n'empêchant nullement la reproduction de l'hypertrophie. L'objection générale qu'on peut faire aux cautérisations, quelles qu'elles soient, c'est qu'elles exigent de nombreuses séances, inconvénient réel, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants. Nous ne parlerons ici que pour mémoire de l'emploi du thermocautère, dont la pointe, introduite à chaud, peut, au moindre mouvement de la tête du petit malade (car c'est à des enfants qu'on a le plus souvent affaire) brûler la langue, le palais, la muqueuse des joues, etc.

Frappé des inconvénients que présentent toutes ces opérations, M. le docteur Ruault (de Paris) a proposé jadis son procédé de morcellement à l'aide de pinces emporte-pièces qui saisissent le tissu amygdalien et l'enlèvent morceau par morceau en l'écrasant. C'est une intervention excellente, indolore, absolument exsangue et qui provoque une réaction des plus minimes. Méconnue pendant assez longtemps, elle commence depuis quelques années à entrer dans la pratique journalière, et on a pu voir, à la section de laryngologie du dernier Congrès international de médecine, plusieurs médecins étrangers apporter et proposer à leur tour des instruments à morcellement qui n'étaient que des modifications plus ou moins ingénieuses de celui de M. Ruault. Lorsqu'on dispose du temps nécessaire et qu'il s'agit de sujets âgés de sept ou huit ans au moins, le procédé de M. Ruault paraît constituer l'opération de choix.

Mais on se trouve souvent en présence d'enfants de quelques mois à peine, dont les amygdales sont tellement volumineuses qu'elles ar-

(1) Bouchard. Maladies par ralentissement de la nutrition, p. 325. Paris, 1882.

(1) Debove. Note sur les atrophies musculaires. (*Progrès méd.*, 11 déc. 1880, p. 1011.)

(2) Lancereaux. (*Loc. cit.*)

rivent au contact l'une de l'autre et mettent obstacle à la respiration et aux tétées. Le plus souvent elles se trouvent alors enchatonnées entre les piliers, et on ne peut songer à les enlever ni à l'amygdalotome ni à l'anse galvanique. Cependant il faut aller vite, car les petits patients dépérissent rapidement; le procédé de M. Ruault serait tout indiqué en pareil cas, s'il permettait l'ablation, en une seule fois, de parties d'amygdale assez volumineuses pour qu'il s'ensuivît un soulagement immédiat. Malheureusement, pour atteindre ce but, il faudrait avoir recours à des pinces de dimensions considérables, dont le maniement serait très difficile, sinon impossible, dans la bouche d'un enfant de quelques mois.

C'est pour rendre possible l'extirpation extemporanée des amygdales enchatonnées, surtout chez les jeunes sujets, que M. le docteur Vacher (d'Orléans) vient de faire connaître un procédé qui consiste à excaver pour ainsi dire les amygdales, à l'aide de pinces spéciales, formées de deux cuillères tranchantes et ayant des courbures différentes. Avant de pratiquer cette opération, M. Vacher commence par se rendre compte de la forme de l'amygdale et de ses adhérences; il sectionne ces dernières à l'aide de ciseaux coudés qu'il introduit fermés et qu'il ouvre ensuite, en ayant soin de couper en plein tissu amygdalien, pour éviter toute hémorrhagie. Après avoir ainsi détaché les adhérences et ouvert toutes les cryptes et tous les recessus de l'amygdale (temps dont on peut se dispenser à la rigueur), il introduit ses pinces à excavation fermées, puis il les ouvre plus ou moins, selon la quantité de tissu à enlever. Les branches sont alors fortement serrées, mais, au lieu de tirer, on leur imprime un mouvement de rotation sur leur axe, afin de rompre les brides et les adhérences non sectionnées. L'intervention se fait avec la plus grande rapidité; les deux amygdales peuvent être opérées dans la même séance, le malade n'éprouve aucune douleur, surtout si l'on a eu soin de faire au préalable un badigeonnage ou une pulvérisation avec une solution de cocaïne; l'hémorrhagie qui en résulte est tout à fait insignifiante.

Au bout de cinq ou six jours la guérison est complète et, si l'on inspecte alors la gorge, on trouve, au lieu de la surface plane qui résulte des autres procédés opératoires, une cavité plus ou moins vaste communiquant avec la bouche. M. Vacher emploie cette méthode depuis 1899 : il a eu l'occasion de la mettre en œuvre un très grand nombre de fois, et jusqu'à ce jour il n'a eu qu'à s'en louer.

D'autre part, M. le docteur Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris — qui a eu recours au procédé de M. Vacher dans un nombre de cas assez restreint, il est vrai, mais toujours avec des résultats excellents —, estime que l'anesthésie à la cocaïne n'est même pas nécessaire, tant l'opération est indolente et facilement supportée par les malades. Il craint seulement que cette intervention ne soit d'une exécution un peu plus difficile chez l'adulte, dont les amygdales sont généralement plus dures et de consistance plus fibreuse; mais cet inconvénient existe aussi avec les autres méthodes, et par cela même il n'est pas de nature à diminuer, dans les cas ordinaires, la valeur du procédé que nous venons de décrire et qui est à la portée de tous les praticiens.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mai 1901.

Le délire onirique des intoxications et des infections.

M. Régis (de Bordeaux). — J'ai étudié depuis une dizaine d'années les troubles psychiques liés aux auto-intoxications et aux infections.

Un premier fait qui se dégage de mes recherches, c'est, d'une part, la ressemblance entre elles des manifestations cérébrales des divers états toxi-infectieux, d'autre part leur analogie avec les délires des intoxications provoquées : d'où cette conséquence qu'il existe des formes cliniques bien déterminées de psychoses toxiques.

L'une de ces formes, la plus typique, est essentiellement composée de deux éléments : un élément *confusion* et un élément *délire* associés le plus souvent en proportions diverses, mais susceptibles aussi de se présenter isolément, au point de donner lieu à deux variétés distinctes de la maladie : la *confusion mentale* et le *délire onirique* (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 325 et 1898, p. 332).

Mais le délire des auto-intoxications et des infections n'est pas seulement un délire de rêve normal; c'est un délire de rêve morbide, de somnambulisme, d'état second.

Il suffit d'observer les délirants toxiques pour s'apercevoir que ce ne sont pas des dormeurs ordinaires, assistant passivement et en simples spectateurs aux objectivations de leur automatisme mental; ce sont des dormeurs actifs, en mouvement. Comme les somnambules, ils vont du rêve muet au rêve parlé et au rêve vécu, passant parfois de l'état second à la réalité et de la réalité à l'état second, suivant qu'on les interpelle ou qu'on les abandonne à eux-mêmes; comme les somnambules aussi, ils sortent de leur délire par un véritable réveil, n'ayant, en général, qu'un souvenir confus ou nul de leur accès; comme eux, enfin, ils gardent souvent implantée dans leur esprit, plus ou moins longtemps après la guérison, quelque idée fausse, isolée, obsédante, reliquat d'une des conceptions principales de leur rêve hallucinatoire.

Ce complexus morbide, fait de confusion mentale et de délire, est assez caractéristique pour permettre d'affirmer l'existence d'une infection ou d'une intoxication. On peut donc considérer comme d'origine toxi-infectieuse toutes les psychoses qui le réalisent. Telles sont, en particulier, les psychoses d'inanition, d'insolation, de brûlures, de la vieillesse, les psychoses post-opératoires vraies, etc.

Il est possible cependant que chaque poison et chaque mode d'intoxication ait une tendance à déterminer des manifestations symptomatiques un peu spéciales, susceptibles d'aider à une différenciation clinique. J'ai déjà relevé à ce point de vue la fréquence plus grande de la torpeur, de la somnolence, de la narcolepsie dans les psychoses d'auto-intoxication gastro-intestinale et surtout hépatique, et celle des crampes, des attitudes cataleptoïdes, de la tétanie, des attaques éclamptiques dans les psychoses d'auto-intoxication rénale.

Les psychoses d'intoxication, avec leur confusion mentale et surtout leur délire onirique si particulier, sont donc notablement différentes des vésanies ou folies pures. Elles s'en distinguent non seulement par leur nature, leurs caractères, leur évolution, leurs lésions pathogéniques, mais encore par le milieu où elles évoluent. Ce sont avant tout des *délires hospitaliers* et, par conséquent, c'est à l'hôpital, plus souvent que dans les asiles, qu'on a l'occasion de les étudier.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 avril 1901.

Influence de la stérilisation du milieu habité, de l'air respiré et des aliments ingérés, sur l'organisme animal.

MM. Charrin et **Guillemonat**. — Nous venons de faire une série d'expériences ayant pour but d'étudier le rôle, sur les principaux phénomènes vitaux, des bactéries qui pénètrent à tout instant dans l'économie par les voies respiratoire et digestive. On a déjà démontré que, si l'on fait vivre des animaux *nouveau-nés* en dehors de toute intervention bactérienne, le développement est difficile et la mort survient au bout de quelques jours. C'est sur des cobayes *adultes* qu'ont porté nos recherches.

A côté des animaux en expérience, lesquels, enfermés dans des cages aseptisées par flambage, respiraient de l'air filtré sur une couche d'ouate et recevaient des aliments stérilisés par la chaleur, nous avions soin de placer une série de témoins vivant dans des conditions rigoureusement identiques, mais non protégés contre les microorganismes ambiants. Une assez forte proportion des uns et des autres mouraient en moins d'une semaine — temps au bout duquel l'expérience était interrompue — en raison de l'alimentation un peu insuffisante, du manque d'espace, etc. Toutefois, la mortalité fut assez différente dans les deux séries : 19 sur 27 des animaux « aseptiques » succombèrent, alors que, de 29 témoins, 10 seulement périrent. En outre, l'amaigrissement moyen fut de 14 gr. 13 centigr. par jour pour les premiers, de 12 gr. 24 centigr. seulement pour les seconds; le rapport de l'azote urinaire à l'azote total, qui n'était chez les uns que de 0.820, atteignait 0.848 chez les autres. Enfin, après une injection de virus pyocyanique atténué, 6 cobayes sur 9 de la première série moururent, soit les deux tiers, alors que, parmi les témoins, il n'y en eut que 5 sur 11 (un peu moins de la moitié) qui succombèrent.

Ces expériences démontrent de façon évidente que l'on fait fléchir la vitalité et la résistance d'un organisme en stérilisant le milieu qu'il habite, l'air qu'il respire, les aliments qu'il ingère.

M. A. Charpentier communique une note sur la *mesure directe de la longueur d'onde dans le nerf à la suite d'excitations électriques brèves.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mai 1901.

Résultats immédiats et éloignés de la suture des nerfs.

M. Reynier. — Contrairement à l'opinion généralement admise à ce sujet, je ne suis pas encore convaincu de l'impossibilité de la réunion immédiate des nerfs. Pendant les premiers jours qui suivent la suture, il y a évidemment du tissu embryonnaire interposé entre les deux fragments du nerf sectionné, mais cela empêche-t-il le rétablissement rapide des fonctions ? En 1894, M. Monod nous présentait déjà un malade chez lequel il avait pratiqué la suture précoce du nerf radial et qui, dès le lendemain, n'avait pas la moindre paralysie des extenseurs (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 46). Dans le cas de section du sciatique poplité externe que j'ai relaté dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 147), quatre jours après la suture je n'ai pu constater de troubles de la sensibilité, et la motilité ne m'a pas paru sensiblement altérée; l'exploration électrique n'a été faite qu'un mois après : elle a démontré l'intégrité des fonctions motrices.

M. Walther. — J'ai observé ces jours derniers un fait qui m'a semblé intéressant à cause de son extrême rareté; il s'agit d'un conducteur d'automobile qui, il y a vingt mois, subit accidentellement une sorte d'étirement du poignet; à ce moment on constata une anesthésie absolue dans tout le territoire innervé par le médian et le radial, lesquels avaient dû être le siège d'une déchirure incomplète; un mois après l'accident apparurent des troubles trophiques. Tout mouvement des doigts resta impossible jusqu'au huitième mois, où il se produisit une légère amélioration; au bout de quatorze mois la sensibilité finit par revenir. J'ai examiné ce malade tout récemment, et j'ai pu m'assurer que les mouvements des doigts s'effectuent avec une certaine faiblesse; il existe, en outre, un point extrêmement douloureux à la pression sur le trajet du médian, au-dessus du ligament annulaire du carpe; la sensibilité est à peu près normale dans les zones du radial et du médian; les battements de l'artère radiale sont supprimés.

M. Quénu. — M. Reynier admet que la suture primitive d'un nerf sectionné peut être suivie du rétablissement immédiat de la continuité motrice; dans le fait sur lequel il fonde son opinion, le nerf se divisait peut-être plus tôt que d'habitude.

Pour ma part, au cours des expériences que j'ai faites sur les animaux il y a une quinzaine d'années, j'ai toujours obtenu une réunion

primitive macroscopique des nerfs sectionnés, mais j'ai pu vérifier au microscope que dans la cicatrice il n'existe aucune continuité entre les cylindres-axes, qui sont infléchis dans tous les sens au niveau de chacune des surfaces de section, indépendamment de l'interposition de tissu conjonctif de nouvelle formation entre les deux bouts du nerf. Dans ces conditions, il me paraît impossible d'interpréter l'observation de M. Reynier dans le sens qu'il indique.

M. Poirier. — Il est évident que M. Reynier n'a pu obtenir la rétablissement immédiat de la fonction motrice d'un nerf, parce que ce rétablissement est impossible; même si l'on pouvait mettre bout à bout les deux segments d'un cylindre-axe sectionné, on ne pourrait pas éviter la dégénérescence wallérienne.

M. Ricard. — J'ai fait, comme M. Quénu, des expériences sur les animaux, touchant la suture des nerfs; dans les cas où j'ai pu obtenir une réunion primitive, je n'ai jamais observé le rétablissement de la motilité.

M. Potherat. — Le retour des fonctions motrices, après suture d'un nerf sectionné, peut être hâté par le massage et l'électrisation. Chez un malade de la Salpêtrière auquel j'ai fait une suture du médian et du cubital huit mois après leur section, la motilité revint au bout de trois mois et demi, grâce à la persévérance du traitement consécutif consistant en électrisation et en massage. Dans un cas de section complète du cubital, j'ai pu faire la suture trois heures environ après l'accident; trois semaines plus tard, les muscles avaient un fonctionnement tout à fait normal et n'offraient aucune apparence d'atrophie.

Traitement du rein mobile par le massage.

M. Richelot. — J'ai été chargé de vous présenter un rapport sur un mémoire de Mlle Rosenthal relatif au traitement du rein mobile par le massage, méthode dont j'ai pu apprécier les résultats chez plusieurs malades de mon service. La durée du traitement varie de vingt à trente séances environ; sous son influence, on voit peu à peu disparaître tous les symptômes douloureux.

Mlle Rosenthal insiste sur l'importance de la congestion rénale dans la pathogénie du rein mobile et dans la production des douleurs qui accompagnent cette affection. C'est en décongestionnant l'organe déplacé que le massage peut donner les bons effets constatés, alors que la néphropexie reste si souvent impuissante contre les symptômes douloureux du rein flottant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 mai 1901.

L'épreuve du vésicatoire.

M. Roger. — L'étude histologique du liquide contenu dans la phlyctène déterminée par un vésicatoire montre que cette sérosité tient en suspension un assez grand nombre de cellules. Chez l'homme normal, M. Josué et moi y avons trouvé une forte proportion de polynucléaires éosinophiles (25.19 %); chez les individus atteints de maladies infectieuses, ces cellules sont, au contraire, peu nombreuses ou même font complètement défaut; elles reparaissent si l'organisme prend le dessus et triomphe de l'infection. L'épreuve du vésicatoire fournit donc de précieuses indications sur l'intensité de l'imprégnation toxi-infectieuse et sur le mode de réaction des organes hématopoiétiques.

La différence de ces résultats tient à l'action exercée par les toxines microbiennes sur la moelle osseuse. Sous l'influence de ces poisons, la moelle des os donne naissance à des polynucléaires neutrophiles; elle se trouve, par contre, dans l'impossibilité de fournir des éosinophiles. Ehrlich a bien mis en lumière cette sorte d'antagonisme existant entre les processus infectieux et l'éosinophilie. Or, l'application d'un vésicatoire incite à la production d'éosinophiles, et l'examen du liquide de la phlyctène fait voir dans quelle mesure le tissu médullaire est capable de produire ces éléments.

On trouve dans la sérosité en question des leucocytes de toutes variétés, plus des myélocytes et des cellules spéciales que nous avons dénommées *cellules de vésicatoire*.

Dans la tuberculose chronique vulgaire, on rencontre 90 à 98 % de polynucléaires neutrophiles; les éosinophiles sont très rares ou font défaut, les proportions des autres cellules sont assez variables. Les cellules affectent souvent un aspect particulier: elles sont gonflées, comme hydropiques, beaucoup plus volumineuses que chez les sujets normaux. Cet état des éléments cellulaires, sans être spécial à la tuberculose, est bien plus marqué dans celle-ci que dans les autres infections; il nous a mis une fois sur la voie d'une tuberculose latente. Dans un cas de tuberculose à tendance fibreuse, nous avons trouvé 3.2 % d'éosinophiles; chez un tuberculeux tout à fait au début avec bon état général, les mêmes éléments étaient dans la proportion de 7.8 %; dans deux cas de pleurésie séro-fibrineuse aiguë, c'est-à-dire de tuberculose locale de la plèvre évoluant vers la guérison, leur taux atteignait 13.7 et 17 %.

Dans l'érysipèle, les oreillons, l'amygdalite aiguë, l'érythème polymorphe, le zona ophtalmique, la broncho-pneumonie, nous avons vu la proportion des éosinophiles varier de 0 à 3 %.

Céphalée brightique traitée par la ponction lombaire.

M. Guillain communique, au nom de M. Marie et au sien, l'observation d'un malade qui fut atteint, au cours d'une néphrite chronique, d'une céphalée très intense ayant résisté à tous les traitements. Pensant alors que cette céphalée était peut-être occasionnée par l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, on pratiqua une ponction lombaire, et on donna issue à 6 c.c. de liquide qui s'écoula en jet. Un quart d'heure après, le malade se trouva très soulagé, et dans la journée son mal de tête disparut complètement. Il y a quatre jours que cette opération a été pratiquée; depuis lors, la céphalée ne s'est pas reproduite.

M. Le Gendre dit avoir constaté également une sédation du mal de tête et des autres accidents (insomnie, myosis, etc.) chez un urémique, après soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien.

M. Netter fait remarquer que le fait qu'il s'est écoulé 6 c.c. de liquide chez le malade de MM. Marie et Guillain n'implique pas que la tension de ce liquide fût très exagérée; quand on pratique une ponction lombaire chez les enfants atteints de méningite, il n'est pas rare d'obtenir 40 et 50 c.c. de liquide sans aspiration.

M. Guillain dit que c'est intentionnellement que l'écoulement a été arrêté après l'issue de 6 c.c. de liquide, mais qu'on aurait pu en recueillir beaucoup plus.

Méningite cérébro-spinale à symptômes atténués.

M. Rendu relate l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'un refroidissement, fut pris de frissons répétés et d'un mal de tête extrêmement pénible accompagné d'épistaxis s'étant renouvelés deux ou trois fois. Les jours suivants, le malade se plaignit, en outre, de vives douleurs dans la région des lombes et au niveau des membres inférieurs. En le faisant asseoir dans son lit, on constata qu'il présentait une ébauche du signe de Kernig et que la flexion exagérée de la tête sur le sternum exaspérait très notablement les douleurs des membres inférieurs. En présence de ces symptômes, on pensa qu'il s'agissait d'une forme bénigne de méningite cérébro-spinale et on traita le malade par la balnéation chaude. Quelques jours après, il était complètement guéri.

Helminthiase et appendicite.

M. Triboulet. — M. Metchnikoff a démontré récemment que l'helminthiase pouvait simuler l'appendicite, mais, en présence d'une entérite appendiculaire coexistant avec des vers intestinaux, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une véritable appendicite, et non d'une pseudo-appendicite.

Ces réflexions me sont suggérées par l'observation d'une de mes malades atteinte de lombricose, qui a présenté à plusieurs reprises, surtout au moment des règles, des poussées d'entérite appendiculaire caractérisées par de la fièvre, des nausées, des vomissements, de la douleur et de l'empâtement au niveau du point de McBurney, etc.

M. Pierre Merklen. — Il me semble que cette femme a été atteinte d'appendicite et non de pseudo-appendicite. Elle a eu de la fièvre, en même temps que des douleurs au point de McBurney et des vomissements, et, ainsi qu'il arrive si souvent chez la femme, elle a des réveils douloureux du côté de son appendice au moment des règles. Son appendice est donc malade. Il est possible que l'helminthiase ait été le mode pathogénique de son infection appendiculaire; mais, l'infection faite, les conséquences thérapeutiques sont les mêmes quel qu'en soit le mécanisme : c'est un appendice à enlever à froid.

Dilatation aiguë du cœur chez un rhumatisant cardiopathe.

M. Ferrier communique l'observation d'un ancien rhumatisant, porteur d'un rétrécissement de l'orifice pulmonaire, qui fut atteint au commencement de l'hiver d'une seconde attaque de rhumatisme articulaire aigu dont il guérit, du reste, assez rapidement. Quelque temps après sa sortie de l'hôpital, cet homme s'étant beaucoup fatigué eut des accidents asystoliques aigus, qui s'amendèrent au bout de quelques jours sous l'influence du repos et d'un régime approprié; lorsqu'ils eurent à peu près disparu, on put constater que le malade, outre son rétrécissement de l'orifice pulmonaire, offrait tous les signes d'une dilatation de l'orifice aortique. D'après l'évolution de ces différents accidents, l'orateur incline à croire que la cause anatomique de la crise d'asystolie a été, non pas le rétrécissement de l'orifice pulmonaire qui datait d'un certain temps, mais une localisation sur le myocarde de la seconde crise de rhumatisme articulaire.

M. Josias lit l'observation d'une petite fille qui a succombé à un kyste hydatique suppuré du poumon et de la plèvre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE



Séance du 4 mai 1901.

Hémothorax traumatique avec infection par le streptocoque et le bacillus perfringens.

MM. Lecène et **Legros.** — Un homme de vingt-trois ans reçut au cours d'une rixe une balle de revolver dans la région thoracique supérieure droite; immédiatement après, on constata l'existence de signes d'hémothorax remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate, sans pneumothorax. La température s'étant maintenue à 37° pendant les neuf premiers jours qui suivirent l'accident, on crut à une résorption aseptique de l'épanchement; mais le douzième jour la scène changea; l'état général devenant grave, on fit une ponction qui donna issue à 1,250 grammes de liquide franchement sanglant, dans lequel on trouva deux espèces microbiennes : le streptocoque et le *bacillus perfringens*. Ce dernier était très nettement prédominant; l'injection sous-cutanée d'un demi-centimètre cube de sa culture en bouillon tua en vingt heures un cobaye de 400 grammes.

Au seizième jour, après une pleurotomie qui avait permis d'évacuer deux litres de liquide hémopurulent gazeux et fétide contenant du bacillus perfringens à l'état de pureté, sauf quelques streptocoques, le malade mourut avec des signes de péritonite généralisée sans septicémie.

Le streptocoque prédominait dans le pus péritonéal; par des cultures anaérobies, on put cependant encore en isoler le bacillus perfringens. Le poumon droit était atélectasié, recouvert de fausses membranes; la balle de revolver était incluse en plein parenchyme du lobe inférieur. La péritonite généralisée s'était développée sans perforation diaphragmatique.

Mode d'action du régime aux pommes de terre dans le diabète sucré.

M. Mossé (de Toulouse). — J'ai établi dans des travaux antérieurs que la substitution de pommes de terre au pain, dans l'alimentation des diabétiques, a pour effet de déterminer une amélioration manifeste de l'état général et du syndrome urologique (Voir *Semaine Médicale,* 1899, p. 269).

Le poids des pommes de terre ingérées en pa-

reille occurrence étant trois fois supérieur à celui du pain qu'elles remplacent, on peut se demander si les avantages de ce régime ne sont pas dus à ce qu'une partie de ces féculents sont inutilisés ou insuffisamment transformés par les sucs digestifs.

Pour élucider ce point, j'ai dosé chaque jour chez deux diabétiques, avec M. Maille, le taux des substances hydrocarbonées des fèces, pendant les périodes d'alimentation au pain et celles de régime aux pommes de terre. J'ai vu ainsi qu'il n'existe dans les deux cas que des différences insignifiantes.

Dès lors, l'insuffisance d'assimilation ne saurait être invoquée, et je crois qu'en dehors de la forte teneur des pommes de terre en eau, les services que rendent ces féculents chez les diabétiques pourraient être attribués à ce que l'organisme de ces malades utilise beaucoup mieux qu'on ne le suppose les principes hydrocarbonés de la pomme de terre.

Action de l'urine du chien à la mamelle sur ses hématies.

MM. Sabrazès et **Fauquet** (de Bordeaux). — Nous avons montré récemment que l'urine des nouveau-nés normaux allaités au sein — urine très pauvre en chlorures et en phosphates et ayant un point de congélation élevé — dissout les globules rouges qu'on y incorpore; nous avons établi, de plus, ce fait curieux, à savoir que la *première urine* du nouveau-né normal n'ayant pas encore tété est également hématolysante (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 85 et 109).

Cette hypotonie de l'urine, dont un des facteurs principaux, dans le cas particulier qui nous occupe, est l'hypochlorurie, s'observe-t-elle aussi chez les animaux, le chien à la mamelle par exemple?

Nous avons examiné à ce point de vue trois chiens âgés de quinze à dix-sept jours, exclusivement nourris à la mamelle; nous avons vu que leur urine, obtenue séance tenante par expression vésicale de douze à dix-huit heures après une tétée, n'est pas hématolysante (dans un cas, le point de congélation était égal à — 1°33). En soumettant un de ces chiens pendant huit jours à l'allaitement artificiel par le lait de vache, l'urine n'a pas acquis la propriété de dissoudre les globules rouges.

Ainsi, à l'encontre de l'urine du nourrisson, l'urine du chien à la mamelle ou allaité artificiellement ne possède pas le pouvoir de laquer les hématies.

Préparation d'une cytotoxine pancréatique.

MM. Carnot et **Garnier.** — Depuis plusieurs mois nous avons fait une série de recherches sur les cytotoxines pancréatiques. Les conclusions que nous en tirons sont sensiblement analogues à celles que M. Surmont (de Lille) a fait connaître dans la précédente séance. En effet, *quoad vitam* l'injection intraglandulaire de sérum antipancréatique peut déterminer la mort soit très rapidement, soit en quelques semaines, ou, au contraire, permettre une survie indéfinie. Quant à la glycosurie, on l'observe surtout dans les cas où l'on injecte le sérum directement dans la glande; elle manque d'ailleurs souvent.

En ce qui concerne l'action antitryptique, des réserves formelles doivent être faites : on sait fort bien, en effet, que le sérum normal entrave *in vitro* l'action des ferments pancréatiques.

Enfin, les altérations histologiques constatées à la suite de l'injection intraglandulaire de sérum antipancréatique sont souvent difficiles à distinguer d'avec les lésions produites par les sérums témoins, provenant également d'animaux d'une autre espèce, et injectés à doses massives au contact des cellules pancréatiques.

Il ne semble donc pas que jusqu'ici les résultats obtenus soient absolument concluants.

Action du violet de méthyle sur la fonction anticoagulante du foie.

M. Ribaut. — Cavazanni a établi que le foie possède la propriété d'arrêter au passage le violet de méthyle injecté dans la circulation porte. Il a montré, en outre, que cette fixation entrave la fonction glyco-formatrice de l'organe.

Il était intéressant de voir si cette action paralysante de la matière colorante était susceptible d'une certaine généralisation. J'ai choisi pour cette recherche la fonction anticoagulante du foie, qui s'exerce sous l'influence d'une injection intraveineuse de peptone.

Or, après fixation du violet de méthyle dans le foie, la peptone n'a jamais produit l'incoagulabilité du sang; c'est à peine si un léger retard a pu être observé.

Il découle donc de ces expériences que le violet de méthyle, en se fixant sur les cellules hépatiques, paralyse la fonction anticoagulante dont la mise en jeu est normalement provoquée par la peptone.

Pneumocoque et sérum antidiphtérique.

M. Legros. — Les résultats obtenus par M. Talamon au moyen du sérum antidiphtérique dans le traitement de la pneumonie (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 69) nous ont engagé à étudier l'action de ce sérum sur des souris infectées avec une culture de pneumocoque. Les résultats ont toujours été négatifs; nous n'avons même pu saisir à un moment quelconque une réaction de défense plus ou moins caractérisée chez les animaux en expérience.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 2 mai 1901.

Hérédo-syphilis cérébrale.

M. Gaucher. — Il y a un peu plus d'un an, je recevais dans mon service une jeune femme de dix-neuf ans, ayant accouché depuis un mois, qui était dans le coma et présentait une hémiplégie droite avec aphasie; en outre, on percevait à l'auscultation cardiaque un bruit de galop, et il y avait de l'albuminurie.

En examinant attentivement la malade, je remarquai des altérations dentaires tellement caractéristiques que je me crus en droit de conclure à l'hérédo-syphilis, bien qu'il n'en existât que ce seul stigmate; j'ajouterai qu'on ne relevait aucun signe de syphilis acquise. Je fis faire des frictions mercurielles : quinze jours après, l'amélioration était des plus évidentes; cette femme sortait de l'hôpital complètement guérie au bout d'un mois et demi de traitement. Elle est revenue me consulter récemment pour des gommes des jambes, lésions qui confirment la nature syphilitique des troubles cérébraux antérieurs.

Les recherches bibliographiques que j'ai faites m'ont montré que les accidents cérébraux sont rares dans la syphilis héréditaire. On les a toujours attribués à des méningites gommeuses; dans le cas particulier, je crois qu'il s'agissait plutôt d'une artérite syphilitique de la sylvienne.

Voici des moulages qui reproduisent exactement l'aspect du système dentaire de cette malade. A la mâchoire inférieure, les quatre incisives sont naines et érodées et les canines atrophiées; au maxillaire supérieur, les incisives, dont les dimensions sont normales, sont également érodées. Mais l'altération de beaucoup la plus importante, à mon avis, est celle des quatre premières molaires qui sont toutes abrasées, décuspidées à leur surface triturante. J'insiste particulièrement sur cette lésion et je lui attribue une grande valeur comme stigmate d'hérédo-syphilis, car on sait que la calcification des cuspides des molaires débute au sixième mois de la vie intra-utérine.

M. L. Jullien. — A-t-on pu obtenir des renseignements sur l'enfant de cette femme et sur les antécédents de son mari?

M. Gaucher. — L'enfant est mort le lendemain de l'accouchement. Quant au mari, il a quitté sa femme et il a été impossible de le retrouver et, par suite, de l'interroger ou de l'examiner. Malgré l'absence de ces renseignements, qui diminue un peu la valeur de l'observation que je viens de communiquer, je ne puis admettre ici l'hypothèse d'une syphilis conceptionnelle. Cette femme est devenue enceinte immédiatement après son mariage; or, je ne crois pas qu'une syphilis acquise puisse donner lieu à des accidents cérébraux pareils au bout de neuf mois et à des gommes après vingt et un mois seulement.

M. A. Fournier. — Mes recherches m'ont montré que, dans la syphilis héréditaire, on rencontrait des accidents cérébraux surtout vers l'âge de la malade de M. Gaucher, entre dix-huit et vingt-deux ans; je n'en ai pas trouvé d'exemple au delà de cet âge.

J'insiste avec M. Gaucher sur l'importance capitale des malformations dentaires, qui suffisent parfois à elles seules à établir le diagnostic et permettent, comme dans le cas qui vient de nous être rapporté, de sauver le patient par un traitement mercuriel intensif. Parmi les altérations dentaires les plus significatives, je signalerai en première ligne la dent d'Hutchinson, puis la décuspidation des molaires, enfin la dent en tournevis.

Traitement électrique de la morphée.

M. Balzer. — Je vous présente une fillette atteinte de morphée depuis quinze mois. La lésion paraît à peu près circonscrite à la zone innervée par le plexus cervical superficiel droit. A la suite de quelques séances d'électrolyse, il s'est produit une amélioration marquée au niveau de la plaque de morphée.

J'ai eu antérieurement recours à l'électrolyse dans deux autres cas analogues. Dans le premier, l'amélioration a été évidente; je n'ai en revanche pas obtenu d'amendement bien manifeste pour le second.

M. Brocq. — Le traitement de la morphée par l'électrolyse, en appliquant le pôle négatif au niveau de la lésion, donne de bons résultats à condition qu'on n'emploie pas des courants d'une intensité trop grande, sans quoi on risque de voir se développer des formations kéloïdiennes; de plus, il faut bien limiter l'action de l'électrolyse à la surface sclérodermique, car il m'a semblé que partout où on dépasse celle-ci, la morphée prend une tendance extensive. Avec ces précautions, il est de règle que les lésions cessent de progresser dès la deuxième ou la troisième séance d'application des courants continus.

La méthode unipolaire, qui comporte l'application du pôle négatif au point malade, m'a toujours paru donner des résultats au moins aussi satisfaisants que la méthode bipolaire, que l'on a également préconisée.

M. Barthélemy. — Les courants à haute fréquence me semblent avoir dans le traitement de la morphée des résultats sensiblement supérieurs à ceux de l'électrolyse. Je leur donne actuellement la préférence.

M. Brocq. — Lorsque j'ai signalé en 1887 les bons effets de l'électrolyse appliquée aux plaques sclérodermiques, le traitement par les courants à haute fréquence n'existait pas encore. Je dois dire que, depuis lors, j'ai eu quelques occasions d'employer ce dernier moyen qui ne m'a pas semblé plus efficace que l'électrolyse. Mon expérience ne portant d'ailleurs que sur un petit nombre de cas, je me propose de mettre parallèlement en œuvre les deux procédés afin d'en comparer les résultats.

Eruption lichénoïde linéaire.

M. A. Fournier. — Voici une jeune femme de dix-neuf ans qui offre au membre supérieur droit, depuis l'insertion du deltoïde jusqu'à l'extrémité du petit doigt, une éruption lichénoïde dont les éléments sont disposés bout à bout de façon à former un cordon ininterrompu. Cette éruption a débuté il y a sept mois et depuis lors est restée stationnaire. Vous remarquerez en même temps que le corps de cette malade est couvert d'une éruption papulo-squameuse syphilitique, de la forme improprement dénommée roséole de retour. Je suis porté à admettre que l'éruption linéaire du bras est de même nature, car, à l'extrémité supérieure du cordon, les éléments sont disposés en bouquet, groupement assez caractéristique de la syphilis; l'aspect même des lésions n'a rien qui s'oppose au diagnostic de syphilis.

M. Hallopeau. — Le lichen prend assez fréquemment la disposition linéaire; il n'y a pas de raison pour que des éléments syphilitiques ne puissent adopter le même mode de groupement.

M. Jullien. — La nature syphilitique de ces lésions me paraît ne faire aucun doute, car les éléments sont des papulo-squames ayant tous les caractères habituels de la spécificité; il s'agit là, à mon avis, d'un cas de ces *syphi-*

lides zoniformes sur lesquelles MM. Gaucher et Barbe ont attiré l'attention, et qu'il ne faut pas confondre avec le *zona syphilitique* que j'ai décrit : je crois, en effet, que la toxine syphilitique, tout comme la plupart des toxines, est susceptible de déterminer un herpès zoster ; quant aux syphilides vraies, elles seraient produites, au contraire, par le microbe lui-même.

Dermite médicamenteuse consécutive à une application de laudanum.

M. Sabouraud communique, au nom de M. E. Bodin, l'observation d'un sujet chez lequel une dermite érythémateuse et bulleuse succède régulièrement, *in situ*, à l'application de laudanum de Sydenham, en l'absence de toute altération de ce médicament.

M. Bourges. — J'ai vu une éruption identique se développer au genou, chez une femme, après une application de laudanum en ce point. La malade avait d'ailleurs une sensibilité toute spéciale vis-à-vis des préparations opiacées, lesquelles déterminaient constamment chez elle une dermite semblable.

Accidents provoqués par le baume du Pérou dans le traitement de la gale.

M. Hallopeau. — Chez un sujet atteint d'une gale d'intensité moyenne, mais ayant en même temps des placards d'eczéma sur le bas-ventre, l'emploi de baume du Pérou a produit de larges ulcérations, extrêmement douloureuses, qui ont mis un mois à cicatriser malgré le séjour au lit. Il me paraît donc prudent de renoncer aux applications de ce médicament chaque fois que la gale se complique d'un certain degré d'irritation cutanée.

M. Jullien. — M. Hallopeau n'ayant observé le malade que longtemps après l'application du topique, et n'ayant pas assisté à cette application, il me semble nécessaire de formuler quelques réserves sur les prétendus dangers du baume du Pérou; pour ma part, j'emploie ce produit depuis 1878, et je n'ai jamais constaté rien de semblable.

Kératose folliculaire villeuse.

M. Du Castel présente, au nom de M. G. Baudoin et en son nom, un homme de vingt ans, dont le corps est depuis deux mois le siège d'une éruption caractérisée par de petites saillies papuleuses, mousses, rouges, d'où émanent des prolongements cornés villeux d'un millimètre de longueur environ. Ces modifications cutanées se voient surtout aux hanches, à la partie postérieure des bras et des avant-bras, aux épaules et à la région supérieure et antérieure du cou. Cette éruption est indolente, et l'état général se maintient excellent.

Le malade est atteint d'une kératose pilaire ancienne très accusée. Il dit avoir eu il y a quelques années une éruption passagère dont la nature ne peut être déterminée.

L'examen histologique a montré qu'il s'agit d'une kératose pilaire avec légère infiltration leucocytaire autour des follicules pileux.

Accidents consécutifs à la piqûre par les épines de bougrane.

M. Hallopeau. — La piqûre par les épines de bougrane (*Ononis spinosa*) détermine, comme vous le voyez chez ce malade, un gonflement considérable de la partie lésée, qui s'accompagne de douleurs très vives et se termine fréquemment par de la suppuration; il faut souvent un mois, voire même plus, pour que la peau reprenne son aspect normal.

M. Gastou relate une observation de *vulvite clitoridienne* analogue, tant au point de vue clinique que bactériologique, à la balanite érosive à spirilles, décrite par MM. Berdal et Bataille.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 15 avril 1901.

A propos du diagnostic médico-légal des taches de sang humain au moyen du sérum antihématique.

M. Ogier propose d'employer, dans les expertises médico-légales, le procédé indiqué par Uhlenhuth d'une part, Wassermann et Schütze de l'autre, pour distinguer le sang humain d'avec le sang des animaux (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 66). Il s'est assuré, avec M. Herscher, de la valeur de la réaction dont il s'agit, laquelle se produit même avec des quantités de sang très faibles, comme celles qui proviennent de la dissolution d'une simple tache. La réaction était très nette avec du sérum de lapin conservé à 0° depuis trois semaines.

D'après l'orateur, le seul inconvénient de cette méthode, c'est qu'il faut mettre un lapin en expérience pendant trois semaines ou un mois avant d'obtenir du sérum qui précipite les hématies. Il serait très utile de trouver un moyen de conserver longtemps ce sérum, sans qu'il perdît ses propriétés spécifiques; une petite quantité de sérum pourrait ainsi servir à un grand nombre d'épreuves.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 24 avril 1901.

Le rachitisme et le croisement des races comme facteurs de myopie et d'astigmatisme.

M. Hauchecorne fait une communication dans laquelle il insiste sur l'importance du rachitisme dans le développement de la myopie et de l'astigmatisme. Chez les enfants rachitiques, plusieurs circonstances concourent à produire un aplatissement de l'orbite : d'abord le poids des lobes antérieurs du cerveau agissant sur la voûte orbitaire, ramollie par le processus rachitique; ensuite ce qu'on a appelé l' « impression basilaire du crâne », c'est-à-dire l'affaissement des parties avoisinant le trou occipital sous la double influence de la pesanteur et de la traction musculaire. Il résulte de cette déformation de la cavité orbitaire que l'œil, au cours du développement, se trouve comprimé et aplati; comme conséquence, il se produit un allongement de l'axe longitudinal du globe, un excès de courbure de la cornée et du cristallin, un épaississement de ce dernier et une augmentation de la profondeur de la chambre antérieure. Il importe de remarquer que l'allongement de l'axe longitudinal se fait presque tout entier aux dépens du corps vitré, à cause du diamètre considérable de celui-ci et de l'impossibilité où il est de s'étendre librement comme les parties antérieures de l'œil.

Ce mécanisme, d'après l'orateur, expliquerait nombre de cas de myopie sans qu'il fût nécessaire de faire intervenir des conditions de mauvaise hygiène scolaire; l'extrême fréquence du rachitisme (98 à 99 % des enfants des villes en seraient atteints) rend compte de la diffusion de la myopie; si tous les rachitiques ne deviennent pas myopes, c'est que, ainsi que l'a vu C. du Bois-Reymond, il existe presque toujours à la naissance une tendance à l'hypermétropie.

Comme preuve de cette origine rachitique de la myopie, M. Hauchecorne cite le fait que ce trouble de la réfraction est moins commun chez les jeunes filles que chez les jeunes gens; or, on sait que le rachitisme est relativement rare dans le sexe féminin et que, de plus, l'œil de la femme est proportionnellement plus petit que celui de l'homme.

En terminant, l'orateur déclare que le croisement des races, si fréquent de nos jours, ne lui paraît pas sans influence sur la production de la myopie. En effet, le plus souvent le descendant réunit des caractères physiques non seulement de ses deux procréateurs, mais encore des ancêtres de ceux-ci; dès lors, il peut arriver — et il arrive fréquemment, d'après M. Hauchecorne — qu'on hérite de l'œil de son père, par exemple, et du crâne de sa mère; en pareille occurrence, il y a bien des chances que la cavité orbitaire soit trop petite pour l'organe qu'elle est destinée à contenir, et que, par suite, le globe oculaire soit déformé comme il l'est dans une orbite rachitique.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 29 avril 1901.

Diabète et accident.

M. F. Hirschfeld. — La réalité d'un diabète consécutif aux traumatismes de la tête est admise depuis Cl. Bernard ; elle a été, du reste, démontrée par l'observation clinique; toutefois, ce qui survient le plus souvent chez l'homme en pareille occurrence, c'est une glycosurie passagère et peu importante. Brähmer, il est vrai, a publié le cas d'un mécanicien de chemin de fer qui, à la suite d'un accident où il avait éprouvé une violente commotion, eut de la glycosurie pendant un an ; au choc physique s'étaient ajoutées des préoccupations morales, cet homme ayant été poursuivi comme responsable de l'accident ; après son acquittement, le sucre disparut de l'urine ; mais des faits aussi probants sont exceptionnels.

En raison de l'obscurité qui enveloppe l'étiologie du diabète, et qui fait que, si l'on peut parfois soupçonner le rôle du traumatisme, il est en général impossible de l'affirmer, on ne saurait évidemment songer à décrire le tableau clinique du diabète traumatique, ni à préciser le laps de temps au bout duquel il apparaît.

Outre les traumatismes crâniens, les blessures du pancréas peuvent aussi provoquer de la glycosurie, en déterminant la formation d'un kyste de l'organe, d'une pancréatite suppurée ou chronique, d'un épanchement sanguin, etc.

Enfin, un accident peut aggraver un diabète préexistant, voire même déterminer un coma parfois mortel.

M. Becher tient pour très douteux les rapports du diabète et du traumatisme; le plus souvent il se produit simplement une glycosurie passagère.

A propos de l'acromégalie.

M. Benda communique les résultats de l'examen microscopique des 4 cas d'acromégalie relatés par MM. Fränkel et Stadelmann dans une précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 120); il a constaté chaque fois l'existence d'une tumeur hypophysaire développée aux dépens de la glande et présentant, au moins par places, des caractères de malignité; mais il manquait le signe essentiel du cancer, à savoir l'effraction de la capsule conjonctive, de sorte que la nature de ces tumeurs demeure quelque peu incertaine.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 3 mai 1901.

Péritonite idiopathique primitive.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Nothnagel** a communiqué le résultat de ses recherches sur la péritonite idiopathique primitive, dont il distingue trois variétés, suivant qu'elle reconnaît pour cause une irritation chimique, mécanique ou bactérienne.

La péritonite due à des agents chimiques n'a qu'un intérêt théorique; on a pu la produire sur les animaux de laboratoire, mais on ne l'a jamais observée chez l'homme.

Quant à la péritonite d'origine mécanique, elle est plus importante à connaître pour le clinicien. La compression exercée par l'intestin rempli de matières fécales en est un facteur assez fréquent. Les péritonites chroniques qui s'observent au voisinage des grosses tumeurs du foie et de la rate, les péritonites péri-herniaires, etc., reconnaissent également la même cause. L'existence de la péritonite mécanique a été du reste prouvée expérimentalement par l'introduction, dans la cavité péritonéale de lapins, de vessies remplies d'un liquide stérilisé.

Restent enfin les péritonites d'origine bactérienne; l'orateur les croit beaucoup plus souvent secondaires que primitives : il en est ainsi, en particulier, des péritonites consécutives à la fièvre typhoïde, à l'infection puerpérale, etc. Sur 2,000 cas de péritonite typhoïdique, Liebermeister n'en a trouvé que 16 qui ne fussent pas consécutifs à une perforation de l'intestin, et

sur ces 16 il n'y en avait pas un seul qui fût véritablement idiopathique, car il existait toujours des altérations d'un autre organe; de même, la péritonite qui s'observe au cours de l'influenza serait due, selon Leichtenstern, à une entérite grippale; le caractère primitif de la péritonite qui se manifeste dans le cours d'un rhumatisme articulaire ou d'une septicémie n'est pas mieux prouvé. Sur 867 autopsies de péritonites, dont 13 avaient été déclarées essentielles, Grawitz a toujours pu établir que ce n'était pas le péritoine qui avait été lésé primitivement.

Il est, en outre, une classe de péritonites, en apparence idiopathiques, qui sont dues en réalité au passage à travers les stomates du diaphragme de microorganismes contenus dans la plèvre ou les bronches, etc. Des bactéries provenant des amygdales pourraient même pénétrer dans le tube digestif et envahir ensuite le péritoine. La rareté de la péritonite au cours des maladies infectieuses dépend du pouvoir absorbant considérable de la séreuse péritonéale.

En ce qui concerne les péritonites chroniques, M. Nothnagel n'en a observé aucun cas susceptible d'être considéré comme idiopathique. Dans la péritonite tuberculeuse paraissant primitive, le point de départ de l'infection siège souvent au niveau des ganglions rétropéritonéaux ou mésentériques, à la surface de la plèvre ou dans les organes génitaux. Quant à l'ascite des jeunes filles, décrite par Quincke, c'est une névrose vasomotrice ou sécrétoire de la puberté, et non une véritable péritonite.

Traitement de l'empyème de la plèvre par le procédé de Bülau.

M. Frank a présenté trois malades atteints d'empyème de la plèvre, qui ont été traités par le drainage avec aspiration permanente selon le procédé de Bülau.

Dans un des cas en question, l'empyème était consécutif à une septicémie puerpérale, et la malade a guéri au bout de deux mois; dans le second la suppuration était due au streptocoque, dans le troisième elle était de nature tuberculeuse; ces deux patients sont encore en traitement.

Les principaux avantages du procédé de Bülau sont de ne pas nécessiter l'anesthésie générale et de ne jamais déterminer de pneumothorax, d'œdème pulmonaire ni d'accidents de collapsus, comme le fait peut se produire lorsque le pus est évacué brusquement. Toutefois, quand un empyème traité par cette méthode n'est pas guéri au bout de six mois, il faut réséquer un plastron costal.

Sur 18 malades que l'orateur a traités par le procédé de Bülau, 8 ont guéri dans un intervalle de temps variant entre six semaines et six mois, 4 sont morts (ils étaient tuberculeux), 5 ont été améliorés et un est resté dans un état stationnaire.

M. Gersuny fait observer qu'on ne peut pas comparer le procédé de Bülau à la thoracotomie, parce que ces deux modes de traitement n'ont pas les mêmes indications. Le premier ne peut être employé ni dans les empyèmes chroniques ni dans les empyèmes avec épanchement fibrineux très épais. Aussi l'orateur a-t-il recours de préférence à la thoracotomie qu'il pratique simplement sous l'anesthésie locale, et qui donne des résultats au moins aussi bons que le procédé de Bülau.

Xeroderma pigmentosum avec cancroïdes.

M. Spiegler a montré une femme de soixante-douze ans, dont les avant-bras sont recouverts de taches brunes diffuses tout à fait comparables à celles du xeroderma pigmentosum. Cette femme présente, en outre, deux cancroïdes ulcérés, l'un au niveau du nez, l'autre sur le dos de la main.

Dr SCHNIRER.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un procédé d'intubation du larynx, avec maintien du fil à demeure, permettant d'éviter l'extraction inopportune du tube.

La pratique qui consiste à laisser, l'opération du tubage une fois terminée, le fil de sûreté en place, présente l'avantage incontestable de simplifier l'extraction du tube, en mettant cette manœuvre à la portée du premier venu en cas d'urgence. Malheureusement, le maintien du fil à demeure est loin d'être exempt d'inconvénients : malgré toutes les précautions qu'on prend habituellement, il est difficile d'empêcher le petit malade ou même les personnes de son entourage d'exercer, volontairement ou non, des tiraillements sur le fil et d'extraire de la sorte le tube, sans compter que le fil peut être coupé par les dents, accident qui, pour n'être pas très fréquent, mérite cependant d'être pris en considération. Aussi un certain nombre de praticiens ont-ils adopté pour règle d'opérer systématiquement le retrait du fil de sûreté dès que le tube et les bronches sont débarrassés des débris de fausses membranes, et de se servir de l'instrument spécial pour faire l'extraction du tube. Cette manière d'agir — qui, à la rigueur, se justifie dans les hôpitaux — n'est pas satisfaisante en clientèle, où il est impossible de confier l'extracteur à l'entourage du patient et d'assurer l'extraction immédiate du tube en cas d'indication urgente. Or, un médecin allemand, M. le docteur E. Schlechtendahl (de Dusseldorf) a trouvé que, sans renoncer à laisser le fil de sûreté en place, on peut éviter les inconvénients inhérents à cette pratique, et cela tout simplement en faisant passer le fil par le nez au lieu de lui faire traverser la cavité buccale.

Voici en quoi consiste le procédé imaginé par notre confrère :

Le tube muni du fil de sûreté une fois introduit dans le larynx suivant les règles ordinaires, on insinue une sonde de Belloc dans l'une des narines et, lorsque l'extrémité de l'instrument est parvenue dans le pharynx, on enfonce le stylet qui chasse le ressort de la sonde dans la bouche. Après avoir alors saisi le bouton terminal de ce ressort, percé d'un trou transversal, on engage dans cet orifice l'extrémité du fil qui pend hors de la bouche et, en retirant ensuite la sonde par la narine, on fait franchir au fil la fosse nasale correspondante. Il ne reste plus qu'à le couper ras et à le fixer à l'aide de diachylon ou de collodion soit à l'aile du nez, soit à l'entrée même de la narine.

Il va de soi que cette modification de la technique habituelle ne gêne en rien le détubage : il suffit d'introduire l'index profondément dans la bouche du malade pour saisir, au niveau de la paroi postérieure du pharynx, le fil et, comme l'extrémité libre de celui-ci se laisse facilement détacher du nez, l'extraction du tube n'offre aucune difficulté. On peut, d'ailleurs, l'effectuer en exerçant des tractions directement sur le chef fixé du côté de la narine : le tube ne tarde pas à être amené dans la bouche, d'où il est ensuite rejeté au dehors.

Le procédé préconisé par M. Schlechtendahl offre l'avantage de mettre le fil, et partant le tube, à l'abri d'accidents fâcheux (tiraillements à l'occasion de la déglutition et des mouvements de la langue, section du fil par les dents, extraction inopportune, etc.), sans qu'on ait même besoin d'attacher les mains du patient aux bords du lit, comme on le fait d'ordinaire.

Les raisins dans le traitement de l'hyperacidité urinaire.

Lorsque l'acidité des urines se trouve exagérée en l'absence de toute maladie fébrile aiguë, on a généralement recours à la médication alcaline, sans que les résultats qu'on en obtient justifient toujours cette manière d'agir. Il importe, en effet, de tenir compte que, chez nombre de sujets, les alcalins, surtout quand on les prend aux repas et à doses modérées, déterminent une hypersécrétion gastrique qui ne fait qu'augmenter encore davantage le taux de l'acide urique dans les urines. Aussi M. le docteur P. Carles, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, a-t-il cherché à remplacer, dans la thérapeutique habituelle de l'hyperacidité urinaire, le bicarbonate de soude par un sel acide susceptible de se transformer, dans le torrent circulatoire, en sel alcalin. Le bitartrate de potasse ou crème de tartre répond parfaitement à ce desideratum, puisqu'il se transforme dans l'économie en carbonate de potasse et qu'il traverse l'estomac sans exciter l'hypersécrétion de la muqueuse de cet organe. Mais, administré à l'état libre et à la dose de plusieurs grammes, ce sel n'est plus absorbé et agit comme purgatif. Par contre, en combinaison naturelle avec certaines matières végétales, tel qu'il se présente notamment dans les raisins mûrs, le bitartrate de potasse est très bien toléré par l'organisme. D'après les observations de notre confrère, les raisins frais seraient, à cet effet, préférables aux raisins secs, ceux-ci étant moins riches en tartre. Toutefois, à défaut de fruits frais, on peut employer les raisins secs de Malaga, à la quantité de 100 grammes par jour, divisés en deux fois et pris en guise de dessert aux principaux repas.

Sur 5 malades dont l'acidité urinaire était double ou triple de la normale et que M. Carles a soumis à ce régime, 4 ont vu l'acidité revenir dans les vingt-quatre heures à la normale, et même s'abaisser au-dessous, en même temps que la quantité totale d'acide urique diminuait également d'une manière très sensible. Seul le cinquième patient, arthritique de vieille date, atteint de néphrite et éprouvant une répulsion absolue pour l'alimentation végétale, n'a pas paru bénéficier du traitement en question.

Les irrigations antiseptiques du nez comme moyen de traitement de la coqueluche.

En se basant sur la théorie d'après laquelle la coqueluche aurait pour point de départ une irritation de la membrane de Schneider, déterminée par un microorganisme spécifique, on a depuis longtemps cherché à combattre cette affection au moyen de pulvérisations nasales et d'insufflation de poudres médicamenteuses dans le nez (Voir *Semaine Médicale*, 1886, p. 93). Estimant que ces interventions ne sauraient suffire à débarrasser les fosses nasales des microbes qui pullulent dans tous les coins et recoins de ces cavités, un médecin anglais, M. le docteur E. M. Payne (de Cricklewood), a essayé avec succès de leur substituer un moyen plus énergique, tel que l'irrigation du nez. Notre confrère a eu l'occasion d'appliquer ce traitement dans un cas de coqueluche ayant résisté à tous les remèdes employés habituellement en pareille occurrence (bromures, belladone, chanvre indien, etc.). A la fin du troisième septénaire de la maladie, on commença à pratiquer, d'une façon systématique, des lavages des fosses nasales, injectant à travers les narines trois fois par jour de 300 à 600 grammes d'une solution d'acide phénique à 2.5 %. Les premières injections provoquèrent des accès de toux et d'éternuement suivis d'une abondante sécrétion de mucus; les suivantes furent supportées beaucoup mieux et ne tardèrent pas à amener une diminution notable du nombre et de l'intensité des quintes. La guérison complète s'obtint dans l'espace d'environ une semaine, et ce n'est qu'afin de prévenir une rechute que le traitement fut continué pendant quelques jours encore.

Traitement du lupus par des applications de formol.

Dans un cas de lupus nasal datant d'environ cinq ans et qui, à l'occasion d'une bronchite intercurrente, affecta une évolution particulièrement rapide, un médecin anglais, M. le docteur W. Scatchard (de Boughton), a eu l'idée d'essayer, à titre de palliatif, le formol. Après avoir fait tomber au moyen de cataplasmes toutes les croûtes et avoir analgésié les parties malades en les saupoudrant d'orthoforme, notre confrère badigeonna la région avec un mélange à parties égales d'aldéhyde formique en solution à 40 % et de glycérine. Au bout d'une quinzaine de jours, il fut tout surpris de constater que les ulcérations étaient presque complètement guéries et faisaient place à des cicatrices lisses et peu visibles. Deux ou trois points suspects, apparus quelques semaines plus tard, ne tardèrent pas à s'effacer sous l'influence d'une nouvelle application de formaline, et pendant neuf mois le patient ne présenta plus rien d'anormal. Puis survint une nouvelle attaque de bronchite, suivie de l'apparition de trois petites plaques de lupus dans le voisinage de l'ancien foyer. Cette fois encore, un seul badigeonnage à la glycérine formalinée suffit pour amener la guérison dans l'espace d'une dizaine de jours, et depuis lors on n'a plus eu à enregistrer de récidive.

TOXICOLOGIE

Sur un cas dans lequel quinze grammes de liqueur de Fowler ont séjourné deux heures et demie dans l'estomac sans amener de symptômes d'intoxication. Importance de la crampe du pylore.

On sait que la liqueur de Fowler renferme 1 % d'acide arsénieux (à l'état d'arsénite de potasse). Or, « tandis que pour Flandin et Danger *sept* centigrammes, et pour Lachèze (d'Angers) *dix* centigrammes d'acide arsénieux suffisent à déterminer la mort d'un homme, Orfila croit qu'il faut *vingt* centigrammes; Tardieu, de son côté, a indiqué *dix* à *quinze* centigrammes (1) ». — Dans un récent article, le professeur Wertheimer s'exprime de la manière suivante : « L'arsénite de potassium, plus soluble, est plus toxique que l'acide arsénieux. Ce dernier peut amener la mort à la dose de *dix* à *vingt* centigrammes, quand il est dissous » (2).

Les cas d'intoxication par la liqueur de Fowler sont, d'ailleurs, des plus rares. Dans la littérature de ces dernières années, je n'en ai trouvé qu'une seule observation. C'est celle d'un homme de trente-deux ans, robuste, atteint de psoriasis, qui ingéra en une seule dose, après un déjeuner copieux, 120 à 130 gouttes de liqueur de Fowler, ce qui me paraît correspondre à environ 0 gr. 055 milligr. d'acide arsénieux. Quelques minutes plus tard, il ressentit des douleurs avec sensation de brûlure et de crampe dans la région de l'estomac. M. Kunze, appelé aussitôt, trouva le visage pâle, le pouls faible et accéléré; il introduisit une sonde et pratiqua immédiatement le lavage de l'estomac. Le malade fut sauvé (3).

Le cas suivant, que je viens d'observer avec M. le docteur Siraud, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, offre un intérêt particulier.

I

Un homme de quarante ans, atteint depuis plusieurs mois de troubles dyspeptiques d'origine alcoolique, remarqua le 12 février, dans l'après-midi, que son estomac était plus « embarrassé » que d'habitude; néanmoins, il dîna comme à son ordinaire, à cinq heures et demie. Dans la soirée, il but beaucoup de bière; puis, le malaise gastrique augmentant, il se mit au lit, et, à neuf heures et demie, ingurgita, dans un verre d'eau sucrée, le contenu tout entier (15 grammes) d'un petit flacon de liqueur de Fowler, croyant absorber un liquide stomachique. Aussitôt après il s'endormit.

A minuit précis, réveillé par des douleurs gastriques intolérables, il vomit abondamment: à partir de ce moment, il ressentit une soif ardente, et but une grande quantité de limonade, de lait et d'infusion de tilleul. Toutes ces boissons furent aussitôt rejetées. Il est impossible d'évaluer la quantité des boissons ingérées et rejetées; elle paraît avoir été très considérable.

Le matin seulement, l'entourage du malade s'aperçut de l'erreur qu'il avait commise et appela M. Siraud, qui le vit à dix heures; je le vis moi-même, avec M. Siraud, à midi et demi. L'état était alors sensiblement le même que dans la matinée.

La face était rouge, injectée, le pouls rapide, à 100, très large; les battements du cœur étaient bien frappés; un enduit épais recouvrait la langue; l'épigastre était très sensible à la pression, mais peu douloureux quand le malade gardait le repos, le ventre tout à fait indolent; pas de coliques ni de besoin d'aller à la selle. Les vomissements avaient cessé depuis une heure environ; les derniers liquides vomis étaient neutres au tournesol. L'urine, peu abondante, renfermait une trace d'albumine. La température rectale était de 36°5.

Nous prescrivîmes des boissons froides non alcooliques en quantité modérée, et fîmes placer une vessie de glace sur l'épigastre; nous ordonnâmes, en outre, une cuillère à café de magnésie calcinée dans un verre d'eau sucrée.

Vers trois heures, le malade, sans effort, alla à la selle, et rendit des matières molles, de couleur brun verdâtre et d'aspect tout à fait normal.

Le soir, le visage était toujours coloré; la température rectale atteignait 37°5; le pouls était comme à midi; il n'y avait presque pas de douleurs épigastriques; inappétence absolue.

Le lendemain, l'état était très satisfaisant.

En résumé, un homme *en état d'indigestion* ingère, à neuf heures et demie, 0 gr. 15 centigr. d'acide arsénieux. Ce n'est que deux heures et demie plus tard qu'il vomit (1). Je le vois quatorze heures après l'accident. Les troubles sont bornés à l'estomac; l'amélioration est rapide, sans thérapeutique active.

II

Il s'agit maintenant d'expliquer pourquoi l'ingestion d'une dose mortelle d'acide arsénieux n'a amené que des troubles gastriques.

Evidemment, bien que le premier vomissement ne se soit produit que deux heures et demie après l'ingestion du toxique, l'absorption ne s'est pas faite. On sait que la présence de graisses dans le tube digestif entrave l'absorption (2). Mais, dans le cas particulier qui nous occupe, le malade n'avait pas ingéré de graisse en quantité notable à son dîner, car il avait l'estomac « embarrassé ». Ce qui a empêché, selon moi, l'absorption, c'est que la substance toxique *n'a pas franchi le pylore, qui se trouvait contracturé* à cause de l'état d'indigestion (3). Or, c'est un fait qui domine l'histoire des intoxications et qui mérite d'être bien connu des toxicologistes et des médecins, que la muqueuse de l'estomac absorbe *très peu* — on pourrait dire *presque pas* — certaines substances. Même sans état d'indigestion, si une substance irritante est ingérée, la contracture du pylore peut se produire et, le poison demeurant dans l'estomac, son absorption peut être quasi nulle. De nombreuses expériences le prouvent.

Meltzer (1) s'est tout d'abord assuré que l'introduction dans l'estomac d'un lapin en digestion de 0 gr. 006 à 0 gr. 010 milligr. de strychnine est suivie, en moins d'une demi-heure, de convulsions tétaniques. Au contraire, si dans l'estomac d'un lapin à jeun on introduit par le duodénum 0 gr. 060 milligr. de strychnine et qu'on lie le cardia et le pylore, l'animal vit quinze heures sans présenter de signes d'intoxication.

Certaines objections peuvent être faites à cette expérience : on pourrait supposer que la ligature du cardia et du pylore entrave la circulation veineuse et lymphatique et, par conséquent, l'absorption. Aussi, dans d'autres recherches, Meltzer a-t-il laissé le cardia libre. Le résultat a été le même. Dans quelques expériences, il a injecté la strychnine à dose douze fois plus faible (0 gr. 005 milligr.) *entre* la muqueuse et la tunique musculaire, le pylore et le cardia étant liés, et il a vu apparaître le tétanos en *deux* minutes!

La non-absorption du poison dans la première expérience de Meltzer est d'autant plus remarquable que la strychnine était en solution alcoolique. Or, c'est un fait depuis longtemps établi, au moins chez le chien, par les expériences de Tappeiner (2), de Segall (3), de Brandl (4), etc., que la muqueuse stomacale résorbe les solutions alcooliques beaucoup mieux que les solutions aqueuses.

En somme, d'expériences bien conduites, Meltzer conclut que l'estomac absorbe la strychnine infiniment moins bien que les autres segments du tube digestif. L'œsophage l'absorbe mieux que l'estomac, mais beaucoup moins activement que l'intestin.

Les conclusions précédentes ne reposent pas uniquement sur des expériences faites chez le lapin, animal dont l'estomac diffère beaucoup de celui de l'homme. Meltzer a aussi expérimenté sur le chien (5).

Les résultats sont sensiblement les mêmes quand on opère sur des chats.

Tappeiner (6) a injecté dans l'œsophage d'un chat pesant 1,930 grammes une solution de 0 gr. 03 centigr. de chlorhydrate de strychnine dans 15 c.c. d'eau (0 gr. 015 milligr. et demi par kilo); l'animal mourut au bout de huit minutes.

A deux autres chats il *lia préalablement le pylore;* les résultats furent bien différents : un de ces animaux, pesant 1,300 grammes, reçut, également dans 15 c.c. d'eau, *cinq* centigrammes de strychnine, c'est-à-dire une dose *plus que double* (0 gr. 038 milligr. par kilo); il ne succomba qu'après une heure et demie. Le deuxième, pesant 1,878 grammes, reçut, dans 10 c.c. d'eau, *dix* centigrammes de strychnine (0 gr. 053 milligr. par kilo), c'est-à-dire plus de trois fois plus que le premier; il ne succomba qu'après trois heures. Ces expériences prouvent d'une manière indubitable que la ligature du pylore ralentit considérablement l'absorption des solutions aqueuses (7).

---

(1) ORFILA. Article « Arsenic » *in* Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre. T. VI, p. 222. Paris, 1867.

(2) WERTHEIMER. Article « Arsenic » *in* Dictionnaire de physiologie de Ch. Richet. T. I, p. 680. Paris, 1895. — Je dois ajouter que dans la même page, M. Wertheimer rapporte que, d'après Rouyer (*Thèse de Nancy*, 1876), la dose habituellement mortelle d'acide arsénieux introduit dans l'estomac d'un chien serait de 0 gr. 06 centigr. par kilogramme; mais les expériences de Rouyer ne donnent qu'une indication très grossière de la toxicité de l'acide arsénieux, parce que l'auteur n'a pas tenu compte des vomissements, ainsi qu'on peut s'en convaincre en se reportant à son texte :

« *Exp. I.* — Dans l'estomac d'un chien de 4 kilogr. 500 on injecte, avec une sonde, une solution renfermant 0,27 d'acide arsénieux (ou 0,06 par kilogramme) : *vomissements muqueux après cinq minutes, selles diarrhéiques abondantes. Le chien meurt trois heures après.* » — Dans les expériences II et III les chiens ont vomi au bout d'une demi-heure. Dans l'expérience IV l'animal a vomi au bout de cinq minutes, dans l'expérience VI et dernière après un temps non indiqué. L'auteur, dans d'autres recherches, a ingéré à trois chiens, non de l'acide arsénieux, mais de l'*arsénite* de potassium à la même dose (par kilogramme). Deux ont vomi « presque immédiatement », et le troisième « au bout de cinq minutes ». On voit que ces expériences ne peuvent servir à déterminer la dose mortelle. Elles nous apprennent seulement que la dose massive de 0 gr. 06 centigr. par kilogramme, *malgré les vomissements* qu'elle détermine, entraîne généralement la mort au bout d'un temps indéterminé.

(3) KUNZE. Ein Fall acuter Arsenik- und ein Fall acuter Schwefelsäure-Vergiftung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 18 avril 1891.)

---

(1) Je puis certifier l'exactitude des renseignements qui précèdent. Il est certain que le petit flacon renfermait juste 15 grammes de liqueur de Fowler, délivrée par un pharmacien très consciencieux. Il a été également constaté, par l'entourage du malade, que l'ingestion du poison a eu lieu à neuf heures et demie, et que le premier vomissement s'est produit à minuit précis. L'intérêt de cette observation réside uniquement dans ces détails; or, ils sont absolument authentiques.

(2) Ce fait, connu depuis longtemps, a été bien mis en lumière par M. Chapuis.

(3) Je professe depuis plusieurs années que la contracture du pylore est un des *éléments essentiels* de l'indigestion *gastrique*. S'il y a incontinence du pylore, on a l'indigestion *intestinale*.

---

(1) MELTZER. Ueber die Unfähigkeit der Schleimhaut des Kaninchenmagens, Strychnin zu resorbiren. (*Centr.-Bl. f. Physiol.*, 1896, X, p. 281.)

(2) TAPPEINER. Ueber Resorption im Magen. (*Zeitsch. f. Biol.*, 1880, XVI, p. 501.)

(3) SEGALL. Versuche über die Resorption des Zuckers im Magen. (*Thèse de Munich*, 1888.)

(4) BRANDL. Ueber Resorption und Secretion im Magen, und deren Beeinflussung durch Arzneimittel. (*Zeitsch. f. Biol.*, 1892, XXIX, p. 277.)

(5) S. MELTZER. An experimental study of the absorption of strychnine in the different sections of the alimentary canal of dogs. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov. 1899.)

(6) TAPPEINER. (*Loc. cit.*, p. 499-500.)

(7) Avant Tappeiner, Colin et Bouley, sans lier le pylore, avaient déjà vu que la section des deux pneumogastriques ralentit l'intoxication : à un chat de 2 kilogrammes ainsi préparé (et trachéotomisé), ces expérimentateurs injectèrent dans l'estomac 0 gr. 05 centigr. de sulfate de strychnine dissous dans 17 c.c. d'eau. L'animal ne mourut qu'au bout d'une demi-heure, tandis qu'un chat placé dans les mêmes conditions, mais sans avoir subi la section des nerfs, serait mort en quelques minutes.

Il en est autrement si le dissolvant de la strychnine est de l'alcool : un chat de 2 kilogrammes (dont le pylore est lié), reçut dans l'estomac *quatre* centigrammes seulement de strychnine dans 4 c.c. 5 d'alcool et 15 c.c. 5 d'eau. Il succomba en dix minutes.

Ce n'est pas seulement la strychnine que la muqueuse stomacale refuse d'absorber, c'est le chloral (Tappeiner) et aussi un certain nombre de substances non toxiques. Voici le résumé de trois expériences faites par le même auteur chez des animaux dont il avait préalablement lié le pylore et qui furent sacrifiés juste trois heures après l'introduction des substances dans l'estomac au moyen d'une sonde :

	Quantités de liquide		Nature des substances injectées.	Poids des substances	
	injecté dans	retrouvé l'estomac.		injectées.	retrouvées.
	—	—	—	—	—
Chien, 8 k.	97 c.c.	80 c.c.	Glucose.	1,73	1,63
			Sulfate de soude.	0,56	0,47
Chat, 2 k.	76 c.c.	76 c.c.	Glucose.	1,28	1,25
			Taurine.	0,67	0,59
Chien, 7 k.	55 c.c.	60 c.c.	Peptone.	10,7	9,6

Ainsi, en trois heures, chez deux chiens et un chat ayant le pylore lié, la résorption de glucose, de sulfate de soude, de taurine et de peptone a été insignifiante. Le volume du dissolvant a peu diminué dans les deux premières expériences; il a légèrement augmenté dans la dernière. A noter que, dans celle-ci, la réaction du liquide retrouvé a été *très acide*, ce qui prouve qu'il n'y a pas eu simple exsudation, mais sécrétion de suc gastrique.

Je sortirais de mon sujet en insistant plus longtemps sur l'absorption par la muqueuse stomacale, qui depuis quelques années a été étudiée par beaucoup de physiologistes.

Pour en revenir à notre malade, j'admets que l'absence d'absorption de l'arsenic chez lui a été due à la contracture du pylore, causée vraisemblablement par l'indigestion préalable, et aussi, sans doute, par l'action irritante de la substance toxique.

III

Il m'a paru utile d'étayer mon interprétation par quelques expériences directes, faites précisément avec la liqueur de Fowler :

Chez un chien à jeun depuis vingt-quatre heures et pesant 19 kilogrammes, je lie le pylore, le 18 février, à sept heures et demie du matin; puis je lui ingère, avec une sonde œsophagienne, *cinq* grammes de liqueur de Fowler dans 40 grammes d'eau sucrée. L'animal n'a eu ni vomissements, ni diarrhée, ni aucun symptôme morbide apparent. A trois heures, on lui retire 40 grammes de sang, qui, examiné à l'appareil de Marsh, ne contient pas trace d'arsenic. A cinq heures, on sacrifie l'animal; dans l'estomac, dont la muqueuse présente une large plaque rouge, on trouve 400 c.c. de liquide. Il s'est donc fait une exsudation abondante. Ce liquide renferme une quantité considérable d'arsenic. Dans la vessie on recueille 300 c.c. d'urine (dont la plus grande partie a été sécrétée depuis le matin); 100 c.c. de cette urine ne contiennent pas d'arsenic en quantité appréciable (1).

A un autre chien, un barbet de 12 kilogrammes, à jeun depuis vingt-quatre heures, je lie le pylore le 22 février, puis je lui ingère 4 grammes de liqueur de Fowler dans 40 grammes d'eau sucrée; pas d'accidents morbides.

Le lendemain, le poids est de 11 kil. 500; on sacrifie l'animal. L'estomac renferme 200 c.c. de liquide grisâtre; ainsi, comme dans le cas précédent, il y a eu une exsudation. Ce liquide contient beaucoup d'arsenic. *Le foie renferme de l'arsenic, ainsi que la bile.*

(1) La recherche de l'arsenic dans ce cas et dans les suivants a été faite par M. Boulud, chef des travaux chimiques de mon laboratoire, avec les précautions récemment recommandées par M. le professeur A. Gautier.

Donc, lorsque le pylore est lié, l'absorption n'est pas nulle, puisqu'on trouve de l'arsenic dans le foie et dans la bile; mais elle est certainement très imparfaite, car on n'observe pas les accidents intestinaux d'intoxication arsenicale.

Les expériences précédentes sont très précises, les chiens n'ayant pas vomi. J'en possède deux autres analogues, qui prouvent que, lorsque le pylore est lié, l'ingestion d'une assez forte dose de liqueur de Fowler dans de l'eau sucrée n'est pas nécessairement suivie de vomissements.

En résumé, parmi les causes qui peuvent annihiler ou, tout au moins, atténuer beaucoup les effets de l'ingestion d'une dose de certaines substances toxiques, qui autrement serait mortelle, la contracture du pylore (qui se produit dans toute indigestion) est une des plus importantes, en empêchant l'absorption intestinale. L'estomac a déjà été considéré comme un organe de défense (1), mais on n'a pas assez insisté jusqu'ici sur l'importance de la contracture du pylore, qui, au point de vue des intoxications, joue le rôle de *sphincter protecteur*.

Cette notion est, peut-être, susceptible de modifier quelque peu, au moins dans certains cas, le traitement classique des intoxications :

En arrivant auprès d'un sujet qui vient d'absorber un toxique, on doit, disent les auteurs, le faire vomir, ou, s'il ne peut vomir, pratiquer sans tarder le lavage de l'estomac. Assurément, ce double précepte est bon : évacuer le toxique est une indication primordiale. Mais elle est, parfois, bien difficile à remplir. Il est des intoxiqués dont l'état est si grave qu'on ne peut les faire vomir; et, quant au lavage de l'estomac, il ne peut être fait rapidement, dans tous les cas, alors même qu'on dispose de l'outillage convenable (2). Il se peut donc qu'il y ait parfois avantage à injecter sous la peau une *petite* dose d'apomorphine (0 gr. 005 milligr., par exemple, chez un sujet ordinaire). Cette faible dose ne provoquera pas de collapsus, et, si elle ne fait pas vomir, elle agira au moins en amenant la contracture du pylore (3); une fois que ce mécanisme protecteur sera mis en jeu, on pourra faire le lavage plus à loisir.

Qu'on veuille bien le remarquer, ce n'est pas un précepte nouveau que je formule; c'est seulement l'application logique d'une idée que je crois fondée. Cette application, je le reconnais, a d'ailleurs besoin de la consécration de l'expérience.

R. LÉPINE,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mai 1901.

De l'influence des sensations auditives musicales dans l'anesthésie opératoire.

M. Laborde. — Je désire appeler votre attention sur le rôle que me paraissent appelées à jouer les sensations auditives musicales dans l'anesthésie opératoire.

On sait que chez les patients soumis à l'anesthésie par le protoxyde d'azote on observe souvent des manifestations psychiques de nature terrifiante avec cris et agitation. Ayant constaté que ces rêves terrifiants se rapportent toujours à des bruits plus ou moins intenses provenant de l'extérieur, tels que celui des voitures, un dentiste, M. Drosner, a eu l'idée de substituer pendant l'anesthésie, à ces bruits accidentels, des bruits agréables, au moyen d'un phonographe.

Les opérations dentaires pratiquées dans ces conditions ne provoquent non seulement aucune sensation douloureuse, ce qui n'a rien de surprenant, mais encore tous les patients m'ont affirmé avoir été, durant toute l'intervention, sous le charme de la musique, sans rêve ni cauchemar.

Ces résultats peuvent être expliqués très facilement. Il s'agit en somme d'une influence psycho-physiologique directement exercée sur les centres perceptifs des sensations auditives musicales, lesquelles ont pour effet de modifier dans un sens favorable l'action psychique de la substance anesthésiante, en substituant à la provocation du rêve terrifiant celle du rêve musical.

Je me suis demandé s'il n'y aurait pas lieu d'étendre cette méthode à l'anesthésie opératoire en général, même avec l'emploi des anesthésiques habituels, chloroforme et éther, dont l'action sur la sphère cérébrale et psychique engendre souvent, comme on le sait, des phénomènes intercurrents de nature à troubler plus ou moins l'action du chirurgien.

Sur un nouveau champignon pathogène : le « Rhizomucor parasiticus ».

M. Railliet lit, à propos d'une note de MM. Lucet (de Courtenay) et Costantin, un rapport que nous résumons ainsi :

Le nombre des champignons reconnus pathogènes pour l'homme ou pour les animaux va sans cesse en augmentant. Le nouveau parasite signalé par MM. Lucet et Costantin a été trouvé par eux dans les crachats d'une femme de la campagne, atteinte depuis plusieurs mois d'une affection à marche lente des voies respiratoires : ils lui ont donné le nom de *Rhizomucor parasiticus*.

Inoculé dans les veines, dans le péritoine ou même sous la peau, ce champignon reste sans action chez le chien, mais se montre pathogène pour le cobaye et surtout pour le lapin. Il détermine chez ces animaux des lésions graves, souvent tuberculiformes, dans le foie, la rate, les poumons, les reins et les ganglions mésentériques.

L'étiologie et le traitement de la scrofule.

M. Hacks (de Fécamp). — De 1,000 cas de scrofule que j'ai eu l'occasion d'observer, il m'a été possible de tirer quelques conclusions relatives à la nature de cette affection.

Je dois dire d'abord qu'elle n'a, à mon avis, aucun rapport avec la tuberculose, et qu'on ne saurait la considérer comme une tuberculose de virulence affaiblie; les mêmes remarques s'appliquent à la syphilis. Quand l'une de ces infections évolue chez un sujet dit scrofuleux, la scrofule lui cède la place et disparait; il n'y a donc ni *syphilo-scrofule*, ni *scrofulo-tuberculose*.

Je crois qu'il faut en réalité regarder la scrofule comme le premier stade des infections superficielles, cutanées ou muqueuses, et cela à tout âge de la vie; les agents de ces infections sont, tout d'abord, le streptocoque, ensuite le staphylocoque, enfin le colibacille.

La manifestation la plus habituelle du complexus scrofule — on la rencontre dans 90 % des cas — est l'*impétigo;* puis la maladie se traduit par d'autres lésions de la peau ou des muqueuses (herpès, ecthyma) et par des phénomènes réflexes soit locaux (œdème, érythème, érysipèle, exsudats divers, tels que coryza, conjonctivite, otite), soit régionaux (hypertrophie ganglionnaire), soit généraux (lymphocytose). C'est donc à tort que l'on considère la scrofule comme une maladie générale, *totius substantiæ*, comme une dyscrasie ou une diathèse.

Toutefois, pour que les agents microbiens en question, qui normalement vivent en saprophytes sur les téguments, acquièrent une valeur pathogène, il leur faut une condition favorable : cette condition, c'est l'asphyxie locale de la peau.

(1) A. MATHIEU. Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin, p. 32. Paris, 1900.

(2) Dans le cas de Kunze, cité plus haut, le lavage de l'estomac a été excessivement long et difficile, parce que des fragments de viande et de pommes de terre oblitéraient la sonde.

(3) Voir, à ce sujet, les recherches de MM. Boyer et Guinard, *in* GUINARD : Etude expérimentale de pharmacodynamie comparée sur la morphine et l'apomorphine. (*Thèse de Lyon*, 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 297) — Voir aussi la fin de mon article sur l'« Action de l'opium sur l'estomac » (*Semaine Médicale*, 1901, p. 58).

On sait, en effet, que la peau remplit une fonction respiratoire, et qu'il existe une hématose respiratoire cutanée; c'est dans ce « poumon cutané » que vivent les microorganismes incriminés, et leur virulence y est atténuée par le milieu oxygéné dans lequel ils sont plongés : oxygène *intus*, dans le sang, et oxygène *extra*, dans l'air atmosphérique. Mais que ce milieu soit vicié par la présence d'oxyde de carbone et d'acide carbonique, et aussitôt ils deviennent nuisibles. C'est ce qui se produit notamment en hiver, à cause du défaut d'exercice au grand air. Ceci explique que les manifestations scrofuleuses s'observent surtout dans les régions froides et durant la mauvaise saison.

Il suit de là que le traitement de la scrofule comprend avant tout l'emploi d'un moyen : l'oxygénation résolue, systématique, été comme hiver. Contre les manifestations réflexes, deux médicaments sont efficaces : l'iode et le tannin (surtout sous forme de feuilles de noyer).

Des névrites et thromboses rétiniennes d'origine paludéenne.

M. Chauvel lit, à l'occasion d'un travail de M. Galezowski, un rapport dans lequel il établit que, sur les quatre faits relatés par l'auteur, à l'appui de sa thèse sur la cure des névrites et des thromboses rétiniennes par la médication quinique, les deux premiers seuls semblent démonstratifs.

Le rapporteur estime, en outre, qu'avant d'affirmer l'origine paludéenne d'une névrite, il est nécessaire qu'on ait constaté chez les patients des manifestations évidentes et sérieuses de l'intoxication malarique.

Il ne suffit pas, en effet, de quelques intermittences dans les symptômes fonctionnels, de quelques antécédents lointains, de souvenirs confus, de troubles imprécis, pour conclure à l'existence du paludisme. On n'est pas en droit non plus d'affirmer la nature spécifique d'un processus rétinien du seul fait que la médication antipériodique l'a fait disparaître. Encore faudrait-il qu'on eût utilisé la quinine seule et non, comme cela eut lieu dans quelques-uns des cas relatés par M. Galezowski, la quinine avec adjonction de sels de mercure dont l'action résolutive dans les processus inflammatoires du nerf optique, ainsi que dans les altérations des vaisseaux rétiniens et choroïdiens, est connue depuis longtemps.

M. Suarez de Mendoza communique l'observation d'une femme de trente-deux ans, atteinte d'accidents vertigineux dus à l'étroitesse des fosses nasales, qui disparurent à la suite de la résection de deux fragments de la cloison.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 mai 1901.

Influence d'une alimentation insuffisante, du travail musculaire et de l'inhalation de poussières sur l'évolution de la tuberculose.

MM. Lannelongue, Achard et Gaillard. — Complétant nos recherches antérieures relatives à l'influence exercée par le climat sur l'évolution de la tuberculose expérimentale (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 155), nous venons d'étudier au même point de vue l'action d'une alimentation insuffisante, de l'inhalation de poussières et du travail musculaire.

Pour cela, nous avons inoculé, le 19 octobre dernier, une culture de bacilles de Koch dans la plèvre droite de 100 cobayes mâles que nous avons répartis en dix groupes de poids sensiblement égal, dont les uns devaient servir de témoins, tandis que les autres étaient mis en expérience.

Deux de ces derniers lots furent soumis chaque jour à l'inhalation de poussières, chargées ou non de cultures desséchées de colibacille. Il ne reste qu'un survivant pour chacun de ces deux groupes, tandis que 17 témoins sur 20 vivent encore.

Une troisième série fut enfermée dans des cages étroites, rendant tout mouvement presque impossible; les animaux reçurent une nourriture abondante, mais furent placés quatre fois par jour, et pour un quart d'heure chaque fois, dans des cages à écureuil, ce qui les forçait à parcourir un chemin d'environ 480 mètres, soit 1,920 fois la longueur de leur corps : ces dix cobayes étaient tous morts le 1er mars.

Un quatrième lot vécut dans des conditions identiques, mais les quatre séances quotidiennes de travail eurent une durée double (une demi-heure chacune) : le dernier de ces animaux a péri dès le 31 janvier.

Ajoutons qu'un groupe de témoins enfermés dans des cages semblables, soumis au même régime alimentaire, mais ne fournissant aucun travail, n'a donné jusqu'ici que 2 décès.

Pour étudier l'influence du travail et de l'alimentation insuffisante combinés, nous avons fait exécuter à une série d'animaux ne recevant qu'une demi-ration quatre séances quotidiennes d'un quart d'heure de travail : tous étaient morts le 6 février; nous avons vu que les cobayes soumis au même travail, mais ayant ration entière, ont survécu jusqu'au 1er mars. Enfin, dix animaux restant au repos et à alimentation réduite de moitié n'ont succombé que le 1er avril; ici encore, rappelons que la série soumise également au repos, mais recevant une nourriture abondante, ne compte jusqu'à présent que deux décès.

La diminution moyenne de poids au moment de la mort a été fort variable dans les divers lots : de 18 gr. 50 centigr. pour les animaux effectuant, à plein régime, un travail quotidien d'une heure, elle atteignait 63 grammes pour ceux qui, dans les mêmes conditions, fournissaient deux heures de travail; elle s'élevait à 85 gr. 50 centigr. dans la série de cobayes restant au repos mais recevant une alimentation restreinte, et à 115 gr. 80 centigr. pour celle où travail et inanition étaient associés.

Ces expériences prouvent que la perte de poids éprouvée par les cobayes au moment de la mort résulte bien moins de l'infection elle-même que des circonstances adjuvantes; ces conclusions sont vraisemblablement applicables à l'homme.

Recherches sur l'injection de sang et de sérum néphrotoxiques au chien.

M. Bierry. — Le sang de lapins ayant reçu une émulsion de reins de chien est néphrotoxique pour le chien : l'injection de 20 à 30 c.c. de ce sang à un chien de 10 à 12 kilos entraîne une albuminurie intense et, dans certains cas, la mort en quatre ou cinq jours.

Le sang ou le sérum des chiens ainsi rendus néphritiques détermine aussi de l'albuminurie chez les chiens auxquels on l'injecte; les animaux de cette seconde série fournissent à leur tour un sérum néphrotoxique pour des chiens neufs; il semble que l'on puisse continuer l'expérience un nombre indéfini de fois.

Cette action néphrotoxique peut se manifester d'une façon instantanée et s'atténuer progressivement sans toutefois cesser complètement, ou bien se faire sentir peu à peu et augmenter jusqu'au dixième ou au douzième jour, moment où l'albumine devient dosable dans les urines.

Ces propriétés ne sont pas détruites par le chauffage à 55° ou 60° durant une demi-heure, voire même trois quarts d'heure.

Le sang normal de lapin et de chien, chauffé ou non, ne provoque dans les mêmes conditions qu'une albuminurie passagère, disparaissant en quatre ou cinq jours au plus.

Le dernier signe de la vie.

M. A.-D. Waller déclare avoir obtenu sur le corps humain, avec la peau intacte, le signe caractéristique de la vie qu'il a signalé récemment (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 322); jusqu'ici, il n'a pu déterminer ainsi que les deux états extrêmes, celui de la *peau vivante*, où la réaction se produit, et celui de la *peau tuée*, où elle fait défaut; par contre, il n'a pu reconnaître la mort de la peau consécutive à la mort somatique; il a cependant tout lieu d'admettre que la peau est douée d'une survie très prolongée, de sorte que sa mort indique que la mort définitive a eu lieu.

Caractères généraux des processus tératogènes.

M. E. Rabaud adresse une note tendant à démontrer que les processus tératogènes peuvent être classés en deux catégories : les uns, *primitifs*, interviennent dès le début pour donner à l'organe embryonnaire une physionomie propre, plus ou moins différente du type normal; les autres, *consécutifs*, n'agissent que sur des ébauches en voie de formation et ont pour effet soit de retarder, soit d'activer la croissance, la différenciation ou le développement.

Recherches sur la maladie des jeunes chiens.

M. Phisalix communique un travail duquel il résulte qu'il a pu identifier un microorganisme trouvé par M. Lignières dans la maladie des jeunes chiens avec un bacille qu'il a lui-même isolé naguère dans une infection spontanée du cobaye. Il est parvenu, en outre, à vacciner le chien contre la maladie du jeune âge en lui inoculant, à diverses reprises, des cultures de ce microbe atténuées par plusieurs passages sur bouillon de peptone glycériné à 6 %.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mai 1901.

L'analgésie cocaïnique par voie rachidienne.

M. Nélaton. — J'ai employé la technique indiquée par M. Tuffier dans 150 cas environ; à part deux jeunes gens de quatorze et de seize ans, tous mes malades étaient âgés de plus de vingt ans. Dans 5 cas, l'anesthésie a été nulle ou insuffisante, et on a dû avoir recours au chloroforme. Chez un vieillard de soixante-sept ans, cachectique, auquel je pratiquai un évidement du tibia, il y eut quelques symptômes alarmants, ayant duré un quart d'heure environ. Chez 45 malades, le résultat a été médiocre. Enfin, il a été excellent dans 20 cas, sans le moindre incident, et bon dans les 80 autres, malgré quelques légers inconvénients.

Je ne crois pas que, pour les grandes opérations, la rachi-cocaïnisation soit appelée à remplacer la chloroformisation, celle-ci présentant à mon avis des avantages indiscutables. En revanche, pour toutes les interventions simples, bien réglées et de peu de durée, portant sur les membres inférieurs ou le pelvis, l'emploi de l'analgésie cocaïnique me paraît tout à fait indiqué.

M. Schwartz. — J'ai pratiqué 49 opérations après injection de cocaïne par la voie lombaire. Dans 5 cas, le résultat a été absolument nul au point de vue de l'analgésie, et malgré cela, deux malades ont eu des nausées. Chez un homme de quarante-cinq ans atteint d'un mal perforant plantaire, auquel j'avais fait une élongation du nerf tibial postérieur, j'ai vu, trois semaines après l'opération, survenir une paralysie passagère du membre inférieur, mais il a été démontré ultérieurement qu'elle était de nature hystérique. Les vomissements, que j'ai observés assez fréquemment, se sont prolongés dans un fait pendant cinq jours.

M. Ricard. — J'ai eu recours une cinquantaine de fois à la rachi-cocaïnisation, et j'ai toujours obtenu une anesthésie parfaite; mais la plupart de mes malades ont eu des vomissements, et dans plusieurs cas j'ai été vraiment préoccupé de la pâleur de la face, de l'anxiété, de la céphalalgie parfois fort pénible et souvent prolongée; pour ces diverses raisons, je n'ai pas continué à me servir de cette méthode.

M. Reclus. — Théoriquement je préfère la solution de cocaïne à 1 %, mais, afin que mes résultats fussent comparables à ceux de M. Tuffier, j'ai employé systématiquement la solution à 2 % pour étudier les effets de la méthode de Bier.

Cette méthode serait excellente si ses résultats étaient réguliers. Malheureusement, il n'en est rien; il est des cas, en effet, où l'analgésie ne peut être obtenue, ou ne se produit que très tardivement; de même, la durée et l'étendue de cette analgésie sont tout à fait variables. Enfin, il faut tenir compte de l'élévation de température, de la céphalalgie et des vomissements qui, assez souvent, durent plusieurs jours.

Quant aux 6 décès que j'ai cités récemment à l'Académie de médecine (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 93), il ne me paraît guère possible de ne pas les imputer à la cocaïne. Je possède, d'ailleurs, une série d'observations où l'on a vu survenir des accidents qui n'ont pas été loin de se terminer par la mort.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mai 1901.

Ictère chronique avec cholurie minime et intermittente.

M. Chauffard présente un jeune homme de souche neuro-arthritique, et lui-même neurasthénique, qui est atteint d'accidents dyspeptiques accompagnés d'une légère teinte ictérique de la peau, manifeste surtout à la face, à la paume des mains et à la plante des pieds.

Examinée au moyen des réactifs ordinaires, l'urine de ce malade ne contenait pas trace de pigments biliaires; mais, en ayant recours aux procédés beaucoup plus délicats de Salkowski et de Haycraft, on put y déceler la présence d'une petite quantité de ces pigments. Il s'agissait donc bien en réalité, et contrairement à ce qu'on aurait pu croire si l'on s'était borné à pratiquer la réaction de Gmelin, d'un ictère cholurique; mais cette cholurie était discontinue, coupée par des intermittences coïncidant avec des interruptions dans l'élimination du bleu. La glycosurie alimentaire provoquée était également discontinue.

D'autre part, l'examen du sérum répété un très grand nombre de fois pendant les périodes de cholurie et pendant celles d'acholurie a permis d'y reconnaître constamment des pigments biliaires normaux. A la cholurie intermittente correspondait donc une cholémie permanente. C'est là, d'après l'orateur, une preuve indirecte que les intermittences dans l'élimination des pigments biliaires, et très probablement dans celle du bleu, ne sont pas dues à des arrêts du passage dans le sang, mais bien à des interruptions de la sécrétion rénale.

Un autre fait qui met bien en valeur la sensibilité des procédés de Salkowski et de Haycraft pour la recherche des pigments biliaires dans l'urine, c'est que, sur 50 malades pris au hasard dans son service, M. Chauffard en a trouvé 20 dont l'urine traitée par ces réactifs contenait de la bile. Aussi incline-t-il à croire que les choluries sans ictère sont infiniment plus fréquentes que les ictères sans cholurie.

Pseudo-myxœdème syphilitique précoce.

M. Faisans montre une jeune fille de quinze ans qui est atteinte à la fois d'une infection gonococcique (vulvite, vaginite, bartholinite, salpingite double, etc.) et d'une infection syphilitique (double ulcération au niveau de la petite lèvre droite, plaques muqueuses, roséole, adénopathies multiples, etc.). Là n'est pas cependant l'intérêt de ce fait : il réside plutôt dans une infiltration œdémateuse considérable dont les membres, principalement les membres inférieurs, sont le siège. Cette infiltration sous-cutanée diffère de celle des myxœdémateux par sa dureté ligneuse, par sa localisation aux membres (la face et les muqueuses sont respectées), par la présence de bourrelets saillants au-dessus des chevilles et des poignets, par la coloration livide des téguments, et aussi parce qu'elle n'est pas accompagnée de troubles psychiques. En raison de tous ces caractères, l'orateur croit qu'il s'agit plutôt d'une variété d'œdème syphilitique remarquable par la précocité de son apparition, car c'est une huitaine de jours seulement après l'accident primitif que cette infiltration aurait commencé à se manifester. Il faut noter, toutefois, que la médication thyroïdienne, à laquelle la malade a été soumise en même temps qu'au traitement spécifique, paraît avoir atténué très notablement cet œdème.

M. Joffroy. — Il ne s'agit certainement pas d'un véritable myxœdème, car on ne constate chez la patiente aucun des arrêts de développement (petitesse de la taille, raccourcissement des mains, atrophie des seins, etc.) qui ne manquent jamais chez les myxœdémateux. La présence des règles et l'absence de troubles intellectuels sont également contraires à l'hypothèse d'un myxœdème.

M. Babinski. — On peut cependant se demander, étant donnée l'amélioration obtenue par les préparations thyroïdiennes, s'il n'existe pas chez cette malade un trouble quelconque du fonctionnement de la glande thyroïde.

Tachycardie paroxystique essentielle chez l'enfant.

M. Pierre Merklen. — Je viens d'observer avec M. Paul Boncour, chez une jeune fille âgée de treize ans, déjà atteinte à deux reprises de courtes crises dites de palpitations, un accès de tachycardie prolongé et compliqué, à partir du cinquième jour, de dyspnée, de suffocation, de congestion du foie, enfin d'un crachement sanglant, tous accidents attribuables à la dilatation secondaire du cœur. Ces troubles circulatoires graves et la coexistence d'une hyperesthésie douloureuse excessive de la partie inférieure du thorax et de l'épigastre me firent d'abord craindre une phlegmasie pleuro-péricardique avec participation du myocarde. Mais la chute brusque du pouls de 220 à 80 quelques heures après une application de sangsues, la disparition simultanée de tous les accidents et l'intégrité absolue du cœur après la crise, enfin, le contraste observé pendant l'accès entre l'énergie apparente des contractions cardiaques et la faiblesse du pouls, prouvent qu'il s'agissait de tachycardie paroxystique essentielle.

Cette affection n'ayant été que rarement observée chez l'enfant, j'ai cru utile d'en rapporter ce nouveau cas, à ajouter à celui qu'Herringham a publié il y a quelques années (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 15) et aux deux autres faits que cet auteur a relevés dans la littérature médicale. Il y a lieu de remarquer, d'ailleurs, qu'un certain nombre d'adultes sujets à des crises tachycardiques font remonter cette affection à l'enfance. Chez l'enfant comme chez l'adulte, on observe des accès courts et des accès longs, tels que les a définis M. Bouveret, ces derniers compliqués, à partir du cinquième ou sixième jour, de dilatation du cœur et de troubles circulatoires. Il s'agissait, dans le cas que je viens de relater, d'un paroxysme long qui dura un peu plus de huit jours : mais la jeune malade avait eu précédemment deux crises, l'une de quarante-huit heures, l'autre de douze heures, qui n'avaient donné lieu à aucun accident secondaire. La terminaison brusque du dernier accès quelques heures après une application de sangsues est peut-être une simple coïncidence, et déjà la digitale avait atténué la dyspnée et fait disparaître la congestion du foie, sans modifier, du reste, la tachycardie. Toutefois, l'heureux effet des émissions sanguines locales, au cours des paroxysmes prolongés et graves, est noté dans plusieurs observations : pas plus que la digitale, elles ne semblent avoir une action directe sur la tachycardie, mais elles ont une influence favorable sur la dilatation du cœur et sur ses conséquences.

Pleurésie putride d'origine hépatique à microbes anaérobies.

M. Barth communique l'observation d'une jeune femme, bien portante en apparence mais alcoolique, chez laquelle une infection biliaire d'origine gastrique détermina l'inflammation et la suppuration d'anciens kystes hydatiques du foie, latents et en voie de régression : un de ces kystes perfora le diaphragme et vida son contenu dans la plèvre droite, d'où l'apparition d'une pleurésie purulente qui, à son tour, entraîna le développement d'une pneumonie et d'un pneumothorax fermé. Bien qu'une pleurotomie eût été pratiquée, la malade succomba quelques jours plus tard dans le collapsus.

M. Rist. — Dans le pus hépatique, recueilli à l'autopsie, j'ai constaté la présence de deux microbes strictement anaérobies, le *bacillus fragilis* et le *staphylococcus parvulus*, et de rares colibacilles. Dans le pus de la pleurésie, pendant la vie, les mêmes microorganismes étaient associés au pneumocoque.

Il me paraît évident que les véritables agents de la suppuration ont été, dans ce cas, les microbes anaérobies, et non le colibacille dont le rôle a été tout à fait insignifiant.

Ponction lombaire et céphalée des brightiques.

M. Babinski. — Au cours de la dernière séance, MM. Marie et Guillain ont communiqué l'observation d'un malade atteint de céphalée symptomatique d'un mal de Bright, ayant cédé à une ponction lombaire ; ils ont fait suivre cette observation de réflexions sur le rôle de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien dans l'urémie.

Je crois devoir rappeler à ce sujet qu'il y a trois mois, à propos d'une malade atteinte de néoplasmes intracrâniens dont la céphalée disparaissait régulièrement pour trois jours après le flux menstruel, j'ai fait des remarques identiques à celles de MM. Marie et Guillain. Comparant l'effet produit dans l'urémie par la saignée, à l'accalmie qui succédait toujours chez cette femme à la période menstruelle, j'ai émis l'hypothèse que la théorie de l'œdème cérébral dans l'urémie, actuellement peu en faveur, contient peut-être une part de vérité, et qu'il serait intéressant à tous égards de chercher à vérifier cette opinion en pratiquant la ponction rachidienne chez des malades atteints d'urémie à forme cérébrale.

Injections de cocaïne dans le canal sacré.

M. Widal dit avoir obtenu la disparition instantanée, mais pour un temps seulement, des douleurs, chez trois sujets auxquels il a pratiqué des injections de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 centigr. de cocaïne dans l'espace sacré épidural. Un de ces malades était atteint d'une sciatique, le second d'une névralgie intercostale et le troisième d'un ulcère de l'estomac avec crises très douloureuses.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 mai 1901.

Névrites expérimentales par injection de sérums toxiques au niveau des troncs nerveux.

M. Dopter. — En injectant du sérum de cancéreux, d'asystoliques, de diabétiques, etc., au niveau du sciatique d'un cobaye, j'ai réussi à provoquer dans ce nerf des lésions de dégénérescence wallérienne plus ou moins accusées.

Ces expériences confirment pleinement l'hypothèse généralement admise aujourd'hui, à savoir que les douleurs névritiques survenant au cours des états toxémiques reconnaissent pour cause l'imprégnation directe des éléments nerveux par les substances toxiques contenues dans le sang.

En ce qui concerne le diabète, on sait depuis les travaux de MM. Pitres et Auché que le sucre n'engendre que des lésions insignifiantes; l'acide β-oxybutyrique, l'acide diacétique donnent des résultats négatifs; l'acétone, au contraire, produit des lésions de dégénérescence wallérienne bien caractérisées. Il semble donc que l'acétone joue un certain rôle dans la genèse des névrites périphériques diabétiques, mais ce rôle n'est peut-être pas exclusif.

Sur le dédoublement de la phloridzine au niveau du rein.

M. Chartier. — Pour expliquer la glycosurie produite par la phloridzine, Minkowski a émis l'hypothèse que le rein dédouble ce glycoside en sucre passant dans l'urine, et en phlorétine. Cette dernière substance irait se recombiner au sucre de l'organisme pour donner à nouveau de la phloridzine qui subirait les mêmes transformations jusqu'à élimination complète.

Je me suis demandé s'il serait possible de mettre en évidence ce pouvoir dédoublant du rein par des circulations artificielles faites à travers cet organe. Dans ce but, des reins de différents animaux furent soumis à une circulation artificielle de sang défibriné additionné d'une certaine proportion de nitrate de soude. Dans ces conditions, j'ai réussi à constater l'existence, dans le rein de cheval, d'un ferment très actif, susceptible de dédoubler la phloridzine.

Sur la présence de « Mastzellen » dans la paralysie générale.

MM. Athias et França. — Au cours de recherches sur les lésions de la paralysie générale, notre attention a été attirée dans un cas par l'existence, dans la paroi des artérioles corticales, de certains éléments cellulaires que nous n'hésitons pas à considérer comme des *Mastzellen* ou cellules à granulations basophiles d'Ehrlich. Le protoplasma de ces éléments, en effet, est pourvu de granulations se colorant en rouge héliotrope et d'un noyau prenant une teinte bleue sous l'influence du bleu d'Unna.

Etant donné que la plupart des auteurs considèrent les Mastzellen comme provenant de la transformation des leucocytes, nous nous demandons si leur présence ne serait pas en rapport avec la lymphocytose récemment signalée dans le liquide céphalo-rachidien et les mé-

ninges des paralytiques généraux (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 27 et 37).

M. Olmer envoie une note sur le *pigment des cellules nerveuses*.

ETRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 1er mai 1901.

De l'emploi thérapeutique de l'oxygène.

M. E. Aron fait observer que les inhalations d'oxygène sont destinées à favoriser la transformation de l'hémoglobine en oxyhémoglobine; or, cette transformation a lieu dans une atmosphère ne contenant que 15 % d'oxygène; dès lors, il ne saurait être utile de faire respirer de l'oxygène pur, puisque l'air normal contient déjà 21 % de ce gaz, c'est-à-dire plus que la proportion nécessaire. On ne pourrait atteindre le but recherché qu'en élevant la quantité d'hémoglobine mise en contact, dans l'unité de temps, avec l'air inspiré, ce à quoi on arrive en activant la circulation et en augmentant le nombre et la profondeur des respirations.

Les partisans des inhalations objectent à ce raisonnement que les 14/15es seulement de l'hémoglobine sont saturés par l'oxygène dans l'atmosphère normale, le dernier quinzième ne pouvant être saturé que dans l'oxygène pur. L'orateur accepte la réalité de ce fait; mais il convient de remarquer que la quantité d'oxygène fixée par jour étant de 800 à 900 grammes, son quinzième n'est que 60 grammes pour les vingt-quatre heures ou moins de 3 grammes par heure (durée habituelle de l'inhalation) : c'est là une quantité absolument inappréciable. Enfin, si une pareille saturation se produisait, il en résulterait, à cause de l'excès d'oxygène dans le sang, une véritable apnée, une respiration entrecoupée par de longues pauses, phénomène que M. Aron déclare n'avoir jamais observé.

Plus récemment, on a prétendu que c'est la dissolution d'oxygène dans le sang, consécutivement aux inhalations, qui produit de bons effets; mais la proportion de gaz ainsi dissous est extrêmement minime; on n'a pas de chiffres précis pour l'homme; chez le chien, elle ne dépasse pas 0.2 %; en admettant qu'on puisse la quintupler et l'amener à 1 %, ce serait encore bien peu en comparaison des 21.6 % d'oxygène combiné à l'hémoglobine. Le taux de ce dernier peut s'abaisser jusqu'à 10 %, mais il ne saurait guère tomber plus bas sans que la mort survienne par asphyxie; en relevant légèrement ce taux, les inhalations d'oxygène sont susceptibles de prolonger un peu l'agonie, sans influencer si peu que ce soit la dyspnée et la cyanose.

En ce qui concerne l'oxydation des produits de désassimilation, l'organisme sain puise dans l'air atmosphérique l'oxygène qui lui est nécessaire pour ces combustions; à l'état pathologique, il se produit une compensation par l'utilisation de forces latentes de réserve : c'est ainsi que dans la phtisie, les pleurésies, l'emphysème pulmonaire, le catarrhe bronchique chronique, le mal de Bright, la chlorose, etc., la consommation d'oxygène demeure normale. D'ailleurs, si cette compensation ne se produisait pas et si les produits de désassimilation s'accumulaient dans l'organisme, les inhalations d'oxygène seraient encore inefficaces, car ce qui manque, ce n'est pas l'oxygène, c'est l'hémoglobine nécessaire pour fixer ce gaz.

M. Aron rend compte ensuite des recherches cliniques qu'il a faites sur l'emploi thérapeutique de l'oxygène, dans le service de M. Lazarus, à l'hôpital israélite. Dans la chlorose, les résultats ont été absolument négatifs; dans quelques cas de dyspnée d'origine cardiaque ou pulmonaire, ils ont été un peu favorables; mais souvent l'amélioration cesse quand on suspend les inhalations; il est probable que la suggestion intervient ici pour une part. En cas de syncope, comme dans l'empoisonnement par la morphine, les inhalations d'oxygène ne sauraient entrer en concurrence avec la respiration artificielle. Ce n'est que dans l'intoxication par l'oxyde de carbone que les inhalations sont réellement indiquées, car il s'agit alors d'une combinaison de l'hémoglobine avec le gaz oxycarboné, combinaison que l'oxygène est susceptible de détruire. La même méthode peut aussi rendre des services dans l'empoisonnement par l'aniline et contre les troubles résultant du séjour dans l'air raréfié.

En terminant, l'orateur communique les résultats d'expériences qu'il a faites sur un homme atteint d'empyème tuberculeux et traité par le siphon de Bülau : en mettant un manomètre en communication avec la cavité pleurale, il a pu s'assurer que les inhalations d'oxygène n'avaient pas pour effet de rendre la respiration plus profonde, mais au contraire plus superficielle et plus fréquente. Des recherches ayant porté sur des animaux soit sains, soit atteints de lésions expérimentales diverses (pneumonie, pneumothorax, etc.), lui ont également montré que l'inhalation d'oxygène pur ne modifie en rien la respiration.

M. Ewald rappelle que naguère il a combattu le traitement par l'ozone, que préconisait Lender. Les arguments qu'il opposait à l'ozone conservent leur valeur pour l'oxygène; ce n'est pas avec l'ozone mais avec l'oxygène ordinaire que l'hémoglobine entre en combinaison, et il existe toujours une proportion suffisante de ce gaz pour saturer les globules rouges. Quant à la quantité d'oxygène qui peut être fixée lorsqu'on élève la pression de ce gaz, elle est insignifiante. Aussi l'emploi de l'oxygène paraît-il à l'orateur une hérésie au point de vue physiologique.

M. G. Meyer, tout en reconnaissant que la respiration artificielle doit avoir le pas sur les inhalations d'oxygène, croit celles-ci nécessaires dans le traitement de l'asphyxie, qu'il s'agisse de submersion ou de suffocation. Il rappelle que l'oxygène a été employé dans ce but dès sa découverte par Scheele, en 1774.

M. Zuntz tient à rectifier certains des chiffres apportés par M. Aron. Dans le sérum, la teneur en oxygène atteint en réalité 0.5 ou 0.6 %; si donc on parvient seulement à la quadrupler, c'est un gain en oxygène de 2 % que réalise l'économie, peut-être plus encore dans certaines circonstances. En outre, le taux de l'oxygène dans les alvéoles pulmonaires, qui normalement est de 15 %, s'élève, par la respiration d'oxygène pur, à 95 %, ce qui est susceptible d'exercer une action salutaire quand la proportion d'hémoglobine est très faible, comme c'est le cas après les hémorrhagies abondantes, dans certaines intoxications (par l'oxyde de carbone, l'aniline), après le séjour dans l'air raréfié; c'est ainsi que les inhalations d'oxygène font cesser le mal de montagne.

M. A. Baginsky proclame également les bons effets de l'oxygène dans l'intoxication oxycarbonée; ce moyen n'est pas moins efficace dans certains cas d'asphyxie; il cite l'exemple d'une jeune idiote qui avait un corps étranger de la trachée, et qui fut très améliorée par les inhalations d'oxygène; on ne saurait parler ici de suggestion. Dans certaines formes de paralysie du cœur et dans des états analogues, on peut également obtenir de l'oxygène au moins un soulagement momentané.

M. Senator constate que le dogme, jusqu'ici à peu près accepté sans discussion, de l'inefficacité de l'oxygène, commence à paraître moins inattaquable. Pour lui, il considère les inhalations comme tout à fait conformes aux données de la physiologie; elles lui semblent aussi rationnelles en cas d'obstacle mécanique à la respiration que lorsqu'il s'agit des accidents consécutifs au séjour dans l'air raréfié.

L'orateur a expérimenté l'oxygène ozonisé par son passage sur de l'essence de térébenthine; il n'en a obtenu aucun résultat dans les maladies accompagnées de troubles graves des échanges (leucémie, chlorose, diabète, maladie d'Addison); par contre, cette méthode produit une amélioration notable de la dyspnée cardiaque.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 6 mai 1901.

A propos de la symptomatologie des tumeurs cérébrales.

M. L. Michaelis communique l'observation d'un homme de trente-quatre ans souffrant depuis quelques mois de vives céphalalgies occipitales et qui, durant les trois semaines ayant précédé son admission à l'hôpital, eut à trois reprises des pertes de connaissance le laissant un peu obnubilé pour un ou deux jours. Il n'existait, comme signe physique, que de la parésie du facial droit; malgré l'absence de toute paralysie du membre inférieur, le signe de Babinski fut trouvé très nettement à droite; le réflexe patellaire était vif des deux côtés; on notait, à l'examen ophtalmoscopique, quelques symptômes de stase.

On porta le diagnostic de tumeur cérébrale; la présence du phénomène des orteils à droite fit conclure que le néoplasme devait siéger dans l'hémisphère gauche. Néanmoins l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules géantes situé dans l'hémisphère droit.

L'orateur attribue au signe de Babinski une certaine valeur pour le diagnostic des tumeurs cérébrales.

M. A. Fränkel relate l'observation d'un malade de trente-six ans dont la tête était presque absolument immobilisée, et qui présentait, en outre, une vive sensibilité de la région occipitale, de la dureté d'oreille et du trismus; aucune trace de paralysie. L'orateur pensa à un mal de Pott vertébral ou occipital, et appliqua un appareil à extension, mais qui ne put être supporté. Après une amélioration de peu de durée survint une paralysie du facial gauche et du droit externe du côté droit; un peu plus tard, des accès de suffocation nécessitèrent une trachéotomie. A ce moment, on admit qu'il existait des lésions tuberculeuses de l'occipital, siégeant en avant du trou occipital et propagées au sphénoïde.

La nécropsie permit de constater une tumeur provenant de la cavité naso-pharyngienne et ayant entièrement infiltré l'occipital; fait curieux, l'apophyse odontoïde était complètement détachée de l'axis.

M. von Leyden considère l'immobilité du cou, et notamment l'impossibilité de tourner la tête, comme un bon signe de lésion de l'occipital. Quant à la fracture de l'apophyse odontoïde, c'est un accident rare; il en a observé un cas, où il a pu porter le diagnostic pendant la vie.

M. A. Fränkel attire l'attention sur le trismus que présentait son malade; c'est là un symptôme important pour la localisation du processus morbide dans le voisinage du pharynx.

Diabète et accident.

M. Litten. — J'ai eu naguère à donner mon avis sur le cas suivant : un homme, au cours d'une chute accidentelle, se fit une contusion du testicule gauche avec gonflement considérable de l'organe; au bout de quelques jours, l'état s'aggrava; il y eut de fréquentes gastralgies accompagnées de vomissements, et le patient tomba dans le coma; on constata, à ce moment, que l'urine renfermait 3 % de sucre et un peu d'albumine; les deux sommets étaient le siège de lésions tuberculeuses. Dix jours après l'accident la mort survint dans le coma.

On me demanda : 1° si la mort avait été causée par l'accident, celui-ci ayant déterminé le diabète; 2° si l'on pouvait admettre que l'accident avait aggravé un diabète préexistant et avait ainsi entraîné une mort prématurée. Je répondis affirmativement à la seconde question, et, par suite, négativement à la première, me basant sur ce qu'il n'existe pas dans la science d'exemple qu'un diabète ait, quelques heures après son début, provoqué le coma.

M. Strauss. — Au cours de la dernière séance, M. Hirschfeld a beaucoup insisté sur les lésions organiques comme causes du diabète, et pas assez, à mon avis, sur les troubles purement fonctionnels. De l'examen de 80 cas que j'ai observés et de 80 autres que j'ai recueillis dans la littérature, il résulte qu'une fois sur trois, la glycosurie d'origine traumatique est une glycosurie alimentaire; les rapports de cette dernière avec le diabète ne sauraient donc être contestés.

Je crois que, sans prédisposition, un accident ne saurait déterminer le diabète; mais il est clair que chez un prédisposé le traumatisme constitue un moment étiologique efficace. Quant au rôle du pancréas, je le juge peu considérable, car ce n'est que rarement que l'on trouve

chez les diabétiques des lésions de cet organe; ici aussi il faut attacher plus d'importance aux altérations fonctionnelles.

M. Jastrowitz estime que l'on doit tenir compte, pour expliquer l'action du traumatisme, de l'élément psychique; il ne pense pas, comme M. Strauss, que seuls les prédisposés puissent devenir diabétiques; chez un certain nombre d'individus ayant une prédisposition héréditaire à cette diathèse, et qu'il a examinés au point de vue de la tolérance pour les hydrates de carbone, il n'a pu provoquer de glycosurie alimentaire.

Dr VILLARET.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

De la péritonisation dans les laparotomies, par MM. QUÉNU et JUDET.

La péritonisation ou autoplastie péritonéale dans les laparotomies est un temps spécial de l'acte opératoire ayant pour but de recouvrir de séreuse toutes les surfaces cruentées : avant de refermer l'abdomen, on procède à une réfection du péritoine telle que l'intestin, en tous les points de la cavité abdominale, s'adosse, comme chez le sujet sain, à une surface lisse et recouverte d'endothélium.

Le fait d'appliquer et de fixer un lambeau de péritoine sur une surface dénudée et cruentée a pour premier résultat de supprimer toute exsudation sanguine à ce niveau. En dehors de l'économie de sang qui en résulte, il y a aussi une diminution notable des chances d'infection, les germes pathogènes, quelle que soit leur origine, trouvant un milieu favorable à leur développement dans l'exsudation séro-sanguine qui provient des surfaces saignantes; il semble même logique d'admettre que la résorption des toxines élaborées dans les anfractuosités de la plaie péritonéale exalte la virulence des microbes, au même titre que la méthode de culture intra-péritonéale dans les sacs de collodion. Un autre avantage de la péritonisation, c'est que, par l'enfouissement sous-séreux des pédicules et des surfaces cruentées voisines, on peut espérer éviter l'occlusion intestinale; M. Quénu a insisté sur la fréquence de cet accident à la suite des laparotomies pour kyste de l'ovaire : l'intestin grêle soulevé par la tumeur retombe dans la cavité pelvienne après l'ablation du néoplasme et s'accole alors au pédicule avec la plus grande facilité. Indépendamment des accidents d'occlusion précoce ou tardive, il est encore un danger auquel les malades laparotomisées sont exposées par le fait de la production d'adhérences péritonéales : ce sont des coliques très vives, persistantes et rebelles à toute thérapeutique, sauf à une nouvelle intervention chirurgicale.

La péritonisation constitue, pour MM. Quénu et Judet, une méthode générale; ils l'ont appliquée notamment à l'appendicite, aux kystes de l'ovaire, aux fibromes, aux salpingo-ovarites.

Dans l'appendicite à froid, lorsqu'il s'agit d'appendices très volumineux, ils ne se contentent pas d'enfouir le moignon à l'aide de quelques points séro-séreux, mais ils recouvrent la surface cruentée du pédicule en rabattant sur elle une collerette péritonéale disséquée sur la racine de l'appendice par glissement avant la mise en place de la ligature. Dans certains cas où l'appendice et le cæcum sont enfouis dans des adhérences, le travail de péritonisation peut aller plus loin. C'est ainsi que, chez une de ses malades qui présentait, entre la fosse iliaque et la paroi externe du cæcum, une poche ancienne contenant un peu de pus concrété, M. Quénu parvint, après grattage à la curette des débris caséeux, à isoler le foyer à la fois d'avec le cæcum et d'avec la grande cavité péritonéale au moyen d'un surjet effaçant l'angle de la fosse iliaque et de la paroi abdominale.

Pour les kystes de l'ovaire, la technique est généralement très simple, car la surface à recouvrir est presque toujours minime, et quelques points de surjet sont suffisants pour adosser la séreuse à elle-même au-dessus de la section du pédicule; lorsqu'il existe des adhérences intimes dont la rupture entraîne des décollements et des avivements du péritoine pariétal, on peut, avant de refermer l'abdomen, opérer une sorte de glissement longitudinal du péritoine, de façon à recouvrir les surfaces saignantes. A la suite de laparotomies pour kystes dont l'extirpation amène une dénudation utérine étendue, M. Quénu n'hésite même pas à faire l'hystérectomie supra-vaginale dans un but d'autoplastie péritonéale.

Après l'hystérectomie supra-vaginale, que les auteurs pratiquent dans la plupart des cas de fibromes utérins, il suffit d'un long surjet réunissant les deux pédicules utéro-ovariens pour adosser les deux lambeaux antérieur et postérieur du péritoine.

Rapide et facile pour les annexites peu adhérentes, le travail de restauration de la séreuse devient quelquefois long et laborieux dans ces pelvi-péritonites suppurées anciennes où trompes, ovaires, utérus, sont réunis en un seul bloc inflammatoire.

Dans les faits le plus simples, après avoir placé une ligature sur les vaisseaux utéro-ovariens et une autre sur la trompe et la terminaison des vaisseaux utérins, on enfouit les deux pédicules au moyen d'un surjet conduit du détroit supérieur à la corne utérine.

En présence de poches suppurées comblant le bas-fond de Douglas, bloquant le rectum, recouvrant l'utérus au point de le rendre parfois difficile à découvrir, on se trouve amené à pratiquer un véritable évidement du petit bassin; pour isoler la vessie, l'uretère, le rectum surtout, il devient nécessaire de les sculpter, pour ainsi dire, au milieu des tissus enflammés, et, l'opération terminée, le pelvis apparaît sous l'aspect d'une vaste excavation dénudée dont la surface irrégulière, recouverte de débris et d'exsudats, suinte sur toute son étendue; en pareille occurrence, l'ablation de l'utérus, par amputation sus-cervicale, est certainement indispensable. Un premier surjet rapproche dans la mesure du possible le péritoine antérieur des débris du péritoine postérieur; mais cette suture se montre ici très insuffisante, car elle laisse subsister de vastes espaces dénudés au niveau du cul-de-sac de Douglas, du rectum et des vaisseaux hypogastriques. Pour fermer cette plaie pelvienne, MM. Quénu et Judet utilisent le péritoine qui tapisse la partie inférieure de la paroi abdominale et se réfléchit sur la face postérieure de la vessie; la séreuse, en ce point, est presque toujours saine, les lésions de pelvi-péritonite génitale étant surtout postérieures. Ce lambeau séreux tendu au-dessus du petit bassin est fixé par un surjet au péritoine pelvien postérieur et à celui de l'extrémité supérieure du rectum, de sorte qu'on établit ainsi, au-dessus du cul-de-sac de Douglas, un cul-de-sac vésico-rectal peu profond. Si ce feuillet antérieur est trop court, on ne lui fait parcourir que la moitié du chemin et on amène au-devant de lui l'anse sigmoïde; le côlon pelvien, en effet, à moins d'infiltration pathologique de son méso, est assez mobile pour pouvoir être écarté de la paroi pelvienne postérieure sans aucun tiraillement. Par un surjet vésico-sigmoïde, on unit alors le péritoine vésical au péritoine de la face antérieure du côlon pelvien; il en résulte un effacement complet du cul-de-sac de Douglas, et le siège des lésions extirpées se trouve complètement séparé de la grande cavité péritonéale.

Grâce à la péritonisation, les résultats éloignés des laparotomies sont tout à fait satisfaisants et les opérés ne souffrent plus, ultérieurement, de troubles digestifs et de douleurs abdominales. Depuis cinq ans, M. Quénu n'a eu à déplorer qu'un seul cas d'occlusion intestinale post-opératoire, dû à de la paralysie intestinale, après une hystérectomie abdominale pour fibrome; la malade a d'ailleurs guéri à la suite d'une intervention secondaire. (*Rev. de chir.*, février 1901.) — M. C.

Formes sévères de l'aérophagie nerveuse, par M. L. BOUVERET.

L'aérophagie nerveuse constitue d'ordinaire une simple infirmité, fort gênante, il est vrai, en raison des crises d'éructation dont elle est la cause; cependant elle n'affecterait pas toujours une allure bénigne, mais serait susceptible d'amener parfois des troubles plus ou moins graves qu'on ne songe pas tout d'abord à lui imputer.

Un de ces troubles est constitué par l'apparition de vomissements alimentaires fréquents et abondants qui, attirant seuls l'attention du médecin, peuvent être l'occasion d'erreurs de diagnostic. C'est ainsi que chez un jeune homme de vingt-quatre ans, observé par l'auteur, on croyait à un début de tuberculose, les vomissements répétés ayant déterminé un amaigrissement tel que le patient allait être obligé de cesser ses occupations; or, un examen attentif permit de reconnaître qu'il se produisait, après les repas, de fréquents mouvements de déglutition amenant une distension considérable de l'estomac; le malade ayant pu se débarrasser de son aérophagie guérit aussi de ses vomissements.

Les troubles étaient à peu près semblables chez une femme de cinquante ans atteinte d'hystéro-neurasthénie traumatique, dont M. Bouveret relate également l'histoire; toutefois, la guérison fut ici moins complète.

Mais ce ne sont pas seulement les fonctions gastriques qui peuvent être entravées par la déglutition immodérée d'air; chacun sait que la distension de l'estomac, telle que la réalise un repas copieux, s'accompagne parfois d'une sensation d'oppression et de palpitations. Le même syndrome cardio-pulmonaire, susceptible d'aller jusqu'à la crise d'angor vasomotrice, peut être provoqué par l'aérophagie. L'auteur cite, à titre d'exemple, l'observation d'une femme de quarante ans, névropathe, ayant même eu des crises d'hystérie dans sa jeunesse, qui était souvent réveillée durant son premier sommeil par une suffocation et une très vive angoisse, considérées jusque-là comme de nature hystérique. Dans ce cas comme dans les précédents, un traitement moral visant la guérison du tic aérophagique, associé à des pratiques hydrothérapiques, eut à peu près complètement raison des phénomènes qui inquiétaient la malade.

Le diagnostic de ces formes graves d'aérophagie ne peut être établi que par la constatation des mouvements de déglutition, lesquels devront être recherchés particulièrement après les repas. (*Lyon méd.*, 10 mars 1901.) — F. F.

Dilatation, curettage et drainage prolongé de l'utérus appliqués au traitement de certaines salpingites, par MM. BEAUSSENAT et E. BLUM.

C'est Walton qui le premier, en 1887, préconisa le traitement indirect des salpingites par la dilatation forcée de l'utérus suivie du curettage et du drainage prolongé de la cavité utérine. Depuis lors, différents gynécologistes ont successivement apprécié l'efficacité de cette méthode, dont ils attribuent les bons effets au drainage et surtout à la dilatation.

En ce qui concerne la dilatation, MM. Beaussenat et Blum conseillent l'emploi des laminaires, et de préférence celui des laminaires perforées, qui permettent un facile écoulement des produits de sécrétion de l'utérus; ils repoussent la dilatation extemporanée du col, soit avec un dilatateur comme celui de Sims, soit avec les bougies d'Hegar. Celles-ci, en effet, ne dilatent que le col de l'utérus, et encore d'une façon insuffisante; dès que leur action a cessé, le col reprend très vite sa tonicité. Avec la laminaire, au contraire, la dilatation s'exerce également sur tout le corps utérin et se fait d'une façon régulière et progressive, par ramollissement et assouplissement du col dont la tonicité se trouve rompue, ce qui assure une dilatation durable et un drainage prolongé. Il suffit, en général, d'appliquer durant deux à quatre jours des laminaires de plus en plus grosses pour obtenir une dilatation permettant à l'index de franchir aisément l'orifice interne du col utérin.

Après le curettage, un gros drain en caoutchouc est placé dans l'utérus, et les culs-de-sac sont bourrés légèrement avec des lanières de gaze aseptique, de façon à maintenir au milieu du vagin le drain coupé à 1 ou 2 centimètres de l'orifice externe du col. Le pansement est renouvelé tous les deux jours, et chaque fois, après un lavage intra-utérin, on remet un drain du même calibre que le premier ou d'un calibre très peu inférieur. Lorsque, du dixième au vingtième jour en moyenne, on constate que la cavité utérine ne renferme plus que du mucus incolore, on supprime le drainage et les injections intra-utérines et il n'y a plus qu'à pratiquer une rigoureuse antisepsie vaginale pendant quelques jours encore. A ce moment on

note, dans les cas favorables, la diminution et même la disparition des tumeurs salpingo-ovariennes.

De 1894 à 1896, les auteurs ont traité 19 malades par la méthode de Walton; ils les rangent en trois séries, selon que l'opération date de six ans et demi, de cinq ans ou de quatre ans et demi. Sur 11 cas traités en 1894, il y a eu 7 guérisons absolument définitives, 1 guérison qui a duré trois ans, 2 résultats immédiats excellents, sans que le résultat éloigné ait pu être vérifié, et enfin 1 insuccès. Les 3 faits remontant à 1895 ont donné une guérison complète persistant depuis lors, une guérison qui s'est maintenue quatre ans et une qui a duré seulement deux ans. La troisième série se compose de cinq cas, avec 4 guérisons absolues et 1 guérison s'étant maintenue pendant trois ans.

Devant les succès que donne la méthode de Walton, on est en droit d'y recourir avant toute autre intervention chirurgicale, d'autant que, si elle échoue, il est toujours temps de pratiquer la laparotomie. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, novembre-décembre 1900.) — M. C.

La méningite cérébro-spinale épidémique en Norvège pendant les années 1875-1897, par M. C. Looft.

Durant les vingt-trois années comprises entre 1875 et 1897, on a observé tous les ans, en Norvège, soit des épidémies plus ou moins étendues de méningite cérébro-spinale, soit, du moins, des cas sporadiques de cette affection. Les épidémies les plus graves survinrent en 1875-76-77, où l'on nota en tout 707 cas, avec une mortalité moyenne de 35.64 %, puis en 1886-87-88 (286 cas ayant donné 37.06 % de mortalité), enfin en 1892 où l'on compta 55 cas avec 28 décès, soit 50.9 %. Au total, pour les vingt-trois années considérées, on a enregistré 1,618 cas, ou environ 70 par an; la mortalité a oscillé entre 52.9 % (1879) et 21.2 % (1894).

En dépouillant cette énorme quantité de documents, l'auteur a pu faire quelques remarques intéressantes concernant l'histoire épidémiologique de la méningite cérébro-spinale. C'est ainsi que la nature contagieuse de cette affection est bien démontrée par l'existence de petites épidémies de maison; M. Looft cite entre autres une maison du district de Buskerud où 7 enfants furent frappés en 1887. Relativement à l'âge des malades, les adultes sont atteints moins fréquemment que les enfants; mais, fait curieux, alors que dans le jeune âge les garçons paraissent plus exposés que les filles, ce sont au contraire les hommes qui, parmi les adultes, fournissent le plus fort contingent. Ajoutons que les épidémies ont été observées tant au bord de la mer que dans des localités assez élevées, par conséquent dans des conditions climatériques fort diverses. Les cas sont plus fréquents pendant les six premiers mois de l'année, et c'est au mois de mai qu'appartient le maximum.

Enfin, après les récentes discussions sur la question des suites éloignées de la méningite cérébro-spinale, il n'est pas sans intérêt de signaler les deux points suivants : d'une statistique publiée naguère par M. Uchermann, et comprenant 107 cas de surdi-mutité acquise, en Norvège, il résulte que dans 12.1 % des faits cette infirmité était consécutive à la méningite cérébro-spinale (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. XXXIV); de son côté, M. Looft, au cours de recherches ayant porté sur 539 idiots ou imbéciles, a vu que 3.7 % d'entre eux devaient leur déchéance intellectuelle à la même maladie. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 1.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Irritabilité musculaire et réflexes tendineux dans le tabes, par M. Frenkel.

Si l'absence du réflexe patellaire constitue l'un des symptômes les plus constants et les plus précoces du tabes, l'état des autres réflexes tendineux dans cette affection est, par contre, moins bien connu. Or, M. Frenkel a pu s'assurer que le réflexe du tendon d'Achille fait constamment défaut chez les tabétiques, et qu'il en est de même des réflexes tendineux des bras, notamment du réflexe olécrânien. Même à la période préataxique, alors qu'il n'existe pas encore la plus légère incoordination des mouvements, le réflexe olécrânien manquerait dans la majorité des cas : sur 23 tabétiques examinés à cette période de la maladie, l'auteur a pu se convaincre, en effet, que 11 avaient conservé leurs réflexes patellaires, tandis que chez 8 seulement on pouvait encore provoquer le réflexe olécrânien.

Pour la recherche de ce dernier réflexe, il est important de ne percuter que le tendon, sans toucher au triceps, car, dans le tabes, l'absence des réflexes tendineux est fréquemment accompagnée d'une exagération de la réaction idio-musculaire : M. Frenkel a noté ce fait 12 fois sur 23. Si l'on percute le muscle à petits coups, on provoque une contraction musculaire plus ou moins forte, alors qu'une percussion d'égale intensité n'est pas suivie de réaction chez un individu sain. Cet état du muscle s'observe à toutes les phases de la maladie, aussi bien chez des sujets à la période préataxique que chez des tabétiques incapables de marcher depuis plusieurs années.

Il est remarquable que, parfois, ce phénomène coïncide d'un côté avec l'absence complète de réflexe tendineux, pendant que de l'autre côté, où il fait défaut, le réflexe tendineux existe encore. Par contre, on ne constate jamais d'exagération de l'irritabilité musculaire lorsque les réflexes tendineux sont conservés. C'est là une preuve de plus en faveur de l'indépendance du tonus musculaire et des réflexes tendineux. L'exagération de l'irritabilité musculaire est peut-être due précisément à l'abolition d'un réflexe médullaire que nous ne connaissons pas, hypothèse qui concorderait parfaitement avec la fréquence des troubles trophiques au cours du tabes. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 3-4.) — A. J.

Quatre cas de gastro-entéroplastie et d'entéroplastie, par M. R. Reiske.

Après la gastro-entérostomie, certaines complications rendent parfois le résultat insuffisant et peuvent nécessiter une deuxième opération. C'est ce que démontrent les 4 cas publiés par M. Reiske; il s'agit dans ces observations — dont une provient de la clinique de M. von Mikulicz (de Breslau) et trois de celle de M. Czerny (de Heidelberg) — d'ulcères chroniques de l'estomac avec rétrécissement du pylore.

Le premier malade avait été traité par la gastro-entérostomie antérieure d'après la méthode de Kocher. Son état ne s'étant pas amélioré à la suite de cette intervention, M. von Mikulicz fit une nouvelle laparotomie, qui lui permit de reconnaître l'existence d'un rétrécissement notable de l'orifice anastomotique. Il élargit alors ce dernier en appliquant le principe de la pyloroplastie, puis pratiqua une entéro-anastomose 10 centimètres plus bas. Cette double intervention n'eut cependant pas grand effet, pas plus qu'une troisième qui fut tentée dans le but d'obturer le segment du jéjunum situé entre l'entéro-anastomose et l'estomac.

Dans les cas de M. Czerny, les opérations répétées furent plus heureuses. Le premier concerne un sujet qui avait été soumis tout d'abord à une gastro-entérostomie postérieure faite au moyen du bouton de Murphy. Le résultat immédiat fut bon, mais les symptômes stomacaux reparurent au bout de quelques semaines, traduisant une rétention alimentaire manifeste. Une seconde opération fit voir que l'obstacle était formé par des brides cicatricielles obstruant le jéjunum au niveau de l'anastomose. M. Czerny sectionna ces brides et élargit la communication avec l'estomac comme on le fait dans la pyloroplastie. Cette nouvelle intervention amena une guérison définitive.

Le deuxième patient avait également subi la gastro-entérostomie postérieure pour un rétrécissement cicatriciel du pylore; après une période d'amélioration, il ne tarda pas à présenter une exacerbation de tous les symptômes. Ayant ouvert le ventre, le chirurgien de Heidelberg trouva, au niveau de l'anse jéjunale, une cicatrice disposée en éperon. Il sectionna l'obstacle, puis sutura l'incision perpendiculairement à sa direction primitive. L'amélioration qui survint fut de nouveau suivie du retour des troubles primitifs. Une pyloroplastie fut alors pratiquée au niveau de l'anastomose même : nouvelle amélioration sensible, mais passagère. Au cours d'une quatrième intervention, M. Czerny trouva une bride cicatricielle divisant l'estomac en deux poches, comme dans l'estomac en bissac; il excisa ces adhérences et obtint ainsi une guérison définitive.

Chez le troisième malade, la gastro-entérostomie postérieure, au moyen du bouton de Murphy, donna un an de répit; une gastro-entéroplastie pratiquée au bout de ce laps de temps fit disparaître définitivement les troubles stomacaux.

Ces trois dernières observations démontrent qu'il ne faut pas renoncer, en pareille occurrence, au traitement opératoire, même lorsqu'une, voire deux interventions n'ont pas été suivies d'un succès durable. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 3.) — F. de Q.

Sur les accidents septiques compliquant la nécrose du pancréas, par M. Th. Struppler.

On a contesté la réalité des accidents septiques au cours de la nécrose du pancréas; Katz et Winkler, par exemple, refusent péremptoirement d'admettre qu'une infection soit la cause de la leucocytose qu'ils ont constatée au cours de leurs recherches sur la nécrose disséminée du tissu adipeux. Cependant, dans un certain nombre de cas de nécrose du pancréas, l'observation clinique autant que l'examen anatomo-pathologique ont démontré d'une façon irrécusable la présence d'un processus infectieux, complication qui a souvent pour effet de rendre le diagnostic de l'affection pancréatique extrêmement difficile; aussi est-il important de chercher à établir exactement les rapports qui existent entre la lésion du pancréas et les accidents septiques. C'est ce que vient de tenter M. Struppler, à l'occasion de deux faits qu'il lui a été donné d'observer.

Le premier concerne un homme de quarante-huit ans, alcoolique avéré, qui se plaignait depuis longtemps de douleurs dans l'abdomen et présentait les signes d'une affection pulmonaire. Apporté sans connaissance à l'hôpital, on reconnut chez lui des lésions de tuberculose chronique aux deux sommets, de l'endocardite et une embolie de l'hémisphère gauche; l'urine contenait des traces d'albumine, mais pas de sucre. La mort survint en six jours. A l'autopsie on constata, outre la phtisie pulmonaire et l'embolie cérébrale, une endocardite végétante récente des valvules semi-lunaires, une néphrite interstitielle chronique et de nombreux foyers de nécrose graisseuse du pancréas, de l'épiploon et du mésentère. Il existait aussi de la cirrhose du foie, de la tuméfaction de la rate et une leptoméningite chronique.

La seconde observation a trait à une femme de cinquante-quatre ans, souffrant depuis 1875 de douleurs dans la région du foie et de l'estomac, ainsi que dans le dos et les reins. Ces douleurs apparaissaient par accès et coïncidaient souvent avec des vomissements de sang. L'abdomen était très sensible à la pression, spécialement au niveau du creux épigastrique; il y avait de la matité sous le rebord costal gauche. Le pouls était fréquent, irrégulier, la température oscillait entre 36° et 38°6. L'urine renfermait de petites quantités de sucre. Peu à peu, les symptômes de péritonite disparurent ainsi que la glycosurie; mais, trois semaines après l'entrée de la malade à l'hôpital, il survint subitement un accès d'angine de poitrine, suivi de frissons et de douleurs articulaires. Sous le rebord costal droit on constatait une résistance de l'étendue de la main. Quelques mois plus tard, cette femme fut prise une seconde fois de frissons avec fièvre, vomissements et ictère. La résistance notée plus haut s'étendait à ce moment de la vésicule biliaire jusqu'à l'ombilic, mais au bout de quelques jours elle s'était déplacée et avait passé dans l'hypocondre gauche. Il n'existait pas de stéatorrhée; la courbe de la température présentait un type éminemment septique. La malade ayant succombé au bout de quelques jours, on trouva à l'autopsie une nécrose gangreneuse du pancréas et du tissu adipeux rétropéritonéal avec foyers de broncho-pneumonie dans les deux poumons et pachyméningite intense fibrino-purulente.

La glycosurie transitoire observée dans ce cas concorde parfaitement avec ce que l'observation clinique et l'expérimentation nous ont appris sur le rôle du pancréas dans la glycosurie : il suffit d'une petite portion de glande

intacte pour empêcher une glycosurie grave de se produire.

La cause la plus vraisemblable de l'infection observée chez ces deux malades paraît devoir être recherchée dans l'invasion de l'organisme par la voie du canal de Wirsung. Les microbes trouvent dans les foyers nécrotiques du pancréas un terrain favorable à leur développement, et de là se répandent dans le torrent circulatoire pour donner naissance à des embolies septiques. Si l'on examine les observations de nécrose du pancréas publiées jusqu'à présent, on y trouve nombre d'arguments en faveur de cette manière de voir. C'est ainsi qu'on note, dans certains cas, de l'infiltration purulente du pancréas ou du mésocôlon, des abcès pouvant communiquer avec l'intestin, de la tuméfaction et des hémorrhagies des ganglions rétropéritonéaux, une péritonite locale ou généralisée, de la tuméfaction du foie et des reins, des abcès du foie, des phlébites, de la septicopyémie, etc., et l'examen bactériologique montre que ces accidents sont dus aux microbes les plus divers (colibacille, diplocoque, streptocoque). Dans la nécrose simple, à marche chronique, l'infection du pancréas, et partant l'infection générale, peut faire défaut, mais elle est toujours imminente; l'inflammation pancréatique prend alors un caractère aigu, inflammatoire ou gangreneux, aboutissant rapidement à une issue fatale, comme le second cas de M. Struppler en est un exemple. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 1-2.) — A. J.

Un cas de duplicité du gros intestin, de l'utérus et du vagin, par M. B. Grohé.

L'observation relatée dans le présent travail, et qui paraît constituer un fait à peu près unique dans la science, présente des difficultés d'interprétation considérables, au point de vue embryologique.

Il s'agit d'une fillette de dix ans qui fut admise à la clinique chirurgicale d'Iéna pour des douleurs abdominales violentes revenant par périodes irrégulières; en outre, il y avait rejet des matières fécales par le vagin. L'examen local permit de constater, tout d'abord, l'existence d'un double orifice vaginal, puis, en arrière de celui ci, d'une fistule stercorale vulvaire; l'anus était normal. L'hypogastre était occupé par une tumeur assez volumineuse, de consistance molle.

On pratiqua une laparotomie qui fit découvrir un utérus bicorne, derrière lequel on trouva une tumeur du volume du poing, recouverte par le péritoine. Pensant avoir affaire à une dilatation de l'intestin, on fixa cette tumeur à la paroi abdominale, et on l'incisa quatre jours plus tard; on arriva ainsi dans une cavité tapissée de muqueuse intestinale et renfermant des matières fécales en abondance. Cette poche, située en avant du rectum, ne paraissait pas communiquer avec ce dernier. L'existence d'une telle communication fut cependant prouvée les jours suivants par le passage du contenu intestinal dans ladite cavité.

Une seconde laparatomie montra qu'il existait deux appendices vermiformes, et que le gros intestin était dédoublé sur toute sa longueur à partir du cæcum. L'un de ces canaux aboutissait à l'anus normal; l'autre, par l'intermédiaire de la poche constatée lors de la première opération, s'ouvrait dans l'anus vulvaire. On établit une large communication entre les deux rectum; puis, en deux interventions successives, on réunit les deux orifices anaux et on sectionna la cloison vaginale qui les séparait. Les suites opératoires furent normales et la jeune malade se rétablit entièrement. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 5-6.) — F. de Q.

Un nouveau cas de section césarienne vaginale pour éclampsie, par M. A. Dührssen.

Chez une femme enceinte de six mois et demi, qui fut atteinte d'éclampsie grave, l'auteur pratiqua une section césarienne par le vagin. Cette opération se fait de la manière suivante: après avoir incisé le cul-de-sac vaginal antérieur, on découvre la paroi antérieure du col et on la fend jusqu'au niveau de l'orifice interne. On saisit les bords de la plaie avec des pinces à griffes et on prolonge l'incision médiane sur le segment inférieur de l'utérus. En cas de nécessité, on sectionne de même la paroi postérieure de la matrice, ce qui rend facile le passage de la main. On peut encore pratiquer une incision profonde du périnée, si le vagin est étroit. Après la délivrance, on tamponne l'utérus avec de la gaze iodoformée stérilisée, et on suture les incisions.

M. Dührssen estime que, lorsqu'il y a danger pour la mère et l'enfant, le col étant fermé et non dilatable, c'est à la section césarienne vaginale qu'il faut avoir recours. Cette opération restant extra-péritonéale est relativement peu grave. Cependant, l'auteur ne la recommande pas pour tous les cas d'éclampsie, quoique, à son avis, un seul accès d'éclampsie soit, en raison des allures insidieuses de cette affection, une indication formelle de pratiquer la délivrance. Des incisions du col chez les primipares et la dilatation au moyen d'un ballon chez les multipares permettront le plus souvent d'extraire un enfant vivant.

D'une manière générale, M. Dührssen préfère la section césarienne vaginale; en cas de cancer, il la fait suivre immédiatement de l'extirpation de l'utérus. Il voudrait voir réserver l'opération par la voie abdominale aux malades présentant un rétrécissement du vagin. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 3.) — E. C.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'éthérisation discontinue.

Les espérances suggérées par le promoteur de la cocaïnisation médullaire ayant été quelque peu déçues (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 127), ce procédé d'anesthésie — qu'on n'a pas hésité à qualifier d'« arme à double tranchant » — ne saurait pour le moment prétendre à détrôner le chloroforme et l'éther. Et de fait, nous voyons nombre de chirurgiens rester fidèles à ces deux anesthésiques tout en s'appliquant à rendre leur emploi aussi inoffensif que possible. C'est ainsi que, dans l'espace de quelques mois, nous avons eu l'occasion d'indiquer toute une série de modifications de la technique habituelle de la narcose générale et, en particulier, deux méthodes nouvelles d'anesthésie par l'éther, à savoir l'éthérisation goutte à goutte et l'anesthésie mixte par l'éther et la cocaïne (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 40 et 64). Aujourd'hui nous devons signaler, dans le même ordre d'idées, un procédé préconisé par M. le docteur Kronacher (de Munich) et que notre confrère désigne sous le nom d'*éthérisation discontinue*.

Partant de ce fait que les suites fâcheuses de l'emploi de l'éther (complications broncho-pulmonaires, psychoses, collapsus) tiennent surtout à la grande quantité d'anesthésique inhalé par le patient, ainsi qu'à la durée trop longue de la narcose, M. Kronacher pratique l'anesthésie, depuis trois ans, de la façon suivante :

On commence par verser sur le masque de 5 à 10 c.c. d'éther; puis, le patient ayant fait quelques inhalations, on renouvelle l'anesthésique, cette fois à la dose de 10 à 20 c.c. La phase d'excitation une fois obtenue, on attend que le malade ait fait encore cinq à dix inspirations, et on enlève le masque; la narcose est alors complète dans la plupart des cas, et peut persister une dizaine de minutes environ. Si l'opération doit durer plus longtemps, on recommence l'anesthésie au bout de ce laps de temps, en procédant toujours de la même manière.

Ainsi pratiquée, l'éthérisation serait tout à fait exempte de dangers et ne donnerait pas même lieu aux phénomènes désagréables, tels que céphalalgie, nausées, vomissements, etc., qu'elle détermine d'ordinaire.

L'emploi de l'eau oxygénée pour le décollement des pansements adhérents.

On ne connaît que trop les inconvénients que présentent les pansements effectués au moyen de lanières de gaze, celles-ci contractant d'ordinaire des adhérences intimes avec les tissus avoisinants. Ces adhérences rendent l'ablation du pansement très pénible et douloureuse, au point de nécessiter parfois l'anesthésie générale. De plus, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'un tamponnement intra-péritonéal laissé en place une dizaine de jours et que les pièces de gaze font corps, pour ainsi dire, avec les viscères au milieu desquels elles se trouvent disposées, on risque, en faisant des efforts pour les décoller, de voir se produire toute une série d'accidents fâcheux, voire même très graves, tels qu'hémorrhagies, déchirures de l'intestin ou d'autres organes, etc. Or, M. le docteur J. von Mikulicz, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Breslau, — le promoteur du procédé de tamponnement si usité en chirurgie abdominale — a recours à un moyen très simple et tout à fait inoffensif pour détacher les pansements adhérents. Ce procédé, que notre confrère a récemment indiqué à M. le docteur A. Poncet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon(1), consiste à faire verser lentement et en petite quantité de l'eau oxygénée sur les bords de la plaie, pendant qu'on exerce des tractions avec une main sur la gaze à détacher et qu'à l'aide des doigts de l'autre main on la sépare des tissus auxquels elle adhère. Quelques tractions légères suffisent, en général, pour libérer le pansement le plus adhérent, pourvu qu'on ait eu soin de l'imbiber complètement de peroxyde d'hydrogène.

Au moment où l'on arrose la plaie avec de l'eau oxygénée, on voit se produire une mousse abondante constituée par une multitude de très fines bulles d'oxygène. C'est probablement par l'action mécanique de ce dégagement d'oxygène, qui crée une mince couche gazeuse aux points de contact du pansement avec les tissus, que le décollement de la gaze se trouve facilité. Quoi qu'il en soit, il importe, au point de vue pratique, de faire remarquer que la mousse gazeuse peut parfois être tellement abondante qu'elle finit par masquer le champ opératoire et qu'elle gêne, dans une certaine mesure, l'ablation du pansement ; il suffit, en pareil cas, d'essuyer la plaie avec une compresse de gaze stérilisée.

Les injections sous-cutanées de quinine associées au traitement local de l'endométrite puerpérale.

D'après M. le docteur Aufrecht, médecin en chef de l'hôpital civil de Magdebourg-Altstadt, il existerait un rapport étroit entre la fièvre puerpérale et le pneumocoque. Or, comme notre confrère traite depuis longtemps la pneumonie fibrineuse par des injections hypodermiques de quinine, il a eu l'idée d'essayer le même moyen chez une femme qui, après avoir accouché au cours d'une pneumonie, ne tarda pas à présenter tous les symptômes de l'endométrite puerpérale. Cette tentative ayant été couronnée d'un succès complet, et cela sans donner lieu au moindre accident, M. Aufrecht emploie depuis lors, d'une façon systématique, les injections de quinine toutes les fois qu'il se trouve en présence d'une femme atteinte de fièvre puerpérale. Pour ces injections, il se sert d'une solution, préparée à chaud, de 1 gramme de chlorhydrate de quinine dans 34 grammes d'eau; le médicament reste dissous même après le refroidissement du liquide. Il importe d'éviter l'emploi des acides auxquels on a habituellement recours pour augmenter la solubilité des sels de quinine. M. Aufrecht injecte tous les deux ou trois jours, dans le tissu cellulaire sous-cutané du flanc, 17 grammes de la solution susmentionnée, ce qui correspond à 0 gr. 50 centigr. de chlorhydrate de quinine. En procédant de cette manière, il n'a jamais eu à enregistrer la moindre complication, et les résultats de cette méthode, associée aux lavages intra-utérins avec une solution phéniquée, ont toujours été de beaucoup supérieurs à ceux que notre confrère avait obtenus dans d'autres cas où le traitement était resté purement local.

Ajoutons que les injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine *en solution concentrée* avaient été antérieurement essayées contre la septicémie puerpérale, dans le but de provoquer des abcès fixateurs (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 372).

(1) A. Poncet. Du décollement du « Mikulicz » et des pansements adhérents par l'arrosage des plaies avec l'eau oxygénée. (*Gaz. des hôpitaux*, 14 mai 1901.)

CLINIQUE DES MALADIES SYPHILITIQUES

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur A. FOURNIER.

Ligue contre la syphilis.

Ce sera certes une note distinctive pour notre époque, ce sera même un honneur pour elle, d'avoir entrepris ce qu'on n'avait pas tenté de faire jusqu'alors, à savoir d'attaquer résolument deux des grands fléaux qui déciment l'humanité et d'avoir réuni contre eux l'effort collectif d'un groupe de combattants. Je veux parler des ligues qui se sont fondées ces dernières années contre l'alcoolisme et contre la tuberculose, et que vous connaissez trop bien pour que j'aie à faire autre chose que d'en produire ici le nom.

Or, il n'est pas que ces deux fléaux qui désolent les sociétés modernes. Il en est un troisième, non moins pernicieux; et, celui-ci, vous le connaissez également de reste : c'est la syphilis, ou, pour mieux dire, c'est la syphilis flanquée de la blennorrhagie, dont le véritable pronostic n'a été révélé que par les travaux de l'époque contemporaine, dont la haute gravité n'est connue, pourrais-je dire, que depuis hier.

Aussi bien devait-il venir un jour où un effort de même ordre serait tenté contre cette troisième peste moderne, la syphilis, un jour où l'on se déciderait enfin — et vraiment ce n'est pas trop tôt — à s'armer en guerre contre elle, à sortir de la résignation passive d'autrefois et à se dire : « En voilà assez! Il faut nous efforcer de nous défendre mieux qu'on ne s'est défendu jusqu'à présent contre un ennemi terrible qui fait tant et tant de victimes parmi nous, et cela dans toutes les classes de la société et à tous les âges de la vie. Nous avons la dure expérience que les vieilles méthodes, qui étaient censées nous protéger, restent impuissantes ou insuffisantes à cet égard, puisque voilà plus de quatre siècles que subsiste le mal français du moyen âge et qu'il a résisté à tous les efforts qu'ont tentés contre lui les générations précédentes. Essayons enfin d'autres moyens. Au lieu de nous confier à la seule imaginative de nos gouvernants et de nos administrations, faisons appel aux initiatives privées, et groupons ces initiatives en une *ligue*. Etudions, discutons par nous-mêmes les graves questions de prophylaxie où tant d'intérêts divers se trouvent en jeu et faisons de par nous-mêmes la guerre au fléau. »

Eh bien, ce jour n'est plus à venir, il est venu. Car, il y a trois semaines à peine, une centaine d'hommes appartenant non pas seulement à la profession médicale, mais aux mondes scientifique, littéraire, administratif, indépendant, libéral, etc., ont constitué une association, une œuvre qui, sous le nom de *Société de prophylaxie sanitaire et morale*, est une véritable *Ligue contre la syphilis*.

Aussi bien ne puis-je résister au désir de vous parler aujourd'hui de cette œuvre nouvelle, pour vous dire en quelques mots de quels sentiments elle est sortie, quel est l'objectif qu'elle a en vue, ce à quoi elle répond, quelles sont ses aspirations, ses espérances, bref ce qu'elle se propose comme programme d'études et peut-être aussi comme réalisations pratiques.

Tout d'abord, quelle est la raison d'être de cette œuvre, de cette Ligue? Et quels motifs nous ont invités, puis décidés, presque contraints à la constituer?

Ces motifs sont multiples, et je n'abuserai pas de votre temps en les citant tous ici. Mais il en est trois principaux, trois majeurs pour le moins, que je vous signalerai, à savoir :

1° La fréquence considérable de la syphilis dans les sociétés modernes et dans toutes les classes, depuis les plus basses jusqu'aux plus élevées;

2° Les dangers de la syphilis, dangers apparaissant chaque jour à la fois comme plus nombreux et plus graves avec lès progrès de la science, jusqu'à élever cette redoutable infection au rang d'une véritable calamité sociale;

3° La démonstration empiriquement acquise de l'impuissance, tout au moins de l'insuffisance des moyens prophylactiques actuels pour endiguer et enrayer le fléau, étant données, vis-à-vis de lui, l'immobilité, la torpeur, j'allais dire la léthargie des pouvoirs publics, auxquels est confié le soin de nous protéger.

Quelques mots de justification à l'appui de ce qui précède.

I. — En ce qui concerne la *fréquence* de la syphilis, je n'aborderai pas le point de savoir si cette infection s'accroît numériquement parmi nous. Je suis persuadé qu'elle augmente, qu'elle compte aujourd'hui plus de victimes qu'il y a vingt, trente ou quarante ans, et nombre de mes collègues des plus autorisés le croient avec moi. Mais il me serait impossible, et je pense qu'il ne serait possible à personne d'établir cette preuve par une statistique probante, les points de repère nous faisant défaut comme base d'un parallèle.

En tout cas, ce qui reste au-dessus de toute contestation, c'est la fréquence considérable de la syphilis parmi nous. La démonstration n'est plus à faire en l'espèce. Un de nos distingués collègues des hôpitaux, M. le docteur P. Le Noir, qui a étudié cette question de fréquence pendant neuf ans, déclarait à la Conférence internationale de Bruxelles que « dans la population masculine adulte de Paris, la proportion des sujets syphilitiques avérés ne serait pas inférieure à 13 %, et, vraisemblablement, atteindrait 15 % ». Pour la partie indigente de la population, ajoutait-il, cette proportion s'élèverait même à 16 %. On compterait donc à Paris, approximativement, rien que sur les adultes du sexe masculin, 125,000 syphilitiques. Je suis loin de croire ces chiffres exagérés; car, pour avoir étudié dans les hôpitaux *non spéciaux* cette même question du pourcentage des sujets syphilitiques, je suis arrivé à des résultats à peu près analogues (de 13 à 17 ou 18 %).

Environ 15 syphilitiques sur 100 adultes (hommes), n'est-ce pas énorme, n'est-ce pas navrant!

II. — Faut-il démontrer les *dangers* de la syphilis? Certes, de tout temps la syphilis a été considérée comme grave. Mais combien plus grave doit-elle nous apparaître aujourd'hui, alors que le résultat des travaux scientifiques qui se sont produits depuis trente ou quarante ans a été de lui rattacher nombre de manifestations dont personne autrefois ne la jugeait coupable. Sans exagération, on peut dire qu'il n'est pas de maladie dont le domaine se soit plus accru par une série d'*annexions*. Comparez simplement, pour vous en convaincre, la table des matières d'un traité de syphiligraphie de 1850 (tel que celui de Melchior Robert ou celui de Vidal, qui, je m'en souviens, étaient les deux classiques du jour, alors que j'étais étudiant) et celle d'un traité contemporain. Quelle différence de l'un à l'autre! Ce serait à croire qu'il ne s'agit plus de la même maladie dans le vieux et dans le jeune, tant abonde dans le jeune une foule de chapitres inabordés dans le vieux.

Syphilis cérébrale; syphilis médullaire; syphilis du fond de l'œil; syphilis laryngée; syphilis pulmonaire; syphilis cardiaque; syphilis artérielle; syphilis hépatique; syphilis rénale; syphilis gastro-intestinale et rectale, etc., etc.; — voilà autant de sujets qui, à peine indiqués ou même absolument passés sous silence dans les traités de 1850, composent la plus large part des traités actuels. — Or, est-il besoin de dire, comme conséquence, qu'avec chacune de ces annexions nouvelles le pronostic de la syphilis est allé se chargeant, se modifiant et s'assombrissant?

De même, connaissait-on autrefois le bilan épouvantable de l'hérédité syphilitique? Se rendait-on compte notamment de l'incroyable mortalité des enfants issus d'ascendants syphilitiques? Qui croyait il y a vingt-cinq ans, quinze ans même, à la syphilis héréditaire *tardive?*

Et ce n'est pas tout, certes. Car au pronostic de la syphilis proprement dite est venu s'adjoindre récemment celui de la *parasyphilis*. Je m'explique.

Il est devenu certain, de fraîche date, et il est accepté généralement aujourd'hui, que quelques affections qui sévissent avec une très notable fréquence sur les sujets syphilitiques sont les conséquences de la syphilis, sans être syphilitiques autrement que d'origine, et c'est à elles qu'on a donné le nom de parasyphilitiques. Or, ces affections parasyphilitiques, au moins pour la plupart, apportent au pronostic propre de la syphilis un très lourd et redoutable appoint, et cela pour trois raisons :

De par leur gravité propre;

De par leur grande fréquence;

De par la faillite du traitement antisyphilitique vis-à-vis d'elles, j'entends de par ce fait qu'elles ne sont pas influencées curativement par le mercure et l'iodure de potassium à la façon des affections syphilitiques vraies.

Faut-il, comme exemples, vous citer les trois types principaux de la parasyphilis?

Ces trois types sont le tabes, la paralysie générale et la leucoplasie buccale — avec sa conséquence si habituelle, le cancer de la langue —, toutes affections *incurables* par excellence, toutes affections à pronostic inexorable!

En sorte que l'annexion de la parasyphilis à la syphilis a chargé cette dernière de nouvelles et écrasantes responsabilités. Si bien, en somme, que la syphilis, telle qu'il nous faut l'envisager actuellement, est très différente, au point de vue pronostique du moins, de la syphilis telle que pouvaient la considérer nos pères et telle que nous la connaissions encore il y a vingt ans. On pourrait dire sans exagération que la syphilis, pour nous aujourd'hui, est dix fois plus grave qu'elle ne l'était pour nos prédécesseurs.

Deux exemples ou plutôt deux considérations pour vous convaincre :

1° Il y a trente ou quarante ans, on pouvait croire et l'on croyait en avoir fini avec la syphilis au prix d'un traitement de quelques mois. « Six mois de traitement mercuriel, disait-on, suivis de trois mois de cure iodurée, voilà de quoi guérir la vérole. » Eh bien, quel est le médecin de nos jours qui se satisferait pour ses malades d'un traitement aussi écourté? On en est aujourd'hui aux traitements de plusieurs années; on veut des traitements *chroniques*. Pas de dépuration réelle, dit-on, sans une cure longuement et très longuement poursuivie.

2° Il y a trente ou quarante ans, on laissait sans crainte un syphilitique se marier après neuf, dix, quinze mois consacrés à un traitement mercuriel et ioduré, d'autant plus que les accidents secondaires étaient alors considérés comme non contagieux. Aujourd'hui, on ne permet le mariage aux syphilitiques qu'après *plusieurs années* de traitement.

Lorsqu'en 1880, dans la première édition de mon livre sur « La syphilis et le mariage », je réclamais de tout malade syphilitique un stage thérapeutique minimum de trois ans avant qu'il eût le droit de songer au mariage, on se récria et l'on me dit : « Trois ans avant de penser au mariage! Mais c'est excessif, exorbitant, inutile, etc., etc. ». Or, que vois-je aujourd'hui? Nombre de mes collègues, devenus bien plus exigeants que moi, n'acquiescent pas au mariage de leurs clients avant quatre, cinq et six années de traitement!

Qu'est-ce que cela veut dire? Cela veut dire qu'avec l'expérience des choses et pour les diverses raisons que j'énumérais précédemment, on a jugé le pronostic de la maladie de plus en plus sérieux, puisqu'on a cru prudent de la traiter de plus en plus longuement et d'exiger des malades, avant de leur accorder l'admissibilité au

mariage, un stage de dépuration de plus en plus prolongé.

III. — Un troisième motif, enfin, nous a décidés à ne plus retarder davantage la fondation de notre ligue, à savoir : *l'insuffisance des moyens prophylactiques actuels.*

C'est que vraiment, après tant et tant de déceptions que nous avons subies, ce serait un leurre d'attendre plus longtemps des pouvoirs publics une initiative dans le sens de réformes, d'améliorations, d'innovations à introduire dans le régime prophylactique actuel.

Les pouvoirs publics et administratifs semblent, je ne voudrais pas dire indifférents à l'ordre de questions qui nous occupent, mais étrangers aux inquiétudes qu'éveille parmi nous, en ce qui concerne ces questions, le déplorable spectacle auquel nous assistons, nous, médecins. Et en voici la preuve ; ou, pour mieux dire, en voici quelques preuves.

En 1887, l'Académie de médecine s'émut de cet état de choses, et nomma une commission chargée de lui présenter un rapport sur ce qu'il y aurait à faire en vue de diminuer la fréquence de la syphilis et des maladies vénériennes. La commission se mit à l'œuvre, et, longuement, laborieusement, prépara ledit rapport. L'Académie, à son tour, discuta la question plusieurs mois et finit par se mettre d'accord *à l'unanimité* sur un ensemble de « résolutions touchant la prophylaxie publique de la syphilis ». Puis, ce projet fut envoyé à qui de droit, c'est-à-dire aux autorités ministérielles. Or, qu'est-il advenu de ce projet ? Voilà *treize ans* qu'il dort, dans les cartons d'un ministère, d'un paisible sommeil que personne n'a jamais songé à interrompre et qui sera très vraisemblablement pour lui le sommeil de l'éternité !

De même que l'Académie, la Conférence internationale de Bruxelles « estimant qu'une connaissance approfondie de la vénéréologie constitue un des moyens les plus sérieux pour combattre efficacement la propagation des maladies vénériennes », avait réclamé des pouvoirs publics diverses réformes ou innovations dans cet enseignement spécial (ouverture de nouveaux services, création de chaires nouvelles dans toutes les Facultés, examens spéciaux, stage obligatoire de quelques mois dans les hôpitaux spéciaux, etc., etc.). Or, qu'a-t-on fait, comme réponse à cette bien modeste requête qui, sans nuire à personne, était de nature à profiter à tout le monde ? Rien.

Parlerai-je de nombre de commissions qui, soit au Conseil municipal de Paris, soit ailleurs, ont également élaboré des « projets » sur ces mêmes matières ? Qu'est-il advenu de tous ces projets ? Toujours rien.

En haut lieu, c'est-à-dire au Parlement, on n'est guère disposé à discuter et à légiférer sur toutes choses relatives à ce qui nous intéresse en l'espèce. De cela j'ai eu maintes fois la preuve pour ma part, en causant avec des amis, députés ou sénateurs, dont j'appelais l'attention sur ces questions, notamment sur la « loi de police sanitaire » qu'avait énergiquement réclamée l'Académie en 1887. « Sans doute, me répondaient-ils tous presque invariablement, vous avez pour vous les meilleures raisons du monde, auxquelles nous ne contredisons pas. Mais ces choses-là *ne nous regardent pas ;* elles regardent les administrations municipales, les maires, la police surtout. Tenez ! adressez-vous à la police pour régler votre prophylaxie sanitaire comme vous l'entendrez, c'est-à-dire au mieux des intérêts de tous. La police a des règlements, elle est armée pour cela, et c'est elle qui, mieux que nous, peut vous donner satisfaction. »

Vous allez me dire que cependant, ces dernières années, on a traité de « ces choses » à la Chambre haute, au Sénat. C'est vrai, mais qui avait eu l'initiative et le pouvoir d'introduire la question à l'ordre du jour du Sénat ? Un sénateur et, de plus, un curieux de ces matières, un convaincu, un apôtre, M. Bérenger. Il lui a fallu, certes, pour se faire écouter, toute l'autorité de sa situation et tout le respect dû à l'auteur de la plus belle et la plus charitable loi du siècle dernier, la loi dite Bérenger, celle du pardon généreux pour la première faute.

Aussi bien, pour toutes ces raisons, les hommes qui ont à cœur de tenter quelque chose d'utile et quelque chose de nouveau pour la prophylaxie ont-ils fini par se dire, de guerre lasse : « Puisque nous n'avons pas à compter sur les autorités, ne comptons que sur nous-mêmes et faisons appel à l'initiative privée. Réunissons-nous, groupons-nous, discutons entre nous sur les réformes ou les innovations susceptibles de profiter à notre cause, qui est celle de l'intérêt de tous.

» Bien évidemment l'opinion publique n'est pas encore faite sur la question ; eh bien, essayons de la faire en créant une agitation sur ces matières d'ordre spécial, en constituant pour elles un foyer d'études et un centre de propagande.

» Bien évidemment aussi, le Parlement n'est pas avec nous aujourd'hui, mais il viendra à nous quand sa religion sera mieux éclairée sur les dangers de la syphilis et sur les bienfaits à attendre d'une prophylaxie publique sagement organisée.

» D'ailleurs, dans la masse des progrès à réaliser, il en est auxquels nous pouvons travailler par nous-mêmes et de nos propres forces.

» Bref, il est un gros effort à tenter pour la sauvegarde de nos concitoyens, et plus encore pour la protection des femmes, des familles et des enfants. Cet effort, tentons-le ! »

C'est de tels sentiments qu'est issue la fondation de la société nouvelle dont j'ai l'honneur de vous entretenir.

Cette société, maintenant, laissez-moi vous en dire quelques mots.

Je ne vous parlerai certes ici ni de ses statuts (qui sont simplement ceux de toute société scientifique ou charitable), ni de son organisation matérielle et de son mode de fonctionnement. Cela ne vous intéresserait pas.

Mais je vous parlerai de son objectif, de ses aspirations, de ses espérances, voire de ses ambitions.

Tout d'abord, quel est son but ? Son but, sommairement, est ceci :

1° De réunir un grand nombre de membres, composé non pas seulement de médecins, mais d'hygiénistes, de jurisconsultes, d'administrateurs, de sociologues, de philosophes, de penseurs, de tous hommes qu'inspire l'esprit de progrès, de justice et de charité, de façon à pouvoir profiter de *toutes les compétences* pour examiner sous toutes leurs faces les graves et complexes questions qu'elle se propose de mettre à l'étude ;

2° De présenter ainsi au public, pour ces diverses questions, des solutions bien étudiées, approfondies, mûries, et surtout d'application pratique ;

3° De conquérir une puissance morale par laquelle elle puisse agir, voire au besoin faire pression sur les pouvoirs publics et les administrations ;

4° D'initier le public à ce qu'il a besoin de savoir relativement aux dangers de la syphilis et relativement aux modes multiples, divers et la plupart ignorés, de dissémination de la maladie ;

5° Enfin, pour l'avenir, si les ressources pécuniaires qu'elle pourra réunir par voie de cotisations, de dons ou de legs, le lui permettent, de sortir de la phase théorique pour entrer dans la voie des réalisations pratiques ; — c'est-à-dire de payer d'exemple par quelques *fondations modèles*, telles que création de dispensaires médicaux en harmonie avec les données de la prophylaxie, ou bien d'asiles, d'œuvres de protection pour les jeunes filles, d'écoles professionnelles, etc. ; — en résumé, de faire *en petit* ce qu'il conviendrait de faire *en grand* pour combattre efficacement et la syphilis et la grande pourvoyeuse de la syphilis, à savoir la prostitution.

Cela dit d'une façon générale, précisons maintenant.

L'ennemi que nous avons en vue, que nous entendons combattre, c'est la syphilis, avec sa grande pourvoyeuse (je répète le mot à dessein), la prostitution.

Or, lorsqu'on étudie les multiples moyens qui peuvent concourir à la prophylaxie de la syphilis, on arrive forcément à reconnaître que ces moyens (sans parler de quelques-uns d'ordre accessoire ou indirect) se répartissent en trois groupes de la façon que voici :

1° Moyens d'*ordre moral et religieux ;*

2° Moyens de *répression administrative ;*

3° Moyens d'*ordre médical*, constituant ce que j'ai appelé la prophylaxie par le traitement.

Quelques mots sur chacun de ces trois groupes.

I. — Très respectueusement j'ai placé en vedette et en tête de la triade qui précède les moyens d'ordre moral et religieux, parce que de tous ce sont, je ne dirai pas les plus dignes (tous sont également dignes de par le but qu'ils se proposent), mais les plus naturels, les plus simples, ceux qu'on pourrait dire primordiaux en ce sens qu'ils pourraient dispenser de tous les autres.

A coup sûr, il n'est pas, pour combattre efficacement la syphilis, que le mercure et l'internement des prostituées malades. La morale et la religion ont certes bien aussi en l'espèce leur rôle préventif et protecteur. Evidemment, rien de plus noble et de plus élevé que de viser à l'extinction de la syphilis par le relèvement moral, l'épuration des mœurs, la conscience du devoir, le respect de la jeune fille, les unions précoces et, comme le disait à la Conférence de Bruxelles une très digne femme que nous avions plaisir à entendre, par « le mariage à vingt-cinq ans entre deux conjoints également chastes, également purs, également dignes l'un et l'autre de la fleur d'oranger ».

Assurément encore, rien de plus radical, au moins théoriquement, comme prophylaxie, car il est bien certain que, s'il s'opérait un retour de l'humanité vers l'Innocence et l'âge d'or, les jours de la syphilis seraient comptés.

Seulement — oh ! il y a un gros seulement en l'espèce — je ne vois guère que, à l'âge de fer où nous sommes arrivés, dans la société quelque peu gangrenée où nous vivons, on se préoccupe bien activement de morale, surtout par rapport au sujet spécial qui nous intéresse pour l'instant. Je n'entends guère autour de moi prêcher continence, chasteté, vertu, respect de la femme, mariage précoce, etc., etc. Notre littérature et notre théâtre principalement vivent sur de tout autres sujets où l'adultère partage la première place avec les exploits du « vieux marcheur ». Dans nos écoles, et surtout dans nos grandes écoles, on s'occupe beaucoup plus d'instruction que d'éducation. Restent bien encore, dans les classes bourgeoises, quelques foyers familiaux où la mère sert d'éducatrice morale à l'enfant de par son exemple et son doux enseignement. Mais dans le peuple, où le dur souci du pain quotidien tient le père et la mère éloignés de leur ménage, où le foyer domestique n'existe pas, que devient l'éducation morale de l'enfant et, plus encore, du jeune homme ?

En sorte qu'il nous est bien permis à nous, médecins, qui, du fait de notre profession, recevons les confidences des faiblesses humaines, de croire que, si la syphilis n'est destinée à disparaître que par l'ordre des moyens en question, elle a encore devant elle une longue ère de prospérité ; — et que, s'il nous faut attendre, pour assister à son extinction, « le jour de Celui qui détruira l'empire du péché dans le monde », comme l'a dit Mme Joséphine Butler, il serait souverainement imprudent de confier la sauvegarde de nos concitoyens à l'influence exclusive

d'une prophylaxie de ce genre, dont les résultats efficaces menacent d'être singulièrement tardifs.

Bien loin de moi, toutefois, l'intention de méconnaitre les services que peut rendre à l'œuvre commune l'éducation morale et religieuse. La syphilis, dirai-je même, ne peut avoir de pire ennemie. Aussi bien serait-ce avec grand bonheur que je verrais prendre rang dans notre ligue tous ceux auxquels revient le grand honneur de prêcher professionnellement la bonne parole, c'est-à-dire le prêtre, le pasteur, le rabbin, l'instituteur, l'institutrice, et j'appelle de tous mes vœux leur concours. Leur venue parmi nous ne ferait pas que nous honorer; elle nous serait particulièrement précieuse à tous égards et tout particulièrement, par exemple, pour la fondation de certaines œuvres charitables de préservation ou de relèvement moral dont j'aurai bientôt à parler, en raison et de leur autorité et de leur compétence spéciale en la matière.

II. — Les moyens du second ordre ressortissent à la prophylaxie administrative et policière.

Que n'a-t-on pas dit et écrit pour ou contre l'intervention administrative en fait de prophylaxie spéciale!

La légitimité et l'utilité de cette intervention ressortent de raisons diverses qu'il serait superflu de reproduire une fois de plus et dont je ne citerai, comme exemples, que les deux suivantes, à savoir :

1° Fréquence considérable des affections vénériennes chez les prostituées *clandestines*, c'est-à-dire non soumises à la réglementation.

D'après diverses statistiques, on a vu cette fréquence s'élever à 25, 29, 32, 33, 43, voire 48 %. — En autres termes, sur cent femmes non inscrites arrêtées pour provocation sur la voie publique, on en trouve plus d'une trentaine en état de maladie, à savoir le tiers environ et quelquefois davantage.

Dans la seule année 1897, à Paris, les arrestations d'insoumises ont fourni un contingent de 873 malades (Le Pileur). Est-ce donc un faible service rendu à la population parisienne que d'avoir débarrassé le trottoir de 873 filles qui n'aspiraient à rien moins que contaminer le plus grand nombre possible de passants?

Allez dire après cela que la réglementation « ne fournit qu'une protection trompeuse et illusoire ».

L'ingérence de la police dans les actes extérieurs de la prostitution a été dénoncée comme constituant un « abus de pouvoir », et même une « violation de la liberté individuelle », etc. En vérité, la liberté d'envéroler des passants raccolés sur la voie publique me paraît aussi peu respectable que la liberté de circulation pour le chien enragé.

Donc, je ne dirai pas seulement que la société est en droit de se défendre contre la prostituée malade qui distribue la vérole à tout venant; je dirai qu'elle a l'*obligation*, le *devoir* de se protéger contre elle au nom de l'intérêt général.

2° Seconde considération, que je vous prie de bien méditer, car elle me paraît décisive en l'espèce.

La syphilis ne frappe pas que les sujets qui s'y exposent; elle frappe aussi, et en plus grand nombre, *ceux qui ne s'y exposent pas*.

Pour les premiers je comprendrais à la rigueur — et encore? — cet argument favori des antiréglementaristes : « A quoi bon une réglementation au bénéfice de gens qui auraient un bien meilleur moyen de se protéger eux-mêmes en ne s'exposant pas? »

Mais un tel argument ne tient pas à l'égard de ceux qui contractent la syphilis *sans s'y être exposés*. Or, ceux-là sont précisément les plus intéressants de tous, car ceux-là sont les femmes honnêtes, les femmes mariées qui reçoivent la syphilis de leur mari, et les enfants qui la reçoivent de leurs parents. — Eh bien, je dis que la société n'a pas le droit de se désintéresser de ces victimes *innocentes* du fléau.

J'ajouterai même, et ceci, croyez-le, n'a rien d'exagéré : la société n'a pas le droit de se désintéresser de l'intérêt général, de l'intérêt de la *nation*. Ai-je besoin, en effet, de rappeler que la syphilis tue les enfants par hécatombes (48 % dans la clientèle de ville, 84 et 86 % à Saint-Louis et à Lourcine)? Eh bien, est-ce que cela ne constitue pas une perte sèche pour la population? Est-ce que la moitié ou le tiers des enfants qu'aura tués la syphilis cette année, je suppose, n'auraient pas été des *conscrits* dans vingt ans? Nous n'avons pas le droit, me semble-t-il, de faire bon marché de tant de vies humaines, de faire bon marché des intérêts de la patrie, alors surtout que notre population décroît, tandis que celle des nations voisines augmente.

Conclusion : la réglementation est donc nécessaire et s'impose au nom de l'intérêt commun.

Mais, si la prophylaxie administrative est légitimée par l'intérêt public, l'esprit public, d'autre part, la veut *légale* et *humanitaire*, à savoir :

Légale, de par la substitution de la loi à l'arbitraire, du droit commun au pouvoir discrétionnaire de l'administration;

Humanitaire, de par la substitution de l'hôpital à la prison pour les filles malades, dont l'internement est exigé par la sauvegarde de la santé publique.

Ainsi, à ne citer que deux exemples, l'esprit public se révolte à la pensée qu'une femme, si bas tombée soit-elle, puisse être exclue du droit commun et soumise à l'inscription avec ce qui s'en suit par un pouvoir autre que l'autorité judiciaire (ce que, d'ailleurs, un préfet de police avait reconnu lui-même en 1879 devant une commission du Conseil municipal de Paris). Le tribunal de droit commun succédant à la juridiction du bureau des mœurs, voilà une réforme qui s'impose.

Et, de même, l'esprit public se révolte à la pensée qu'une fille malade, à qui l'on n'a à reprocher que sa maladie, soit internée dans une prison et soumise à la discipline, aux rigueurs, aux vexations du régime pénitentiaire, voire, comme à Paris, sous le même toit que les voleuses et les criminelles. Internement, soit! puisque cela est nécessaire, mais internement sous forme d'hospitalisation pure et simple, d'hospitalisation tolérante, éclairée et surtout charitable.

Voilà certes autant de réformes que réclamera notre ligue.

Ce n'est pas tout. Car, sans viser au rôle de prophète, je m'attends bien à ce qu'elle ne tarde guère à demander d'autres réformes, et des plus nécessaires, à l'administration et aux pouvoirs publics. Ainsi :

1° Avec l'Académie de médecine, par exemple, j'en suis bien sûr, elle réclamera la fermeture de ces brasseries à inviteuses, de ces débits de vin à arrière-boutique réservée à la prostitution, qui sèment à la fois dans le public et la syphilis et l'alcoolisme;

2° Avec la Conférence de Bruxelles, qui m'a fait l'honneur de voter à l'unanimité la motion que je lui avais soumise, elle émettra le vœu « que les gouvernements usent de tous leurs pouvoirs en vue de supprimer d'une façon absolue la prostitution des filles mineures ».

J'ajouterai à ce dernier propos : N'est-il pas navrant de voir la prostitution s'exercer à l'âge de l'innocence, c'est-à-dire à dix-huit ans, seize ans, quatorze ans? Mais n'est-il pas plus lamentable encore, n'est-il pas monstrueux de voir cette prostitution tolérée par les pouvoirs publics, quelquefois même admise dans les rangs de la prostitution réglementée?

Est-ce que vraiment dans cet âge encore tendre de la vie, à dix-huit, seize, quatorze ans, la gangrène morale est au-dessus de tout remède?

Est-ce que tout retour vers une autre existence est interdit à ces prostituées de jeune âge?

Est-ce qu'en tout cas le devoir de la société ne serait pas de tenter un effort pour empêcher ces fillettes, presque ces enfants, de s'enliser davantage dans la fange de la corruption et du vice?

L'initiative et la charité privée ne pourraient-elles pas créer pour ces pauvres filles des asiles de sauvetage qui seraient à la fois et des maisons de relèvement moral et des écoles professionnelles? Car, d'après ce que m'a appris mon expérience personnelle sur ce triste sujet, je crois que le plus grand service qu'on puisse rendre à une prostituée du jeune âge, c'est de lui apprendre un *métier*. Combien de mes malades d'hôpital, en effet, ne m'ont-elles pas dit ceci : « Ah, monsieur le docteur, si l'on m'avait appris à gagner 3 francs par jour, jamais l'idée ne me serait venue de descendre sur le trottoir. Car, pour ce que j'y trouve d'agrément! »

Réprimer la prostitution, c'est fort bien; — mais la prévenir serait encore mieux. Nul doute, en conséquence, qu'à ce point de vue préventif les sociologues, les moralistes, les philosophes qui nous feront l'honneur d'entrer dans notre ligue ne viennent agiter devant nous les grandes et inépuisables questions sociales des *origines de la prostitution* et des moyens capables de la restreindre, par exemple :

Question du paupérisme féminin;

Question du salaire des femmes, récemment étudiée encore dans quelques beaux livres, tels que celui de M. Ch. Benoist sur les *Ouvrières de l'aiguille à Paris* et dans celui de M. d'Haussonville sur *Salaires et misères de femmes;*

Accès des carrières libérales rendu de plus en plus facile aux femmes;

Réformes dans l'éducation des jeunes filles que, par fausse pudeur, par pruderie plutôt, on laisse ignorantes des dangers qui les menacent et qui restent, par conséquent, désarmées devant ces dangers;

Education professionnelle des jeunes filles;

Recherche de la paternité, réforme qui, sans doute, diminuerait le nombre des séductions suivies d'abandon;

Responsabilité du dommage fait à autrui par contamination vénérienne, etc., etc.

Nul doute, également, qu'une aspiration de notre ligue ne soit d'attaquer la prostitution par des œuvres de charité, œuvres de prévention ou de relèvement. Or, bien à regret je constate que nous nous sommes laissé devancer sur ce point par quelques nations voisines. Non pas que nous n'ayons déjà dans notre pays quelques-unes des œuvres en question, dues surtout à de nobles femmes auxquelles j'adresse ici l'hommage de ma très respectueuse admiration. Mais, d'après ce que m'ont appris mes lectures, il en existe bien davantage à l'étranger, et de divers ordres, fonctionnant, par exemple, sous les noms d'écoles professionnelles pour les femmes, d'agences de placement pour jeunes filles, d'agences de placement dans les familles, d'Union internationale des amis de la jeune fille, de « homes » pour institutrices et domestiques sans place, de sociétés de sauvetage, d'Œuvre des arrivantes à la gare, d'Œuvre de minuit, de refuges, d'asiles de nuit, d'œuvres des libérées, des filles repenties, etc., etc.

Le pasteur Pierson m'a dit avoir à lui seul sous sa tutelle, en Hollande, six établissements de sauvetage pour les prostituées, les filles-mères et leurs enfants, les jeunes filles, les filles moralement abandonnées, etc.

Il n'est que temps pour nous de reprendre notre place dans ce record de charité.

III. — Reste enfin la prophylaxie médicale.

Je ne dirai pas, car c'est évident, que la prophylaxie médicale constitue une active et puis-

sante sauvegarde contre la syphilis et les affections vénériennes; mais je dirai que, dans l'état actuel des choses, elle en constitue la sauvegarde *principale*.

Et, en effet, traiter la syphilis, ce n'est pas seulement guérir des malades, c'est aussi tarir les sources de la contagion syphilitique.

Or, à cet égard, est-ce que notre organisation médicale est ce qu'elle pourrait, ce qu'elle devrait être par rapport à la prophylaxie?

Non, cent fois non, répondrai-je. Et je n'aurai pas de peine à le démontrer.

Tout d'abord, concevez bien ceci, car c'est là un fait majeur en l'espèce : autre chose est de traiter tel ou tel accident de la syphilis, et autre chose de traiter la syphilis. Pour guérir un accident syphilitique, il suffit d'une cure de quelques semaines ou de quelques mois, et nous avons pour cela nos hôpitaux qui sont parfaits. Mais, pour guérir la syphilis, il faut un traitement de longue haleine, devant être prolongé plusieurs années. Or, est-ce qu'une hospitalisation de plusieurs années est un fait réalisable? Il n'y faut pas songer. Ce n'est donc pas avec des hôpitaux, comme je l'ai dit et répété à satiété, qu'on peut guérir la syphilis.

Mais, objectera-t-on, nos hôpitaux ont aussi des consultations externes qui fonctionnent tous les jours.

Certes oui; mais, telles qu'elles fonctionnent actuellement, nos consultations externes pour la syphilis et les affections vénériennes sont bien plutôt faites pour en dégoûter et en détourner les malades que pour les y attirer et surtout les y retenir. Et cela pour nombre de raisons que j'ai longuement étudiées ailleurs (1) et qu'il suffira de rappeler ici sommairement, à savoir :

1° Parce que lesdites consultations sont insuffisantes comme nombre et conséquemment encombrées, encombrées à l'excès;

2° Parce qu'au lieu d'être gratuites, elles sont (comme je l'ai démontré chiffres en mains) *payées* et chèrement payées par les malades, à qui elles coûtent le plus souvent une demi-journée ou même une journée de leur salaire. On ne leur prend pas d'argent, c'est vrai, mais on leur prend leur temps (en moyenne trois à quatre heures d'attente), ce qui revient au même pour des gens qui vivent de leur temps;

3° Parce qu'enfin, sous leur forme actuelle, elles sont déplaisantes, inconvenantes, vexatoires, odieuses de par la promiscuité, de par le déshabillage en commun, de par l'interrogatoire en public, de par l'énoncé public du traitement, et surtout de par la *confession publique de la syphilis!*

De telles consultations se prêtent aussi peu que possible au traitement de la syphilis, et voici pourquoi :

Pour donner une consultation à un malade relativement à un accident syphilitique actuel, il suffit (sauf exceptions rares) de quelques instants, parce qu'on a le symptôme sous les yeux, parce que le diagnostic en peut être fait *de visu* et le traitement prescrit *illico*. Mais c'est une tout autre affaire que de donner un avis utile et motivé à un malade qui, je suppose, n'ayant plus rien, vient demander s'il doit encore se traiter et comment. Besoin est alors d'un examen bien autrement long. Il faut, en telle situation, reconstituer tout le passé du sujet au double point de vue pathologique et thérapeutique, c'est-à-dire savoir ce qu'il a eu, quelle a été sa syphilis, et ce qu'il a déjà fait comme traitement, quand il l'a fait, etc. Eh bien, ce double bilan à établir réclame pour le moins (j'en ai l'expérience) plusieurs minutes, cinq à dix en moyenne, étant donné qu'on n'a pas toujours affaire à un individu intelligent et à souvenirs précis. Or, a-t-on matériellement la possibilité d'accorder ce temps à un seul malade, alors qu'on a sur les bras une consultation de 200 à 250 malades, surtout si la même besogne doit se reproduire dix ou vingt fois au cours de cette consultation?

(1) A. Fournier. Prophylaxie de la syphilis par le traitement. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 14 et 21 nov. 1899.)

Aussi bien le traitement de la syphilis (je dis toujours *de la syphilis* et non pas d'un accident syphilitique) est-il forcément sacrifié, tout au moins n'est-il pas ce qu'il devrait être, dans notre organisation actuelle.

Et de même pour la blennorrhagie, et de même surtout pour la *blennorrhée* dont la cure est si difficile, si particulièrement minutieuse, si délicate. Dans ces mêmes consultations, a-t-on le temps matériel de rechercher le *pourquoi* de la résistance d'une affection de l'urèthre, d'explorer un urèthre, de pratiquer un lavage, une instillation? D'autant que, dans nos hôpitaux, le personnel médical de consultation varie normalement d'un jour à l'autre. Et alors, qu'arrive-t-il? Si je juge aujourd'hui qu'un malade a besoin d'un lavage uréthral quotidien, un de mes élèves lui fera aujourd'hui ce lavage; mais qui le lui fera demain?

En sorte que ces traitements spéciaux ne seront jamais ce qu'ils doivent être que le jour où, rompant avec la vieille routine, on les organisera sur un plan tout différent. Et c'est pour cela que depuis longtemps j'ai réclamé une réforme absolue dans nos consultations externes, réforme que l'expérience et le bon sens rendent nécessaire.

Il faudrait, à mon sens, que le traitement des affections vénériennes eût pour organes des *dispensaires spéciaux* rattachés à nos hôpitaux; — dispensaires multiples, méthodiquement répartis dans les divers quartiers de la capitale, en vue d'éviter aux malades de longs déplacements et des pertes de temps considérables; — dispensaires fonctionnant *à jours et heures propices aux malades*, voire peut-être *le soir*, si une expérience tentée en ce sens était bien accueillie du public parisien; — fonctionnant avec *distribution gratuite de médicaments*, utilisant le système expéditif et indispensable des *fiches individuelles* (ce qui, pour la syphilis, par exemple, permettrait au médecin d'avoir sous les yeux, et sans interrogatoire nouveau, tout le passé pathologique et thérapeutique du malade); — dispensaires délivrant à tout malade, au verso de chaque ordonnance, une *instruction* élémentaire propre à l'éclairer sur les dangers de la syphilis et de la blennorrhagie, non pas seulement pour lui-même, mais par rapport à autrui, etc., etc.

Voilà encore une réforme, entre tant d'autres, qu'on peut dire nécessaire.

Et surtout, par-dessus tout, il faudrait qu'en tête de cet ensemble de réformes prît place celle qui s'impose au nom de l'humanité, celle que pour des raisons multiples et diverses je considère comme la plus importante et la plus urgente entre toutes, à savoir la substitution à la consultation publique par fournées, à promiscuité écœurante, de la *consultation individuelle, privée, secrète*.

Pour moi, l'idéal serait qu'*une consultation hospitalière pour la syphilis se rapprochât le plus possible de ce qu'est en ville une consultation de même ordre*. Or, cet idéal n'est pas irréalisable (j'en parle par expérience, pour avoir essayé ce système à ma policlinique des femmes, dans mon service de l'hôpital Saint-Louis).

Je voudrais en somme que l'ouvrier, le petit employé, le prolétaire, venant réclamer gratuitement à l'hôpital un avis médical pour la syphilis, y fût reçu, interrogé et examiné de la même façon que l'est en ville, dans nos cabinets de consultation, le bourgeois aisé qui s'y présente avec le porte-monnaie bien garni.

Je réclame donc énergiquement pour le consultant d'hôpital le privilège jusqu'alors dévolu seulement au client de ville, à savoir le *tête-à-tête* avec le médecin.

Si j'avais l'ambition d'épuiser le sujet actuel, que n'aurais-je pas encore à vous dire, depuis ce qui concerne, par exemple, la prophylaxie dans l'armée jusqu'à la protection de ces malheureuses nourrices si souvent victimes de leurs nourrissons, et depuis les réformes à apporter dans l'enseignement de la vénéréologie jusqu'à l'abrogation de certaines mesures hospitalières, véritables erreurs de bons sens, telle, à n'en citer qu'un spécimen au passage, que le refus de médicaments à tout malade «ayant moins de six mois de résidence à Paris»? (1).

Mais il faut me borner et je n'abuserai plus de votre attention que pour vous signaler un dernier point, d'ordre pratique s'il en fût, comme vous allez en juger. Celui-ci a trait à l'*ignorance* des malades et du public en général par rapport à toutes choses concernant la syphilis.

Que de contaminations syphilitiques seraient sans nul doute évitées si le public était moins ignorant qu'il ne l'est des dangers et des modes de contagion de la maladie!

Il est à croire d'abord que l'on s'exposerait moins facilement et moins souvent si l'on savait à quel ennemi on s'expose. — Est-ce que le novice, le collégien, par exemple, a notion du danger qu'il encourt alors qu'il se laisse raccoler au sortir de son lycée par une rôdeuse de trottoirs?

D'autre part, que de contaminations transmises par ignorance des modes suivant lesquels peut se faire la contagion, ou même de la contagiosité de la maladie! Ainsi il m'est arrivé des centaines de fois de stupéfier et de terrifier certains de mes clients affectés de plaques muqueuses buccales en leur disant : «Surtout, monsieur, abstenez-vous bien d'embrasser qui que ce soit, car avec de tels accidents vous pourriez transmettre la contagion». — «Mais vous m'épouvantez, monsieur le docteur, me répondaient-ils; car tous ces jours-ci je ne me suis pas privé d'embrasser ou ma maîtresse, ou ma femme, ou tel ou tel des miens.» — Comme exemples, j'ai trois observations de malades atteints de plaques muqueuses buccales, ayant contagionné *leur mère* par de tels accidents!

D'autre part, encore, que de syphilitiques se marient sans la moindre idée des conséquences néfastes qui peuvent résulter d'un mariage prématuré en état de syphilis!

Que de syphilitiques aussi confient leur enfant à une nourrice sans se douter que cet enfant peut infecter cette nourrice!

Et les femmes, et les très honnêtes mères de famille! Absolument inconscientes de la syphilis, elles ne font rien pour s'en préserver, non plus que pour en protéger leurs enfants.

Deux exemples cueillis au hasard dans mes notes.

Mandé dans une famille pour un enfant affecté de rougeole, je trouve là, soignant cet enfant et deux autres bébés, une bonne anglaise qui portait à la lèvre supérieure un superbe chancre induré en pleine ulcération. Or, cette femme était atteinte de ladite lésion depuis quatre à cinq semaines, et personne dans la maison, pas même la mère de ces jeunes enfants, pas même le père, ne s'en était encore inquiété!

Un jour, une de mes clientes me vantait les qualités de la nourrice de son bébé. «Figurez-vous, me disait-elle, qu'elle a tant de lait, mais tant de lait, qu'il lui arrive souvent aux Tuileries, où nous allons chaque après-midi, de donner le sein pour se soulager à deux ou trois nourrissons que nous rencontrons là.» Et comme je lui reprochais vivement cette périlleuse imprudence, en lui disant que de la sorte

(1) Ce qui tout dernièrement, par parenthèse, a coûté le voile du palais à l'une de mes malades. Une malheureuse femme s'était présentée à moi avec une gomme du voile en voie de ramollissement; je lui prescrivis tout aussitôt de l'iodure, mais l'administration le lui refusa, sous prétexte qu'elle n'habitait Paris que depuis trois mois. N'ayant pas l'argent nécessaire pour acheter le remède, cette femme resta sans traitement et nous revint huit jours plus tard avec le voile dilacéré, déjà à moitié détruit!

sa nourrice s'exposait à être contagionnée de syphilis, elle me répondit avec la plus parfaite candeur : « La syphilis, mais qu'est-ce donc que cela, la syphilis? »

Il conviendrait donc que, par des procédés qu'il reste à déterminer et qu'étudiera très certainement notre ligue, le public fût plus initié qu'il ne l'est aujourd'hui à ce qu'il est de son intérêt de connaître, c'est-à-dire aux dangers individuels de la syphilis, et à ses dangers de contamination pour autrui.

Et ce n'est pas tout sur ce même point. Car cette question en comprend une autre, bien plus délicate, bien plus palpitante encore, en ce qu'elle touche à la sauvegarde des êtres qui nous sont le plus chers, à savoir la sauvegarde des *jeunes*. Celle-ci se formule de la façon que voici :

Faut-il ou non faire sur les matières qui nous occupent l'*éducation du jeune homme?*

C'est là un point sur lequel j'ai été consulté bien souvent. Et, en effet, le bon père de famille qui voit poindre pour son fils la dix-septième ou la dix-huitième année ne manque guère d'envisager avec anxiété la crise qui se prépare. « Voilà mon gamin, se dit-il, qui commence à lorgner furieusement les femmes. Que dois-je faire, quel est mon devoir? Dois-je ne pas m'en mêler et laisser aller les choses comme elles pourront aller? Ou bien dois-je intervenir, et comment, pour le prévenir et le préserver des dangers auxquels j'ai peu d'espoir qu'il ne s'expose pas un jour ou l'autre? »

Tel est le problème. Or, que de divergences d'opinions en l'espèce!

Les uns vous diront : « Bien certainement oui, il faut intervenir. Protection est due au jeune âge. Nombre de jeunes gens ne s'exposeraient pas ou s'exposeraient moins s'ils connaissaient ce à quoi ils s'exposent. Donc, faites la morale à l'adolescent; et comme, suivant toute vraisemblance, la morale ne suffirait pas, effrayez-le un peu ou même beaucoup au besoin. Un bon averti, suivant le proverbe, en vaut deux. Ou bien encore, suivant un autre proverbe, « la crainte de la vérole est le commencement de la sagesse. »

Il serait donc bon que dans les collèges, dans les lycées, où tant et tant de jeunes gens sont internés loin de leur famille, quelques avertissements fussent donnés aux élèves des classes supérieures, relativement aux dangers des affections vénériennes. Pourquoi, par exemple, des conseils de ce genre ne trouveraient-ils pas place dans un cours d'hygiène où, sous prétexte de parler de toutes choses d'hygiène dont la connaissance ne pourrait d'ailleurs qu'être utile, le professeur introduirait subrepticement un chapitre relatif au sujet spécial en question, chapitre qui, à coup sûr, serait curieusement écouté et qui ne manquerait guère de profiter pour le moins à quelques uns?

Suivant d'autres, au contraire, « tout ce qu'on fait ou rien en l'espèce, c'est la même chose. C'est peine perdue, que de chapitrer un jeune homme ou même de l'effrayer. Tous les conseils, tous les épouvantails même ne prévaudront jamais contre l'aiguillon de la chair, contre la rencontre d'un mollet bien tourné ».

D'autres encore se voilent la face à la seule proposition d'initier un adolescent à la connaissance de telles choses. « Quoi, disent-ils, vous ne craignez donc pas de déflorer une innocence! C'est un sacrilège, une profanation que vous allez commettre en ouvrant de tels horizons à un jeune homme. Vous allez ternir d'un souffle impur le cristal d'une âme vierge, etc., etc. »

En sorte, vous le voyez, que la question est aussi différemment jugée que possible et que la solution pratique à faire intervenir ne pourra être mise au point qu'après mûres discussions entre gens de compétences variées. C'est donc là, entre tant d'autres, un sujet de toute première importance, sujet que sans nul doute étudiera la ligue et sur lequel elle produira son sentiment.

Mais je m'arrête, car je n'en finirais jamais si je voulais tout dire.

Ce qui précède, d'ailleurs, n'a la prétention d'être ni un programme, ni un manifeste. J'ai parlé en mon nom, en mon nom personnel exclusivement, et avec le seul désir de vous persuader de ces deux points :

1° Que notre prophylaxie actuelle contre les affections vénériennes et contre la syphilis en particulier est boiteuse, surannée, incomplète, défectueuse, insuffisante au total;

Et 2° qu'en s'attachant à l'amender, à la compléter, à la moraliser, à la perfectionner en un mot au triple point de vue scientifique, légal et humanitaire, une œuvre comme la nôtre sera sans doute capable de réaliser un progrès, de faire quelque chose d'utile, de charitable, de *bon*.

Certes, nous nous attendons bien à ne pas forcer du premier coup toutes les convictions sur nombre des points qui formeront notre sujet d'études. Nous prévoyons même que, sur quelques-uns de ces points, nous allons nous heurter à des résistances, à des oppositions, à des obstacles de divers ordres, et probablement même essuyer de temps en temps des échecs, des déceptions, des revers. Mais nous persévérerons, certains que nous sommes sur une bonne voie, et d'autres, d'ailleurs, persévéreront après nous, fidèles en cela les uns et les autres à cette belle pensée de Pasteur, qui était non seulement un grand génie, mais encore un grand cœur : « En fait de bien à répandre, le *devoir* ne cesse que là où manque le *pouvoir* de faire plus et mieux. »

LA

FAUSSE GROSSESSE DE LA REINE DE SERBIE

Le 3 décembre 1897, Mme veuve Draga Maschin vint à Paris se confier à mes soins. Malade depuis plusieurs années, elle pouvait à peine marcher et pour cette raison avait dû quitter la reine Nathalie dont elle était dame d'honneur. Je la soignai à Paris durant une dizaine de jours et lui prescrivis pour la suite un traitement auquel elle se soumit très exactement à Belgrade pendant les six mois suivants.

En 1898 son état s'était notablement amélioré et elle vint me trouver en août et septembre à Saint-Sauveur où, de nouveau, je lui donnai mes soins pendant un mois.

Quelques semaines après, ma malade avait repris toutes les apparences de la plus parfaite santé et se disait complètement guérie.

L'an dernier, le 5 septembre 1900, je fus mandé en grande hâte en Serbie par Leurs Majestés que je rejoignis au palais de Semendria, à une trentaine de lieues de Belgrade.

Leurs Majestés étaient alors sur le point d'entreprendre un grand voyage à travers les provinces de Serbie, dans le but de faire connaître la reine aux populations; les ministres qui devaient les accompagner, venus de Belgrade, étaient là, tout prêts à partir; mais au moment de se mettre en route une indisposition presque subite de la reine avait retardé le départ et tenait le voyage en suspens.

Le mariage avait eu lieu trente-trois jours auparavant (23 juillet/5 août); les dernières époques, toujours régulières et abondantes, dataient du 18 juillet; celles du mois d'août, presque nulles, avaient à peine duré une heure; depuis quelques jours, la malade était importunée par des envies de vomir continuelles, une salivation incessante et insupportable, une tendance insolite aux lipothymies; le moindre mouvement exagérait tous ces symptômes; il n'y avait, d'ailleurs, pas trace d'embarras gastrique; rien de caractéristique aux seins, non plus qu'aux organes pelviens.

Dans ces conditions, le diagnostic « soupçon de grossesse » s'imposait; je déclarai donc à Sa Majesté qu'une grossesse commençante était possible, mais qu'à cette époque il ne pouvait y avoir aucune certitude à cet égard; — qu'on ne devait pas exiger de l'art médical plus qu'il ne peut donner et qu'ici, comme dans tous les cas de grossesse commençante, ce serait à l'avenir de montrer ce qu'il en était... Mais, en attendant, il y avait lieu de se comporter comme si la grossesse était certaine; et, ayant des raisons de craindre un accident, je conseillai de renoncer quant à présent au voyage préparé et de le remettre à quelques mois.

Leurs Majestés n'avaient pu s'y méprendre, et le roi voulut bien me dire alors : « Vous n'êtes pas en mesure de certifier la grossesse tout en y croyant, c'est entendu! nous sommes prévenus; si les prévisions vous trompent, nous ne vous en voudrons pas. »

Mais il fallait donner des raisons aux ministres pour légitimer l'interruption et la remise du voyage déjà commencé par eux; dans ces conditions, je dus signer un certificat constatant chez S. M. la reine de Serbie l'existence des signes d'une grossesse de trois à quatre semaines. Ce certificat n'ayant pas été jugé suffisant, je consentis, pour ne pas refuser toute satisfaction aux désirs de mon confrère le docteur Velitchkovitch, médecin particulier de Leurs Majestés, à signer un second certificat constatant l'existence des signes d'une grossesse de quatre à cinq semaines.

Ma mission était finie. Je donnai quelques conseils à S. M. la reine pour atténuer les malaises actuels, je recommandai beaucoup de prudence et quittai la Serbie vingt-quatre heures après mon arrivée.

Avant mon départ, la reine m'avait fait promettre de ne pas l'abandonner au moment de ses couches.

Cinq mois après, 25 février 1901, alors que la grossesse était depuis longtemps de notoriété générale en Europe, j'adressai, par la poste, à Sa Majesté la lettre suivante :

A Sa Majesté la Reine de Serbie.

Madame,

Il y aura bientôt six mois que j'ai eu l'honneur de voir Votre Majesté au Palais de Semendria.

Depuis, au travers des nouvelles contradictoires données par la presse, j'ai compris que Votre Majesté poursuivait régulièrement le cours de sa grossesse, et qu'Elle avait heureusement échappé aux dangers et aux difficultés de la situation.

Vous allez donc entrer dans le huitième mois, et le moment est venu de penser à l'accouchement.

Ayant pris, vis-à-vis de Votre Majesté, l'engagement d'être, ici, tout dévoué à son service, je crois utile de l'avertir que, si Elle était dans l'intention de me confier le soin de son accouchement, il serait d'indispensable nécessité, tant au point de vue de la mère qu'à celui de l'enfant, que j'allasse la voir cinq ou six semaines auparavant.

Cette visite aurait pour objet de reconnaître si tout est bien et de tout préparer, c'est-à-dire de vérifier si la présentation de l'enfant est très bonne, et la rectifier, au besoin, faire enfin ce qu'il convient pour ne rien abandonner au hasard et rendre les couches le plus faciles et le plus rapides possible.

Au 7 septembre — les dernières règles ayant paru en juillet —, les prévisions étaient que l'accouchement aurait lieu vers la fin d'avril.

En tenant compte de l'incertitude de ces prévisions, il semble que mon examen pourrait être fructueux à partir du 10 mars; — et je m'arrangerais pour être libre dès ce moment si Votre Majesté le désirait.

Veuillez agréer, Madame, l'hommage respectueux de votre dévoué,

Dr CAULET.

Paris, le 25 février 1901.

N'ayant pas reçu de réponse, j'écrivis le 17 mars une seconde lettre que je fis parvenir par l'intermédiaire de la légation de Serbie à Paris :

A Sa Majesté la Reine de Serbie.

Madame,

J'ai eu l'honneur d'écrire à Votre Majesté le 25 février dernier; n'ayant pas eu de réponse, je présume que ma lettre ne vous est pas parvenue et je crois devoir vous écrire à nouveau; c'est au sujet de votre prochain accouchement.

Je disais qu'ayant promis de vous réserver mon assistance pour ce moment, j'étais tout prêt à tenir mon

engagement, et j'expliquais que si Votre Majesté avait l'intention de me confier le soin de ses couches, il serait d'indispensable nécessité, tant au point de vue de la mère qu'à celui de l'enfant, que j'allasse vous voir quelque temps auparavant. Cette visite aurait pour but de reconnaître si tout est bien et de tout préparer, c'est-à-dire de vérifier si la présentation de l'enfant est très bonne, de la rectifier au besoin et de faire enfin tout ce qu'il convient pour ne rien laisser au hasard et rendre les couches le plus faciles et le plus rapides possible.

J'attache une telle importance à cet examen, pratiqué quelque temps avant le début du travail, que je ne prendrais pas la responsabilité de l'accouchement de Votre Majesté, si je n'avais pu le faire. Les dernières règles ayant paru le 18 juillet, les probabilités sont que l'accouchement aura lieu dans la seconde moitié d'avril. Tout en tenant compte de l'incertitude relative de ces prévisions, il semble bien que cet examen préparatoire, pour avoir tout son effet utile, ne doit plus être beaucoup retardé; et je suis disposé à me rendre d'ici peu à Belgrade, si Votre Majesté le désire.

Veuillez agréer, Madame, l'hommage respectueux de votre dévoué,

D[r] CAULET.

Paris, le 17 mars 1901 (1).

Je reçus alors de la part de Sa Majesté la lettre que voici :

Belgrade, le 8 mars 1901.

Monsieur,

En réponse de vos deux lettres, que vous avez adressées à Sa Majesté la Reine, je suis chargée par Sa Majesté, de vous dire que vous n'avez pas besoin de venir pour l'examiner, puisque nous avons ici un spécialiste, qui pourra le faire; mais à quoi Sa Majesté la Reine tient, c'est que vous soyez ici au moment de l'accouchement, que Sa Majesté attend, comme vous le savez, vers la fin du mois d'avril.

On vous préviendra à temps ; vous devriez vous tenir prêt pour partir vers le 15 avril (notre style); mais, avant votre départ, on vous télégraphiera un ou deux jours d'avance.

Veuillez croire, Monsieur, à ma parfaite considération,

HÉLÈNE A. PÉTROVITCH,
Demoiselle d'honneur de S. M. la Reine.

Cette lettre ne me donnant pas toute satisfaction, j'adressai à Sa Majesté cette troisième lettre qui n'eut pas de réponse :

A Sa Majesté la Reine de Serbie.

Madame,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de la lettre que Votre Majesté a bien voulu me faire adresser par sa demoiselle d'honneur. Suivant votre désir, je serai prêt à partir au premier appel.

Je tenais à aller voir Votre Majesté avant le début du travail, mais je reconnais que mon voyage est inutile, puisque vous avez près de vous un médecin compétent... Cependant je suis inquiété par cette phrase de votre lettre : « Vous n'avez pas besoin de venir pour examiner Sa Majesté, puisque nous avons ici un spécialiste, qui pourra le faire. »

Ne l'a-t il donc pas fait ?

Que Votre Majesté me permette de m'autoriser du respectueux intérêt que je lui porte, pour la supplier de faire pratiquer le plus tôt possible cet examen nécessaire, que mon confrère doit certainement désirer.

Sans doute, il est infiniment probable que l'accouchement sera facile et régulier; pourtant la nature des malaises des années passées, et aussi cette circonstance que Votre Majesté a son premier enfant un peu plus tard qu'on ne l'a généralement, font de cet accouchement un cas particulier, ne rentrant pas absolument dans la règle générale.....

Il y a donc lieu de prévoir de petites difficultés possibles, contre lesquelles l'art est, certes! bien armé, mais dont on viendra d'autant plus vite et mieux à bout que l'on sera plus exactement renseigné sur les conditions dans lesquelles vient l'enfant.

A la première grossesse, la présentation est presque toujours fixée, définitive dans les deux derniers mois de la gestation ; à ce moment, il est facile de la reconnaître, et, en outre, d'en constater la variété, c'est-à-dire la position.

Mais il n'en est plus de même pendant le travail, une fois l'accouchement commencé; si l'on peut encore se rendre compte de la présentation, bien des fois la position échappe... Par exemple, on reconnaîtra le sommet (tête), mais l'on ne distinguera pas l'orientation du sommet, s'il est à droite ou à gauche, en avant ou en arrière du bassin... Et, alors, si une intervention devient nécessaire ou seulement utile, que d'hésitations, que d'incertitudes ! N'est-il pas à craindre que l'accoucheur ne saisisse mal le moment le plus favorable, ou ne laisse se prolonger un travail qu'il épargnerait à la patiente s'il avait d'avance un diagnostic certain?

Votre Majesté voudra bien me pardonner ces détails techniques, que je lui donne pour lui montrer la grande importance de l'examen préalable à l'accouchement.

A mon avis, il serait imprudent de le différer. D'autant que la première grossesse est généralement un peu plus courte que les autres, et que les conditions particulières de Votre Majesté ne rendent pas improbable l'accouchement avant la fin du neuvième mois.

Je vous serais infiniment reconnaissant si Votre Majesté voulait bien me faire connaître le résultat de cet examen.

Veuillez agréer, Madame, l'hommage respectueux de votre dévoué,

D[r] CAULET.

Paris, le 26 mars 1901 (1).

Le 21 avril au soir, mandé télégraphiquement, je partis pour Belgrade avec mon aide le docteur Macrez, prêt à toute éventualité.

Le 12/25 avril, j'examinai Sa Majesté; elle me dit qu'elle attendait pour le lendemain le professeur Snéguireff et un autre médecin russe qui venaient pour l'accoucher.

Le résultat de mon examen se trouve consigné dans la pièce suivante que je communiquai à mes confrères le 15/28 avril, et au roi le 17/30 avril.

Ce jeudi 12/25 avril 1901.

A midi, examiné S. M. la Reine de Serbie.

Impossible de préciser une présentation, et même la *réalité* de la grossesse.

L'examen est, d'ailleurs, rendu difficile et imparfait par l'état hyperesthésique de la paroi abdominale et des parties. Un nouvel examen, pratiqué pendant le sommeil anesthésique, me paraît nécessaire pour affirmer le diagnostic.

(Communiqué aux Prof. Sneguireff et Goubaroff, immédiatement après leur première visite à la Reine, c'est-à-dire le 15/28 avril 1901, et donné au Roi le 17/30 avril 1901.)

Le 13/26 avril, je reçus le matin la visite des professeurs Snéguireff et Goubaroff, visite que je leur rendis immédiatement avec le docteur Macrez.

Aux questions qui me furent posées, je demandai à ne pas répondre de suite, ne voulant pas influencer mes confrères.

Le 15/28 avril, MM. Snéguireff et Goubaroff examinèrent la reine seuls. Au sortir de leur visite, je leur communiquai mon diagnostic : nous étions d'accord.

Le 16/29 avril, nous examinâmes Sa Majesté ensemble ; à la suite de cet examen, nous rédigeâmes le procès-verbal ci-dessous, qui fut remis au roi le 17/30 avril :

Nous soussignés, docteurs en médecine, ayant examiné à plusieurs reprises, séparément, puis ensemble, S. M. la Reine de Serbie, sommes d'avis :

Qu'il n'existe pas de grossesse à terme, ni même de grossesse avancée, et que, par conséquent, il n'y a pas lieu d'attendre un accouchement;

Que les symptômes présentés par S. M. depuis quelques mois peuvent être expliqués par l'une des trois hypothèses suivantes :

Première hypothèse : Fausse grossesse, autrement dit « grossesse nerveuse », état morbide qui simule si bien la grossesse réelle que les femmes les plus expérimentées s'y trompent; mais les ressources de l'art médical permettent de la reconnaître sûrement dans la plupart des cas ;

Deuxième hypothèse : Grossesse arrêtée dans son évolution et comportant, par conséquent, un produit mort non développé et plus ou moins modifié; cet état est désigné sous le nom de « missed abortion », parce que l'expulsion du produit peut être retardée très longtemps;

Troisième hypothèse : Grossesse réelle et récente, c'est-à-dire de deux ou trois mois; n'étant pas en état d'en repousser absolument l'existence, il importe de ne pas méconnaître la possibilité de cette éventualité.

Au résumé, de ces trois hypothèses la première est de beaucoup la plus vraisemblable.

En la circonstance, nous sommes d'avis que S. M. la Reine doit suivre un traitement dont les indications dominantes sont :

Dès maintenant, combattre la tendance à l'obésité, condition défavorable à la venue et à la conservation d'une nouvelle grossesse, par un régime alimentaire, par l'exercice passif d'abord (promenades en voiture, massage général applicable de suite), puis, le plus tôt possible, par l'exercice actif (marche, équitation, tennis, etc., etc.), et enfin par l'hydrothérapie et la balnéation.

Un peu plus tard, dès que l'on sera fixé sur l'inanité des seconde et troisième hypothèses (missed abortion, grossesse commençante), rétablir la menstruation, qu'il importe de rendre régulière et le plus abondante possible.

Nous pensons qu'avec la correction de la tendance à l'obésité, le rétablissement des fonctions utéro-ovariennes, suivi, s'il y a lieu, d'un traitement local approprié, une grossesse sera rapidement obtenue, et présentera les plus grandes chances d'être menée à bon terme.

Belgrade, 17/30 avril 1901.

Prof. W. SNÉGUIREFF, Prof. A. GOUBAROFF,
D[r] CAULET.

S. M. le roi nous ayant dit ne pas comprendre très bien les termes de ce procès verbal, nous lui avons remis la pièce suivante :

Note explicative pour mettre en évidence les motifs des conclusions présentées à S. M. le roi le 17 avril 1901.

Pour l'intelligence de nos conclusions sur l'état actuel de S. M. la Reine, il convient, tout d'abord, d'exposer ici les signes d'une grossesse à terme, car nous avons été appelés pour faire un accouchement, lequel ne s'annonce pas, et qu'il n'y a pas lieu d'attendre prochainement. Evidemment un malentendu de cette importance doit être expliqué par des données indiscutables.

L'accouchement ne se fait pas parce qu'il n'existe pas de grossesse.

Parmi les signes qui caractérisent la grossesse à sa dernière période et même dans ses trois derniers mois, on compte :

1° La perception des parties fœtales par le palper;

2° Les mouvements actifs du fœtus constatés par le médecin;

3° Les bruits du cœur fœtal et le souffle maternel, reconnus l'un et l'autre par l'auscultation.

Or, nous n'avons constaté aucun de tous ces signes pathognomoniques.

Nous allons envisager les signes de présomption. Ce sont :

1° L'augmentation du volume de la matrice, en rapport avec l'âge de la grossesse.

Ce développement se constate par la palpation et la percussion.

Le palper, à la fin de la grossesse, montre la matrice occupant la plus grande partie de l'abdomen. La limite supérieure de la matrice monte plus ou moins haut au-dessus de l'ombilic, atteignant presque l'appendice xiphoïde. Dans les quinze jours qui précèdent l'accouchement, cette limite s'abaisse de quelques travers de doigt. L'exploration par le palper réveille la contractilité de la paroi utérine qui durcit sous la main.

Or, rien de tout cela n'a été constaté.

La percussion décèle, au niveau de l'utérus agrandi, une matité, en rapport avec l'étendue de l'organe, c'est-à-dire dépassant sur la ligne médiane plusieurs travers de doigt, contrastant avec la sonorité qu'on trouve de chaque côté.

Or, nous n'avons constaté chez S. M. que de la submatité atteignant à peine la hauteur de l'ombilic.

2° Modifications de la consistance et de la coloration du col, du vagin et de la vulve.

Or, ces organes ne présentent nullement la coloration violette, rencontrée habituellement, et le col n'est pas ramolli.

3° Ballottement fœtal.

Nous n'avons pu le constater ni par le palper, ni par le toucher, ni par le palper bimanuel.

4° Modifications du côté des seins (gonflement, durcissement des seins, coloration de l'aréole, coloration et saillie du mamelon, son érectibilité et contractilité de l'aréole, développement des tubercules de Montgomery, apparition d'une aréole secondaire, constatations par le palper des lobules glandulaires, dilatation des veines sous-cutanées, apparition de colostrum spontanée ou provoquée).

S. M. présente en vérité quelques-uns de ces signes, mais rudimentaires : le colostrum fait défaut, la coloration de l'aréole est faible; l'aréole secondaire est douteuse, on ne perçoit pas distinctement les lobules glandulaires et nous devons insister sur l'importance du défaut de colostrum.

Les troubles constatés ici peuvent dépendre d'une cause étrangère à la grossesse (aménorrhée, obésité, congestions réflexes de troubles utérins concomitants).

5° Pigmentation de la vulve et de la ligne blanche à peine marquée, eu égard au teint personnel de la malade (cheveux noirs).

6° Absence des règles.

Celles-ci n'ont pas fait absolument défaut, car S. M. aurait eu, d'après son dire, pendant les neuf derniers mois, des écoulements périodiques muco-sanguinolents, représentant assez bien la *menstruatio parva*.

7° Le développement du ventre et son abaissement récent.

Ce développement du ventre, qui a frappé tout le monde et attiré l'attention particulière de S. M., dépend ici de la surcharge graisseuse de l'abdomen, de la flatulence et de l'encombrement du tube digestif, résul-

(1) Lettre remise le 18 mars à la Légation de Serbie qui l'a fait parvenir.

(1) Lettre recommandée, mise à la poste le 26 mars 1901.

tant de la forte alimentation de la malade et de sa vie sédentaire.

Quant à l'abaissement, il peut s'expliquer par une diminution fortuite de la flatulence gastro-intestinale.

8° Enfin, les divers symptômes subjectifs : nausées, salivation, mouvements du fœtus perçus par la mère.

De ces phénomènes, les premiers peuvent résulter d'un embarras gastro-intestinal, et les derniers des mouvements intestinaux plus vivement ressentis, en raison de l'irritabilité nerveuse de la malade (1).

D'après tout cela, l'erreur de S. M. la Reine était vraiment inévitable. En présence de la raréfaction d'une menstruation jusque-là irrégulière et abondante, de troubles digestifs persistants (ptyalisme, nausées, inappétence), du gonflement des seins, S. M. devait nécessairement se croire enceinte. Toute femme, déjà mère ou non, l'aurait cru comme elle. Plus tard, le développement du ventre, les sensations dérivées des déplacements intestinaux qui simulent si bien les mouvements actifs du fœtus, devaient compléter et enraciner l'illusion et on ne voit pas comment S. M. aurait pu en sortir :

Concursus unus, conspiratio una, consententia omnia.

Il nous fallait bien constater avec la plus douloureuse, la plus respectueuse sympathie, sans pourtant nous en étonner, ce consensus inextricable de symptômes qui ont si cruellement déçu S. M. et qui l'atteignent dans ses plus chères espérances et ses affections les plus intimes.

Des trois hypothèses que nous avons examinées et qui se présentent tout d'abord à l'esprit pour expliquer l'état actuel de S. M., savoir : grossesse nerveuse, missed abortion, grossesse au début, les deux dernières sont peu probables parce que nous ne trouvons ni les signes d'une grossesse arrêtée dans son développement, ni ceux d'une grossesse commençante. L'utérus est bien quelque peu augmenté de volume; mais cela peut tenir à un état morbide antérieur ou dépendre de l'insuffisance de la menstruation et il ne présente ni la forme, ni la consistance, ni les autres caractères d'un utérus gravide; il n'y a pas lieu de s'y arrêter. Au contraire, l'hypothèse d'une grossesse nerveuse est assez vraisemblable, en présence des divers troubles constatés : salivation, malaises digestifs, nausées, persistance d'une menstruation irrégulière, développement de l'utérus, caractères et siège des mouvements sentis par la malade, augmentation du volume des seins, troubles névropathiques, hyperesthésie pelvienne, etc.; mais il serait oiseux de discuter la nature et les causes de tous ces accidents, puisque nous sommes absolument certains qu'ils ne dépendent pas d'une grossesse à terme.

Prof. Snéguireff, Prof. Goubaroff,
Dr Caulet.

Le 20 avril/3 mai 1901.

Enfin le 22 avril/5 mai nous avons communiqué au roi un projet de traitement et de régime détaillé pour S. M. la reine (projet qu'il est inutile de reproduire ici).

Notre rôle était fini.

Depuis notre visite du 16, nous n'avons plus été admis à voir S. M. la reine, ainsi que le constate la pièce suivante :

Les soussignés, ayant examiné la Reine de Serbie deux fois, dont la dernière le lundi 16 avril 1901, constatent que, depuis, ils n'ont été ni appelés, ni admis à voir de nouveau Sa Majesté.

Belgrade, 25 avril/8 mai 1901.

Prof. W. Snéguireff, Prof. A. Goubaroff,
Dr Caulet.

Inquiets, tourmentés, nous avons alors adressé au roi la lettre suivante :

Sire,

Voilà dix jours que nous n'avons eu l'honneur de voir Sa Majesté la Reine. Nous n'avons pas été admis à surveiller le traitement que nous avons conseillé; nous ne savons même pas s'il a été appliqué. Nous comprenons, dès lors, que Sa Majesté n'entend nous donner aucune responsabilité actuelle dans la direction de la santé de la Reine.

Mais l'on ne fait rien pour préparer l'accouchement que Sa Majesté croit toujours prochain, malgré notre avis formel, avis dont Elle aurait pu demander la confirmation à un nouvel examen, ou même à une consultation..., et nous ne comprenons plus.

Aussi croyons-nous devoir, avec le plus grand respect, prier Sa Majesté de bien vouloir nous éclairer sur le service médical qu'Elle attend de nous.

Nous sommes toujours, Sire, de votre Majesté Royale, les très humbles et dévoués serviteurs.

Prof. W. Snéguireff, Prof. A. Goubaroff,
Dr Caulet.

Le 25 avril/8 mai 1901.

(1) Cette première partie de la note a été proposée par MM. Snéguireff et Goubaroff et ce qui suit par M. Caulet.

On nous demanda de rester jusqu'au 3/16 mai, date extrême, ce à quoi nous consentîmes.

Mais le 2/15 mai au soir, S. M. le roi nous fit dire que la reine était désormais certaine de n'être pas enceinte et qu'elle nous rendait notre liberté; je quittai donc Belgrade le lendemain 3/16 mai au matin.

La veille de mon départ, nous résumions nos conclusions antérieures dans le document ci-dessous :

Après des examens réitérés, les médecins soussignés constatent qu'il n'existe pas, chez S. M. la Reine de Serbie, de grossesse à terme, ni même de grossesse avancée.

Cette absence de grossesse, après les signes qui ont été notés en septembre dernier, peut s'expliquer soit par un défaut accidentel de développement du produit, soit par son issue prématurée à une époque où celle-ci pouvait passer inaperçue.

Prof. W. Snéguireff, Prof. A. Goubaroff,
Dr Caulet.

Le 2/15 mai 1901.

Les journaux m'ont appris depuis que les professeurs Wertheim (de Vienne) et Cantacuzène (de Bucharest) étaient arrivés à Belgrade le même jour; ils venaient trop tard : la question de grossesse était jugée, Leurs Majestés désabusées et le problème résolu.

Dr Caulet (de Paris).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mai 1901.

L'analgésie cocaïnique par voie rachidienne.

M. Bazy. — J'ai fait une seule rachicocaïnisation pour anesthésier une vessie très irritable, chez un malade atteint de tumeur vésicale auquel je ne voulais pas donner de chloroforme ni d'éther. Après la cocaïnisation de la moelle, je tentai d'injecter de l'eau dans la vessie, mais je constatai que celle-ci ne pouvait plus retenir la moindre quantité de liquide. J'ajoute que le patient vomit pendant l'opération, eut de la pâleur de la face, de la céphalalgie. D'après cette observation, on est en droit de conclure qu'on ne saurait compter sur la rachicocaïnisation pour la lithotritie, par exemple; on peut en dire autant pour la dilatation de l'anus, qu'on n'aurait pu pratiquer chez ce malade, car le sphincter anal était dans un état de relâchement complet, comme le sphincter vésical.

Il me semble, d'ailleurs, que, d'une façon générale, l'anesthésie rachidienne ne doit pas être employée avant que son innocuité ait été démontrée d'une façon irréfutable. En attendant, je préfère ne pas recourir à un mode d'anesthésie dont il est impossible de régler les effets, à partir du moment où l'injection a été pratiquée.

M. Gérard-Marchant. — Je n'ai également qu'une observation de rachicocaïnisation, mais qui me paraît digne de vous être communiquée. Il s'agit d'une femme atteinte à la fois d'un volumineux fibrome utérin et d'un rétrécissement mitral. Je priai M. Tuffier de pratiquer l'injection lombaire, qui fut faite avec 0 gr. 03 centigr. de cocaïne. Je fis alors l'hystérectomie abdominale totale par le procédé de Doyen; l'opération dura vingt-cinq minutes et la malade n'accusa pas la moindre sensation douloureuse; elle n'eut même aucun vomissement consécutif.

M. Routier. — J'ai employé 5 fois la méthode en question. Au point de vue de l'anesthésie, le résultat fut parfait, sauf dans un fait où la malade, à laquelle je faisais une colpopérinéorrhaphie, accusa une légère sensibilité pendant que je plaçai les points de suture.

Si je n'ai pas utilisé plus souvent ce procédé d'anesthésie, c'est uniquement parce que je n'aime pas faire assister les malades à leur opération.

M. Guinard. — Chez une femme atteinte de méningite spinale consécutive à un phlegmon du cou, qui avait cependant été incisé, je décidai, en raison de la persistance de phénomènes généraux graves, de faire une trépanation rachidienne après injection de cocaïne dans l'espace sous-arachnoïdien; or, cette injection ne détermina nullement l'anesthésie.

Occlusion intestinale par torsion totale de l'intestin autour du mésentère.

M. Broca. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur deux observations d'occlusion intestinale que M. Frœlich (de Nancy) nous a adressées. J'insisterai seulement sur l'un de ces faits, dans lequel il s'agissait d'une torsion complète de l'intestin autour du mésentère. Notre confrère ne pratiqua pas l'éviscération, et se borna à établir un anus contre nature. L'autopsie montra, outre la torsion de l'intestin autour du mésentère, qu'il existait un rétrécissement du gros intestin que M. Frœlich considère comme ayant été déterminé par la bride que formait le mésentère tordu; une partie du gros intestin était donc comprise dans la torsion. Cette observation montre bien la supériorité de la laparotomie large et de l'éviscération sur l'anus contre nature, dans les cas de ce genre.

M. Quénu. — Chez une femme de trente ans, que j'avais opérée pour des lésions de pelvipéritonite très étendues, consécutives à une appendicite ancienne, des phénomènes d'occlusion se produisirent le septième jour; je fis une bouche cæcale, qui amena la disparition des accidents; mais l'amélioration ne fut que passagère, et je dus, au dix-septième jour, pratiquer une laparotomie qui me montra l'existence d'une torsion mésentérique. La malade succomba deux jours plus tard.

M. Delbet. — Le cas de torsion totale du mésentère que M. Frœlich nous a communiqué me paraît très remarquable, en ce que la torsion comprenait une partie du gros intestin, d'après ce que M. Broca vient de nous dire. Je ne connais pas de faits semblables.

M. Schwartz. — J'ai observé l'année dernière un cas d'étranglement par torsion totale de l'intestin. Les accidents dataient déjà de quarante-huit heures; en présence de la gravité de l'état général, je voulus tenter le lavement électrique, qui n'avait pas encore été essayé. La mort survint le soir même, et l'autopsie permit de reconnaître la cause de l'étranglement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 mai 1901.

De l'ictère acholurique simple et des cholémies anictériques.

M. Gilbert. — Je crois devoir rappeler, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Chauffard, que nous avons décrit, M. Lereboullet et moi, au mois de novembre dernier (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 387), un type morbide particulier auquel nous avons donné le nom d'ictère acholurique simple.

Nous avons, en outre, fait remarquer, quelques mois plus tard, qu'en fractionnant les urines des malades atteints de cet ictère acholurique, en les concentrant, en employant le spectroscope et des procédés sensibles, tels que celui de Salkowski, on peut, dans quelques cas exceptionnels, mettre en évidence des traces de pigment biliaire dans l'urine.

Ces constatations n'enlèvent rien, selon nous, à l'importante notion de l'acholurie qui demeure un des traits fondamentaux de la maladie que nous avons décrite. De même, en effet, qu'on ne peut dire d'un sujet présentant des traces minimes et physiologiques de glycose dans l'urine qu'il est glycosurique, de même on ne peut confondre avec les ictères choluriques ordinaires ces ictères acholuriques où l'urine, examinée suivant les procédés ordinaires, ne montre aucune trace de bile, et où l'on n'en décèle, par les méthodes les plus perfectionnées, qu'en très minime quantité et exceptionnellement. Le terme d'ictère acholurique nous semble donc justifié, car seul il permet de reconnaître et de grouper ces cas.

Nous avons, en outre, fait allusion au mois de novembre dernier, à propos de l'ictère acholurique simple, à un état pathologique très voisin, mais où l'ictère fait défaut, alors que l'on constate un certain degré de cholémie. Cet état relativement fréquent est très étroitement lié à l'ictère acholurique. Il résulte enfin de nos recherches que, dans la plupart des maladies du

foie, même sans trace d'ictère, on retrouve souvent aussi une cholémie appréciable.

Abolition des réflexes pupillaires et syphilis.

M. Babinski. — J'ai montré avec M. Charpentier que l'abolition des réflexes pupillaires, et plus particulièrement de la réaction à la lumière, quand elle est permanente, indépendante de toute altération du globe oculaire ou du nerf optique et non associée à une paralysie de la troisième paire, constitue un signe presque pathognomonique de syphilis héréditaire ou acquise.

Les quatre malades que je vous présente aujourd'hui sont une nouvelle preuve de cette assertion. Tous les quatre, en effet, offrent, comme seule manifestation d'une affection organique du système nerveux, le signe d'Argyll-Robertson ; or, trois d'entre eux sont des syphilitiques avérés et le quatrième est une femme très vraisemblablement atteinte de syphilis héréditaire. J'ajoute que, chez ces quatre sujets, il existe une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

L'abolition des réflexes pupillaires, dans les conditions que je viens de citer, me paraît indiquer que le système nerveux central est touché par la syphilis ; le sujet chez lequel on la constate est, à mon avis, un candidat au tabes, à la méningo-encéphalite diffuse ou à la syphilis cérébro-spinale.

M. Bruhl dit avoir observé un malade qui a présenté le signe d'Argyll-Robertson douze ans avant de succomber à une paralysie générale.

M. Joffroy rappelle que chez un assez grand nombre de paralytiques généraux avérés on ne constate jamais l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière ; d'où cette conclusion, que si, comme le croit M. Babinski, une altération minime du système nerveux peut donner naissance au signe d'Argyll-Robertson, l'absence de ce signe n'est pas incompatible avec l'existence de lésions nerveuses très accusées.

De la ponction lombaire contre la céphalée des brightiques.

M. Marie fait remarquer, à propos des observations présentées par M. Babinski dans la dernière séance, que, depuis six ans au moins, la ponction lombaire dans l'urémie a été pratiquée à maintes reprises en Allemagne. Dans trois cas, les résultats ont été favorables ; dans tous les autres, l'insuccès a été complet, mais il convient d'ajouter que la plupart des faits négatifs avaient trait à des formes graves de la maladie. L'orateur estime donc, en s'appuyant sur ces observations et sur celles qu'il a lui-même recueillies, que, si la ponction lombaire peut rendre des services contre quelques-uns des symptômes nerveux de l'urémie, surtout contre la céphalalgie, c'est à la condition que l'intoxication urémique ne soit ni trop ancienne, ni trop profonde. Quant à l'urémie convulsive, elle ne semble pas justiciable de la ponction lombaire.

A propos de la mortalité par diphtérie.

M. Chantemesse. — Du mois de mars 1896 au mois de mars 1901 j'ai reçu dans mon service (bastion 29) 476 enfants atteints de diphtérie ; 70 ont succombé, soit une mortalité de 14.71 %.

Il faut noter toutefois que 15 de ces décès ont eu lieu le jour même de l'admission du petit malade, 29 le lendemain et 12 le surlendemain, ce qui signifie que 56 de ces enfants étaient déjà profondément intoxiqués par la diphtérie à leur arrivée : on ne saurait donc se montrer surpris qu'ils n'aient pas bénéficié des injections de sérum pratiquées à leur entrée.

La conclusion à tirer de ces faits, c'est qu'il est nécessaire, pour guérir presque à coup sûr la diphtérie, d'avoir recours aux injections de sérum dès le début de la maladie, sans attendre la confirmation du diagnostic par l'évolution clinique ou par la bactériologie.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'entérite muco-membraneuse par des courants continus très intenses.

Ayant eu l'occasion d'obtenir, dans quelques cas invétérés d'entérite muco-membraneuse, des améliorations assez sensibles à la suite de l'emploi systématique et prolongé de courants continus de 15 à 20 milliampères, M. le docteur E. Doumer, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Lille, s'est demandé s'il ne conviendrait pas, dans le but de raccourcir la durée du traitement, d'utiliser des courants beaucoup plus intenses. Des essais de ce genre furent institués chez un sujet atteint d'une entérocolite pseudo-membraneuse rebelle : on commença par un courant de 30 milliampères et, le malade l'ayant très bien toléré durant dix minutes, on porta, les jours suivants, l'intensité du courant à 50 et 60, voire même à 80 milliampères. Dès la troisième application, le patient eut une selle naturelle semi-molle, et, après dix séances quotidiennes, la constipation disparut d'une façon définitive, en même temps qu'on constatait une amélioration considérable dans tous les autres symptômes de la maladie, ainsi que du côté de l'état général.

Depuis lors, notre confrère a employé le même traitement dans 5 autres cas analogues et il en a toujours obtenu d'excellents résultats non seulement en ce qui concerne la constipation habituelle, mais aussi au point de vue de l'évolution des lésions intestinales elles-mêmes.

M. Doumer se sert, pour ces applications, de deux électrodes en charbon, ayant chacune 6 centimètres de diamètre et recouvertes de plusieurs couches de peau de chamois. Après les avoir humectées d'eau froide ou tiède, ou, mieux encore, après les avoir soigneusement gélatinisées, on les place profondément dans les fosses iliaques, aussi loin que possible des points d'excitation des muscles de la paroi abdominale et des nerfs cruraux. Puis, on fait passer le courant, en commençant par 30 à 40 milliampères ; au bout d'une minute, on renverse le sens du courant et, suivant la susceptibilité plus ou moins grande du patient, on laisse l'intensité monter ou bien on la maintient à 50 milliampères. On continue ainsi de huit à dix minutes, en pratiquant des inversions du courant toutes les minutes. Les séances sont répétées quotidiennement pendant une dizaine de jours ; on les espace ensuite de plus en plus pour terminer le traitement vers la fin de la troisième semaine.

Malgré leur intensité très élevée, les courants et les secousses dues au renversement seraient très bien supportés et ne provoqueraient des douleurs que durant les deux ou trois premières minutes. Notre confrère a pu élever l'intensité jusqu'à 100 et 150 milliampères, sans déterminer d'eschares : il importe seulement de préparer avec soin les électrodes et de bien les tenir en place.

Utilité de l'alimentation rectale dans les affections de la gorge.

Frappé des inconvénients et même des dangers que présente quelquefois l'alimentation par la bouche chez les malades atteints de certaines affections de la gorge, M. le docteur A.-C. Bardes (de New-York) a eu l'idée de recourir en pareille occurrence à l'alimentation par la voie rectale.

Ce procédé est particulièrement indiqué pour les enfants atteints de diphtérie, chez lesquels les aliments peuvent facilement pénétrer dans le larynx, puis dans les poumons, et déterminer ainsi une pneumonie septique, le plus souvent mortelle. C'est même à la suite d'un tel accident, ayant eu une issue fatale, que notre confrère s'est décidé à généraliser l'emploi de l'alimentation rectale à tous les cas analogues ; il l'institue dès le début de la maladie, ce qui permet d'administrer des quantités d'aliments beaucoup plus considérables sans avoir à se heurter à une résistance de la part des petits malades.

Chez les enfants intubés, ce mode d'alimentation rend également des services, car il arrive souvent que les aliments pénètrent dans le tube, dont ils obstruent la lumière ; il paraît encore indiqué dans la tuberculose laryngée — la dysphagie y est parfois si prononcée que les patients finissent par renoncer complètement à s'alimenter, alors qu'ils ont besoin de toutes leurs forces pour lutter contre l'infection —, dans l'angine aiguë, simple ou phlegmoneuse, et aussi après la staphylorrhaphie, l'ablation des amygdales ou de végétations adénoïdes, dans le cancer de la langue et de la gorge.

Mode d'emploi du bromoforme.

Le bromoforme étant peu soluble dans l'eau, on le prescrit habituellement sous forme d'émulsion. Or, quelques soins que l'on prenne pour assurer l'homogénéité du liquide, le bromoforme, en raison de son poids spécifique très élevé, tend toujours à se déposer au fond du flacon, de sorte qu'on risque d'administrer au malade, en dernier lieu, une dose beaucoup trop considérable du médicament, dose pouvant déterminer des phénomènes plus ou moins accusés d'intoxication. C'est ainsi qu'un médecin anglais, M. le docteur F. W. Burton-Fanning (de Norwich), a récemment observé une fillette de neuf ans, atteinte de coqueluche, qui, une demi-heure après avoir absorbé la dernière cuillerée à dessert d'une potion contenant 4 grammes de bromoforme émulsionnés dans 180 grammes d'eau, fut prise d'un collapsus excessivement grave. Dans ce cas, comme du reste dans tous les autres où notre confrère a eu à enregistrer des symptômes d'empoisonnement par le bromoforme, les phénomènes alarmants furent dus à l'absorption de la dernière dose restant au fond du flacon. Aussi M. Burton-Fanning recommande-t-il toujours, dans la clientèle de ville, de ne pas utiliser l'émulsion jusqu'à la fin et de sacrifier la dernière cuillerée du médicament. Il serait même préférable de renoncer complètement à l'usage de cette préparation et de mettre à profit la solubilité du bromoforme dans l'alcool, en formulant, par exemple, comme il suit :

Bromoforme	0 c.c. 3
Alcool rectifié	1 c.c.
Glycérine	10 grammes.

On doit s'abstenir d'additionner ce mélange d'eau sous quelque forme ce soit, afin de ne pas précipiter le bromoforme. Si le petit patient présente des vomissements et tolère mal la mixture, on peut lui administrer le bromoforme en nature en se servant d'un petit morceau de sucre comme véhicule.

Un moyen pour assurer l'asepsie des tiges de laminaire.

Malgré la supériorité que l'usage de la laminaria offre sur les procédés de dilatation brusque, il a été à peu près complètement abandonné depuis l'avènement de l'antisepsie et de l'asepsie, et cela parce que l'imbibition des tiges de cette algue par des produits septiques provenant des tissus de voisinage peut constituer pour ainsi dire une source permanente d'infection. Après beaucoup d'autres confrères, un médecin italien, M. le docteur G. Cerio (de l'île Capri), avait cru pouvoir sinon écarter tout à fait cet inconvénient, du moins l'atténuer en désinfectant aussi soigneusement que possible les tiges de laminaire au moyen de la vapeur ou du formol. Mais, sans compter que l'emploi de tiges stérilisées de la sorte donna lieu à des complications inflammatoires, cette pratique se montra absolument impuissante à empêcher l'imprégnation de la laminaria par des produits infectieux. Notre confrère a alors eu l'idée de recouvrir la tige de laminaire d'un fin condom en caoutchouc et de lier ce sac, après y avoir injecté de l'eau. M. Cerio a pu se convaincre que l'usage de ces petits appareils, qu'on stérilise à l'aide de la vapeur ou de la formaline, ne provoque pas de phénomènes d'irritation, tout en permettant d'obtenir la dilatation voulue. Cependant, comme la quantité de liquide qu'on peut introduire entre la tige et les parois du sac n'est pas toujours suffisante, notre confrère fait aussi préparer des laminaires traversées par un petit tube métallique central dans lequel on pousse l'injection au moyen d'une seringue de Pravaz, après avoir inséré la tige dans le sac. Celui-ci est ensuite fixé, à l'aide d'une ligature, à l'extrémité du tube métallique.

Afin que le liquide ne puisse pas s'échapper à travers l'orifice du tube faisant saillie au dehors de la tige, on peut, comme le propose M. le docteur O. Frankl (de Vienne), choisir un petit sac dépassant la longueur de la laminaire, et pratiquer une seconde ligature emprisonnant en quelque sorte l'extrémité du tube central.

ERRATUM. — Dans notre dernier numéro, p. 168 2e col., 27e ligne, au lieu de : vagin, lire : *bassin*.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. F. Legueu.

Des indications thérapeutiques dans les luxations anciennes de l'épaule.

C'est un problème toujours délicat et souvent difficile que celui du traitement des luxations anciennes de l'épaule. Pour lutter contre des lésions multiples, variables, et méconnues à l'avance, des moyens différents sont à notre disposition, qui comportent par eux-mêmes une inégale précision. Auxquels de ces moyens devons-nous donner la préférence? Quelle est la conduite à tenir en présence d'une luxation de l'épaule datant de deux mois? Telle est la question que je veux discuter devant vous à propos d'une malade couchée au lit n° 13 de la salle Notre-Dame, et que je vais opérer dans un instant.

Cette femme est âgée de quarante ans; dans les premiers jours de janvier, elle fit une chute de sa hauteur et tomba sur l'épaule gauche. Immédiatement elle perçut un craquement et ressentit une douleur; elle se releva, mais le bras était impotent, elle ne pouvait s'en servir. Elle fit aussitôt prévenir son médecin, le docteur Chartier, qui, ayant constaté une luxation de l'épaule en avant, essaya de la réduire méthodiquement par le procédé de Kocher, mais ne put y parvenir. A plusieurs reprises, de nouvelles tentatives restèrent également sans résultat. Des circonstances indépendantes de la malade la forcèrent à différer l'époque où elle vint me consulter sur les conseils de son médecin. Je ne la vis que vers le milieu du mois de février; mais à ce moment, elle ne put encore entrer à l'hôpital, et ce n'est que dans les premiers jours du mois de mars qu'elle s'est enfin fait admettre à l'Hôtel-Dieu. La luxation datait donc de deux mois.

Voici exactement dans quel état elle se présente à nous : l'épaule gauche est très déformée; l'acromion fait une saillie anormale, sous laquelle se dessine une dépression que ne suffit pas à expliquer seule l'atrophie déjà importante du deltoïde. Sous l'apophyse coracoïde, on voit une saillie très marquée qu'il est facile de reconnaître pour la tête de l'humérus, car la déviation du bras, prolongée, aboutit directement à ce niveau. J'ajouterai que le coude est écarté du tronc et ne peut en être facilement rapproché. L'inspection seule suffit donc à rendre évidente la luxation de l'épaule en avant.

La palpation ne fait que confirmer ces premières impressions; exactement sous l'apophyse coracoïde, on sent une tumeur arrondie, dure, mobile avec l'humérus : c'est la tête humérale. Dans le creux de l'aisselle, en suivant le bord interne de l'humérus, on perçoit la même surface arrondie, qui se meut avec le reste de l'os.

Il s'agit donc d'une *luxation antéro-interne de la variété coracoïdienne*, car la tête fait saillie au niveau de l'apophyse coracoïde.

Cette luxation n'est compliquée d'aucun trouble nerveux ni circulatoire. Il y a bien une certaine atrophie du deltoïde, mais cette atrophie ne s'accompagne pas d'anesthésie; sur le territoire des autres nerfs du plexus brachial, je ne relève pas trace de trouble trophique ni d'insensibilité; il n'y a pas non plus d'œdème du bras ni de la main. Le plexus brachial, le paquet vasculo-nerveux sont indemnes.

Mais la luxation est ancienne, elle date de deux mois, elle a résisté aux tentatives méthodiques du traitement habituel.

Avant de chercher à remédier à cette luxation, voyons d'abord quel est le fonctionnement actuel de l'articulation luxée. C'est un fait constant que, à la suite d'une luxation non réduite, une néarthrose se forme, qui permet une certaine mobilité du membre; dans certains cas, même, la compensation est telle que les mouvements de flexion et d'extension s'exécutent d'une façon très suffisante. Lorsqu'il en est ainsi, il faut y regarder à deux fois avant de chercher à réduire la tête par les moyens compliqués que je vais étudier : après la réduction, vous n'auriez pas toujours beaucoup plus d'amplitude dans les mouvements, le fonctionnement ne serait peut-être pas meilleur, et le malade n'aurait rien gagné à vos laborieuses tentatives.

Mais ici, il ne peut y avoir hésitation à ce point de vue; les mouvements du membre sont si limités que nous devons absolument intervenir. Le coude ne peut être porté en abduction, l'élévation du bras est impossible, la flexion et l'extension sont également irréalisables. Dans ces conditions, la malade ne peut se servir de son bras gauche, ni pour manger, ni pour se peigner, ni pour travailler; elle est une infirme, et nous devons faire quelque chose pour remédier à cet état.

Mais que devons-nous faire?

Avant d'envisager la série des moyens utilisables pour remettre avec profit une tête humérale en place, il est nécessaire que nous jetions un coup d'œil sur les lésions que déterminent ces luxations : l'anatomie pathologique, à laquelle les opérations récentes ont apporté des documents précis sur ce sujet, doit servir de base à la thérapeutique et guider nos manœuvres.

Dans toute luxation ancienne de l'épaule, c'est-à-dire datant d'au moins deux mois, il y a deux ordres de lésions contre lesquelles on peut avoir à lutter : il y a 1° des lésions qui sont la cause, et 2° des lésions qui sont la conséquence de l'irréductibilité.

1° *Il y a des lésions qui sont la cause de l'irréductibilité :* ce sont elles qui ont empêché la luxation d'être primitivement réduite; et, quel que soit l'âge de la luxation, ces lésions se retrouvent identiques. Elles sont, d'ailleurs, variables suivant les cas, et avant l'opération il est toujours bien difficile d'être fixé sur leur nature. Tantôt c'est la partie postérieure de la capsule qui s'interpose en tampon entre la tête et la cavité glénoïde; tantôt c'est un fragment d'une tubérosité qui se plaque sur l'ancienne cavité; et ceux qui, comme Nélaton (1) et Delbet (2), ont étudié particulièrement l'anatomie pathologique de ces luxations irréductibles, ont insisté tout particulièrement sur cette cause d'irréductibilité. Ce sont encore, parfois, des muscles arrachés de leurs insertions, ou le tendon luxé du biceps, qui défendent l'entrée de la cavité glénoïde; enfin Lejars, dans un cas, trouva la tête humérale étranglée par le petit pectoral, au-dessous duquel elle était engagée.

Voilà les principales des lésions qui occasionnent l'irréductibilité. Mais je m'empresse de vous faire remarquer que ces altérations peuvent faire défaut dans une luxation ancienne; même à notre époque, il est des luxations que l'on ne réduit pas, qu'on abandonne à elles-mêmes, parce qu'on ne sait pas les reconnaître et qu'on ne cherche pas à les réduire. Ces luxations ne sont irréductibles que du fait de l'incurie de ceux qui ont à les traiter. Et vous ne devrez pas vous étonner de voir quelquefois se réduire très facilement une luxation qui datait de quelques semaines et n'avait persisté que parce qu'on ne s'était pas efforcé de la modifier.

Toutefois, quand une luxation, comme dans le cas présent, a été, dès son début, l'objet de tentatives de réduction méthodiques et répétées, alors on a le droit de conclure qu'il existe une cause réelle d'irréductibilité, qui fait échec aux manœuvres et qui fait de cette luxation un cas particulier.

(1) Nélaton. Des causes de l'irréductibilité des luxations anciennes de l'épaule. (*Arch. gén. de méd.*, oct. 1888, p. 430.)

(2) P. Delbet. Les luxations anciennes et irréductibles de l'épaule. (*Arch. gén. de méd.*, janv. et fév. 1893, p. 19 et 144.)

2° *Il y a des lésions qui sont la conséquence de l'irréductibilité.*

Au contraire des précédentes, celles-ci ne surviennent que tardivement; elles sont consécutives à la luxation, elles résultent de la situation nouvelle que la tête a prise au dehors de la cavité glénoïde; elles s'aggravent avec le temps, et sont proportionnelles à l'ancienneté de la luxation. Il est difficile de préciser exactement le moment où elles apparaissent, mais ce que je puis affirmer, c'est qu'à partir de deux mois on doit toujours avoir à compter avec elles.

Ces lésions portent, ainsi que Nélaton et Delbet l'ont bien établi, sur tous les éléments de l'articulation; l'orifice capsulaire à travers lequel la tête est sortie se rétracte (Nélaton). Sous le deltoïde, au dehors de la capsule, se condense un tissu fibreux épais qui fixe et immobilise la tête. Enfin, Delbet a vu dans 22 cas des adhérences entre la partie postérieure de la capsule et la glène.

Voilà les modifications les plus fréquentes du côté de l'ancienne articulation. Ce n'est pas tout : une néarthrose se produit entre l'omoplate et la tête de l'humérus. Cette tête repose sur le bord antérieur de la cavité glénoïde qui s'excave pour la recevoir, et sur la partie correspondante de la fosse sous-scapulaire. Là elle s'enveloppe d'une nouvelle capsule formée en partie aux dépens de l'ancienne et en partie aux dépens d'un tissu fibreux de nouvelle formation, qui, adhérant aux vaisseaux, recouvre le segment antérieur de la tête.

Joignez à cela la rétraction souvent considérable des muscles péri-articulaires, la déformation de la tête humérale, et vous comprendrez facilement comment ces lésions sont capables de s'opposer à la réduction de la luxation, et même, après la réduction, à la fonction du membre.

Elles font obstacle à la réduction, parce qu'elles fixent et immobilisent la tête dans sa situation anormale, et opposent des résistances insurmontables à des moyens méthodiques qui, utilisés deux mois plus tôt, auraient pu facilement faire réintégrer la tête dans sa cavité.

Elles font obstacle, en outre, à la fonction du membre : supposez la réduction obtenue malgré ces lésions; une tête déformée, ramenée au contact d'une cavité modifiée, enveloppée d'une capsule rétractée, est incapable de permettre à l'articulation ce jeu normal et libre des surfaces qu'exigent les mouvements étendus de l'épaule. Aussi est-il souvent nécessaire de réparer par une opération appropriée les désordres qui se sont développés du fait même de la luxation, aussi bien pour permettre la réduction que pour assurer dans l'avenir la fonction du membre.

Après avoir ainsi défini les obstacles principaux contre lesquels nous avons à lutter, nous sommes à même d'envisager et d'apprécier les moyens qui sont à notre disposition pour traiter une luxation ancienne de l'épaule.

Il y a des moyens *simples* ou *de douceur*, des *moyens violents* ou *de force*, et des *moyens sanglants* ou *de précision*.

Je commencerai par les *moyens simples*, et d'autant plus volontiers que la malade dont nous nous occupons n'a jamais été endormie, et que chez elle l'action bienfaisante du chloroforme n'a pas encore été essayée. J'aurai recours au procédé de Kocher, que je ferai précéder de la libération de la tête : pour cela, je mobiliserai doucement l'articulation en produisant des mouvements de flexion, d'extension et surtout de rotation. Ces mouvements doivent être faits avec prudence; plusieurs chirurgiens, dans ces circonstances, ont produit la fracture de l'humérus, du col chirurgical, et bien qu'à une autre époque cette ostéoclasie accidentelle ait pu être élevée par Mears (de Philadelphie) et chez nous par Daniel Mollière et Després, à la hauteur d'une méthode, nous avons beaucoup

mieux à faire qu'à rechercher une pseudarthrose juxta-articulaire; il nous faut, au contraire, absolument éviter cet accident contre lequel je tiens à vous mettre en garde.

Il est peu probable que ces manœuvres réussissent: j'en viendrai alors aux *méthodes de force*. Avec celles-ci, il s'agira d'effectuer sur l'humérus en abduction des tractions progressives mais méthodiques, la contre-extension étant faite sur le tronc. Dans ce but, plusieurs appareils sont à notre disposition: Robert et Collin, Nélaton, Sédillot ont imaginé des dispositifs spéciaux; celui de Hennequin est incontestablement le meilleur, le plus précis, celui qui demande la mise en action de la moindre force pour obtenir cependant des tractions très énergiques. Mais je dois ici vous prémunir contre l'abus des tractions violentes: autrefois, il fallait à tout prix réduire par la traction, l'opération n'était pas permise, elle était trop dangereuse. Les appareils à moufles représentaient la dernière ressource du chirurgien et on allait volontiers jusqu'à des tractions de 150, voire même de 200 kilogrammes. Des désordres graves, des accidents sérieux ont été la conséquence de ces tentatives violentes: les ruptures de la veine et de l'artère axillaires, des déchirures musculaires étendues résultaient souvent de ces manœuvres déplorables qui, une fois même, ont amené l'arrachement du bras (Guérin). Nous ne sommes plus à l'époque où de pareils excès étaient autorisés: nous pouvons encore faire des tractions fortes, mais non excessives. N'allez jamais au delà de 90 kilogrammes. Ces tractions hautes suffisent dans quelques cas à déplacer la tête; on les aide en imprimant au bras, pendant la traction, des mouvements de rotation, et en exerçant au moment du déclanchement une vigoureuse poussée de la tête vers la cavité glénoïde.

Si les manœuvres de force échouent, nous aurons alors recours à l'*intervention chirurgicale*, et s'il est nécessaire, je viendrai à celle-ci avec confiance: l'opération a le grand avantage de comporter par elle-même une rigoureuse précision. Jusqu'alors, en effet, j'ignore la cause de l'irréductibilité de cette luxation; les tractions agissent à l'aveugle, je ne sais pourquoi ni comment elles peuvent réussir, et si elles réussissent, je ne saurai même pas sur quel obstacle elles auront agi, comment elles l'auront modifié, quel est l'état anatomique de cette jointure, et quel sera plus tard son fonctionnement. L'opération me donnera, au contraire, satisfaction sur tous ces points, et, une fois l'articulation mise à nu, je pourrai agir différemment suivant la disposition anatomique nouvelle créée par la luxation irréductible.

Le plan opératoire doit être le suivant: il faut en premier lieu aborder la région, puis, celle-ci ayant été explorée, la luxation étant définie dans ses causes et les conditions de son irréductibilité, il s'agit de modifier l'obstacle et de terminer ou non par la résection.

Voyons d'abord comment nous allons *aborder la région*.

Les voies d'accès de l'articulation scapulo-humérale sont multiples; trois surtout ont été utilisées. La *voie axillaire* a été suivie par Langenbeck; elle est la plus directe, puisque du côté de l'aisselle la tête est toute superficielle: pour l'atteindre, il n'est pas besoin de traverser ni de sectionner le gros muscle deltoïde. Mais ces avantages sont bien insignifiants en présence des inconvénients que cette incision présente, quand il s'agit de reconnaître et de traiter la cause de l'irréductibilité. Bardenheuer, Volkmann, Küster ont eu les plus grosses difficultés à terminer par cette voie la résection de l'épaule, et le danger de blesser les vaisseaux ou nerfs de la région serait, à défaut d'autres, une raison suffisante pour nous faire renoncer complètement à l'utiliser chez notre malade.

La *voie postérieure* a été employée par Nélaton; elle est déjà meilleure. Nélaton fait d'abord une incision horizontale sur le bord externe de l'acromion: à cette incision s'en joint en arrière une autre qui se dirige en bas, vers le bras, suivant la direction des fibres du deltoïde. Grâce à cette incision combinée, un grand lambeau cutanéo-musculaire est taillé, qui, rabattu, permet d'aborder la région de l'épaule par sa partie postérieure. Je ne crois pas cependant que cette incision postérieure soit préférable à l'incision antérieure: la tête est immobilisée en avant, c'est en avant que sont les obstacles, c'est là qu'il faut les chercher, et je craindrais, en pratiquant une incision postérieure, d'avoir les plus grandes peines pour déloger la tête du creux sous-coracoïdien.

Avec les *incisions antérieures*, au contraire — ou *antéro-externes* —, cette difficulté n'existe plus. L'articulation est abordée dans sa région délicate; et l'avantage devra rester à celle de ces incisions antéro-externes qui donnera le plus de jour pour faire l'arthrotomie et en même temps, s'il est besoin, la résection de l'épaule.

L'incision proposée par Demons (de Bordeaux) est horizontale et transversale. Elle commence en arrière, au niveau du bord postérieur de l'acromion, passe à 5 millimètres au-dessous de la pointe de cette apophyse, et gagne ensuite directement la pointe de la coracoïde. Le deltoïde étant incisé dans le même sens, Demons abaisse avec un écarteur la lèvre inférieure de la plaie, et on tombe alors directement sur les tissus fibreux qui s'opposent à la rentrée de la tête dans la cavité normale de réception. Grâce à cette incision, Demons a pu une fois, quoique avec assez de peine, effectuer le dégagement d'une tête en luxation intra-coracoïdienne.

Cette incision doit, sans doute, donner beaucoup de jour, mais elle a l'inconvénient, étant horizontale, de couper toutes les fibres du deltoïde. Et cet inconvénient l'empêchera, à mon avis, de prendre le pas sur les incisions verticales, quoi qu'elle expose la région aussi bien que ces dernières.

Il est un procédé qui me paraît supérieur à tous les autres, c'est celui qui consiste à *sectionner l'arc acromio-claviculaire*, et à créer, sans toucher aux muscles, un lambeau ostéo-musculaire qu'il suffit de récliner en bas et en dehors pour avoir sur l'articulation un accès large et facile. Ce procédé a été proposé par Neudörfer, repris et modifié par Severeanu (de Bucharest), et en France par Duplay.

Voici en quoi il consiste: on fait une incision horizontale sur le bord externe de l'acromion. Cette incision commence, en avant, en dedans de l'articulation acromio-claviculaire et se termine, en arrière, à l'origine de l'épine de l'omoplate. Une seconde incision part de l'extrémité antérieure de la première, et se porte en bas et en dehors suivant la direction des fibres du deltoïde, auxquelles elle reste parallèle. On dissèque la lèvre supérieure de l'incision horizontale jusqu'à ce que l'acromion et l'extrémité externe de la clavicule soient découverts.

A ce moment, on sectionne en arrière l'acromion à son point de continuité avec l'épine de l'omoplate et, en avant, on coupe la clavicule au voisinage de l'articulation acromio-claviculaire, ou même on ouvre cette articulation elle-même.

Le deltoïde mobilisé avec son insertion supérieure peut alors être abaissé, laissant une large brèche qui met à nu l'articulation de l'épaule.

C'est à ce procédé que je donne la préférence, et c'est à lui que j'aurais recours si, sur notre malade, j'étais obligé d'en venir à l'intervention sanglante.

Grâce à cette ouverture, la région est explorée; la cause de l'irréductibilité est cherchée et supprimée. Une fois levé l'obstacle, et la tête libérée, que doit-on faire encore? Faut-il réduire simplement la tête dans la cavité et s'en tenir à cette arthrotomie? Ou bien n'est-il pas préférable de pratiquer la résection de l'épaule?

L'étude des résultats éloignés doit seule nous servir de base pour trancher cette question; or, il résulte des faits rapportés par Nélaton et par Delbet que les résultats de la résection sont bien plus satisfaisants que ceux de l'arthrotomie. Après l'arthrotomie, la tête déformée ne se meut plus librement dans une cavité également modifiée, et les mouvements restent limités; avec la résection de la tête, au contraire, à la condition qu'elle ne soit pas trop considérable, qu'elle soit économique, le résultat est meilleur, les mouvements sont plus étendus. Par conséquent, si nous sommes entraînés jusque-là, c'est à la résection de l'épaule que je donnerai la préférence.

P.-S. — Conformément à ces indications, la malade fut endormie au chloroforme; le procédé de Kocher ne donna aucun résultat. Par deux fois, des tractions de 80 kilogrammes exercées avec l'appareil de Hennequin échouèrent également.

L'articulation de l'épaule fut alors mise à nu par le procédé de Duplay: à travers la large brèche ainsi créée, je trouvai la tête en situation intra-coracoïdienne, si fortement enclavée sous les muscles coracoïdiens qu'il était impossible de l'en déloger. Pour y parvenir, je sectionnai au ciseau l'apophyse coracoïde et détendis les muscles qui s'y insèrent. La tête fut enfin dégagée et je pus me rendre compte des causes d'irréductibilité: il y avait fracture du col anatomique, mais fracture partielle, avec engrènement sur le bord antérieur de la glène et déchirure de la capsule à ce niveau; en outre, l'orifice capsulaire était rétréci et rétracté.

La tête humérale fut réséquée, elle se détacha d'ailleurs d'elle-même au moment où je la saisis avec le davier de Farabeuf; l'extrémité supérieure de l'humérus fut régularisée à la pince coupante et réintégrée dans la capsule. Avec des fils d'argent, je suturai l'apophyse coracoïde, je réunis l'acromion à la clavicule et l'acromion à l'épine de l'omoplate. Un drain fut laissé dans la capsule ouverte, puis on sutura la peau.

La réunion se fit par première intention, et la malade quitta l'hôpital dix-sept jours après l'opération. Elle pouvait déjà exécuter des mouvements d'abduction et de flexion, dont l'amplitude a dû augmenter depuis lors sous l'influence du massage et de l'électrisation.

MÉDECINE PRATIQUE

Un moyen de ne pas dépasser la dose de chloroforme strictement nécessaire pour assurer l'anesthésie.

En raison des accidents auxquels donne lieu l'absorption de quantités trop considérables de chloroforme, on a depuis longtemps cherché à doser cet agent anesthésique, soit en nature, soit à l'état de vapeur. Mais, sans compter que les appareils spéciaux qu'on a construits à cet effet sont assez compliqués, ils ne procurent, en somme, qu'une fausse sécurité, car on est loin d'être fixé sur la quantité de chloroforme nécessaire pour obtenir le sommeil anesthésique sans exposer le malade à des accidents, cette quantité variant très sensiblement d'un sujet à un autre. Seul, un système de dosage basé sur la manière de réagir propre à chaque patient, un dosage *biologique* en quelque sorte, ne risquerait pas d'être illusoire.

Il y a quelques années, M. le docteur C. L. Schleich a conseillé de tenir compte, à cet égard, de l'état de la pupille, en faisant remarquer que si, l'anesthésie une fois obtenue, on continue à administrer le chloroforme, on voit succéder à la période du rétrécissement progressif de la fente pupillaire un état de *dilatation moyenne* de cette fente (en l'absence de toute réaction à la lumière). C'est cette dilatation moyenne — augmentant sous l'influence d'un débit trop rapide de l'anesthésique et dimi-

nuant dès qu'on enlève le masque — qu'il importe, d'après notre confrère, de maintenir, afin d'assurer l'analgésie et l'immobilité absolues du patient et d'éviter des efforts de vomissements ou autres, pouvant, par exemple, compromettre plus ou moins le succès d'une intervention abdominale.

Or, M. le docteur A. Flockemann, assistant du nouvel hôpital général de Hambourg-Eppendorf, a pu se convaincre qu'il n'est pas nécessaire de pousser la chloroformisation aussi loin que le veut M. Schleich. La phase de dilatation moyenne de la pupille correspondant à la limite maxima de la dose maniable de chloroforme, on comprend qu'il soit préférable de rester en deçà de cette zone dangereuse, et cela d'autant plus que, d'après l'expérience de M. Flockemann, l'analgésie est déjà aussi complète que possible dans la période qui se caractérise par le rétrécissement de la pupille et son insensibilité absolue à la lumière. Reste à déterminer exactement le début de cette période.

A cet effet, notre confrère conseille d'utiliser la connaissance d'un phénomène qu'il a remarqué depuis de longues années et qui, tout en ayant déjà été signalé dans la littérature médicale (Strassmann, Müller), n'a pas encore cependant donné lieu à l'application pratique dont il s'agit. Supposons le malade complètement endormi, les muscles volontaires relâchés et les pupilles, modérément rétrécies, incapables de réagir. Quel sera le premier signe objectif du réveil? Si, au lieu d'examiner, comme on le fait d'habitude, un seul œil, on soulève rapidement les paupières des deux yeux à la fois, on constate un rétrécissement net de la fente pupillaire sous l'influence de la lumière, alors que chaque pupille interrogée isolément ne réagit encore pas. Ce phénomène indiquant l'imminence du réveil, on doit, dès qu'on l'a constaté, activer le débit du chloroforme, de façon à ne pas laisser le patient revenir à lui et à rendre le sommeil anesthésique plus profond. L'espace de temps et la quantité de chloroforme nécessaires pour obtenir ce résultat peuvent servir en quelque sorte de mesure à la marche ultérieure de la chloroformisation.

Parfois, surtout chez les femmes, on voit persister le réflexe cornéen, alors que les pupilles sont déjà rétrécies et ne réagissent plus. En pareil cas, il faut continuer la narcose jusqu'à disparition de ce réflexe.

Associée à la surveillance du pouls et de la respiration, l'utilisation du phénomène pupillaire que nous venons de décrire semble devoir écarter les accidents dus à l'emploi irrégulier du chloroforme, en même temps qu'elle permet de réduire la durée du sommeil anesthésique au strict nécessaire, la narcose pouvant n'être poussée au degré voulu qu'une fois tous les préparatifs terminés et le réveil étant, d'autre part, très prompt et réalisable à n'importe quel moment.

Le défaut d'expansion de la région sous-claviculaire comme signe précoce de la pneumonie infantile.

Ce qui caractérise surtout la pneumonie infantile, c'est l'apparition souvent tardive des signes physiques, le souffle tubaire et les râles crépitants pouvant faire défaut pendant les quatre premiers jours, voire même jusqu'à la veille ou jusqu'au jour de la défervescence. D'autre part, toute une série d'anomalies dans le tableau clinique de l'affection (point de côté *abdominal*, diarrhée, etc.) — anomalies sur lesquelles M. le docteur Marfan a longuement insisté dans ce journal (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 27-29 et 95-97) — viennent s'ajouter à l'absence des grands signes révélateurs de la pneumonie pour augmenter les difficultés du diagnostic et induire le praticien en erreur, lui faisant croire à l'existence d'une appendicite, d'une dothiénentérie ou d'une méningite. Or, M. le docteur Weill, chargé de la clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Lyon, a noté à peu près chez tous les petits pneumoniques un signe très précoce qui permettrait, à la seule inspection du malade, de poser d'une façon catégorique le diagnostic de pneumonie dès le début de la maladie. Ce signe, qui consiste dans le *défaut d'expansion de la région sous-claviculaire du côté atteint*, serait absolument pathognomonique de la pneumonie, car, si dans la pleurésie ou dans le pneumothorax l'expansion peut également manquer du côté malade, ce phénomène est alors en rapport immédiat avec le siège de l'épanchement : suivant l'étendue plus ou moins considérable de l'exsudat, l'expansion fait défaut dans toute la moitié du thorax ou seulement à la base. Par contre, chez les sujets atteints de pneumonie, l'absence d'expansion est strictement limitée à la région sous-claviculaire, et cela alors même que la lésion siège à la base du poumon.

Le signe en question est très facile à constater : le malade étant couché sur le dos, il suffit de le découvrir et d'attendre que, après l'agitation des premiers moments, la respiration se soit régularisée, pour être à même d'apprécier la différence d'expansion des deux côtés. On ne confondra pas, bien entendu, le simple soulèvement par en haut de la clavicule avec l'expansion : en plaçant la face palmaire des doigts alternativement sur les deux régions sous-claviculaires, on pourra se rendre compte que, du côté sain, la main est soulevée comme par une vague, tandis que, du côté malade, elle est simplement refoulée de bas en haut.

Le défaut d'expansion de la région sous-claviculaire se montrant dès les premiers jours de l'affection, on comprend, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, les services que la connaissance de ce signe à peu près constant de la pneumonie infantile peut rendre au praticien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 21 et 28 mai 1901.

Névralgies et anévrysmes latents de l'aorte.

M. Huchard lit un travail dans lequel il relate plusieurs observations prouvant que les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante, ainsi que ceux de l'aorte abdominale, peuvent rester très longtemps latents et ne se manifester que par des douleurs qu'on attribue à de simples névralgies, à du rhumatisme, etc. Un diagnostic précoce serait cependant de la plus grande utilité, puisqu'il permettrait d'instituer de bonne heure un traitement assez souvent curatif.

Pour reconnaître la véritable cause de ces douleurs et dépister la tumeur anévrysmale dont elles sont la seule manifestation, on devra s'appuyer sur l'opiniâtreté et la longue durée des accidents douloureux, sur leur fixité et surtout sur la possibilité de leur diminution ou de leur exagération par certains changements d'attitude des malades.

En outre, si ces douleurs restent inexpliquées et si elles résistent aux médications habituelles, il faudra toujours, d'après l'orateur, soupçonner l'existence d'une tumeur anévrysmale, et même dans les cas où l'exploration du cœur et des gros vaisseaux restera négative, on devra avoir recours à la radioscopie pour fixer avec certitude le diagnostic. Sans doute cette certitude ne sera pas complète parce qu'il y aura encore à déterminer la nature de la tumeur décelée par les rayons de Röntgen; cependant, dans la majorité des cas, il sera possible de constater sur l'image radioscopique les mouvements d'expansion de l'anévrysme. Il convient, en outre, de se rappeler que, de toutes les tumeurs intrathoraciques, ce sont les anévrysmes qui donnent lieu aux douleurs les plus violentes.

M. A. Fournier. — Je crois pouvoir rapprocher des faits dont M. Huchard vient de parler, l'observation déjà ancienne d'un de nos confrères qui, pendant de longues années, éprouva des douleurs épouvantables le long du bras gauche. Comme ce malade avait eu la syphilis, on lui prescrivit le traitement spécifique qui le débarrassa de ses accidents douloureux presque du jour au lendemain.

Quelque temps après, on reconnut l'existence chez ce médecin d'une volumineuse tumeur gommeuse péri-aortique qui disparut complètement à la suite d'une nouvelle cure par l'iodure de potassium.

Sur les strychnos africains et les plantes servant à empoisonner les armes en Afrique.

M. Chatin lit, à l'occasion d'un travail de M. Bureau, un rapport dont voici les principales conclusions :

On sait que le poison des flèches, en Amérique comme dans l'archipel Indien, est fourni par des *strychnos*. Ce genre étant assez répandu en Afrique, on pourrait supposer que les indigènes l'emploient au même usage. Or, il résulte du mémoire de M. Bureau que les archers gabonais, gallas, somalis, etc., n'usent, en réalité, jamais de strychnos, et que c'est des apocynées qu'ils retirent les poisons servant à empoisonner leurs flèches.

En particulier, c'est une apocynée, le *Tonghinia venenifera*, qui fournit aux Malgaches leur célèbre poison d'épreuve. Parmi les autres plantes de la même famille recherchées par les archers africains, il faut citer le *Carissa Schimperi*, puis des *strophantus*.

Quant aux indigènes de la Côte d'Ivoire, ils empoisonnent leurs flèches au moyen d'euphorbiacées, et particulièrement avec le *Croton lobatus*.

M. Barette (de Caen) communique l'observation d'une femme de vingt ans qui fut prise, deux mois après une fausse couche, de métrorrhagies abondantes et répétées. Ayant constaté l'existence d'un utérus volumineux et déformé, l'orateur en pratiqua l'ablation. Le fond de l'utérus était occupé par une tumeur lobulée intramusculaire qui fut reconnue au microscope comme étant un déciduome malin.

M. Robin lit un rapport sur un travail de M. Gaube (du Gers), relatif à la *reminéralisation appliquée au traitement des rhumatisants chroniques.*

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 13 et 20 mai 1901.

La constitution de la bile suivant l'âge et l'état d'engraissement des animaux.

M. R.-L. Cracianu. — Dans le but de déterminer les conditions qui président à la formation des calculs biliaires, j'ai fait des recherches sur la constitution chimique de la bile suivant l'âge et l'état d'engraissement des animaux.

Voici les principales conclusions auxquelles ces expériences m'ont conduit :

La bile des animaux jeunes contient moins d'eau que celle des animaux vieux; la mucine, les sels fixes, la cholestérine, les taurocholate et glycocholate de soude y sont en plus grande quantité; par contre, les substances grasses et la lécithine sont plus abondantes dans la bile des animaux âgés.

Chez les animaux maigres, la sécrétion biliaire renferme moins d'eau et, par suite, une plus forte proportion de substances dissoutes (mucine, sels fixes, cholestérine, graisses, lécithine, glycocholate et taurocholate de soude) que chez les animaux gras.

En résumé, les matériaux éliminés par la bile sont plus abondants dans la jeunesse et dans l'état d'amaigrissement; ce fait n'a rien de surprenant, la sécrétion biliaire étant fonction de l'activité vitale; quant à la lécithine, son excrétion est plus considérable chez les animaux vieux, ce qui permet de la considérer comme un produit de déchet de l'organisme.

MM. Bordier et **Gilet** adressent une note relative à l'*électrolyse des tissus animaux;* des recherches des auteurs, il résulte que la condition nécessaire pour que le courant ne subisse pas une chute sensible après le renversement est la présence constante, au niveau des électrodes, d'un électrolyte en quantité suffisante pour imprégner les tissus.

M. A. Netter envoie un travail sur le *fonctionnement du cerveau dans l'évolution de la parole intérieure.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mai 1901.

L'analgésie cocaïnique par voie rachidienne.

M. Lejars. — Parmi les accidents que peut provoquer la rachicocaïnisation, je tiens à insister particulièrement sur la céphalalgie que j'ai vu persister quelquefois, très intense, pendant deux et même trois jours.

Jusqu'à nouvel ordre, je n'adopterai pas cette méthode comme pratique courante, en raison des irrégularités qu'on observe tant au point de vue de la piqûre lombaire, qui donne parfois des échecs, qu'en ce qui concerne l'anesthésie elle-même, laquelle est malheureusement incomplète dans certains cas et très lente à se produire dans d'autres.

M. Poirier. — J'ai dû une fois, après trois piqûres infructueuses, renoncer à pénétrer dans le canal rachidien. Dans un autre fait, je n'ai obtenu qu'une anesthésie très insuffisante.

M. Legueu. — Je puis actuellement vous communiquer les résultats de 150 observations personnelles de rachicocaïnisation. Je n'ai employé en général que des doses extrêmement minimes d'analgésique, et ce n'est que très exceptionnellement que j'en ai injecté 0 gr. 03 centigr. (pour des hystérectomies vaginales). Au point de vue de la ponction, je n'ai échoué que deux fois. En ce qui concerne l'anesthésie, dans quatre cas seulement j'ai eu un insuccès complet, qu'il n'était pas possible d'imputer à la solution, celle-ci, chez d'autres malades, ayant donné une analgésie excellente.

Le résultat a été parfait dans une centaine de cas; dans les autres il a été suffisant pour que j'aie pu pratiquer l'opération que je me proposais de faire.

Quant à la durée de l'analgésie, il m'a semblé qu'elle ne dépassait guère quarante à quarante-cinq minutes.

Je n'ai observé aucun accident grave pendant l'opération. Chez une femme, j'ai vu survenir, au bout de trois jours, un délire qui a persisté trois semaines, coïncidant avec une élévation de température; celle-ci a cessé en même temps que le délire, et je ne crois pas qu'ici on puisse incriminer la cocaïne.

Je n'ai jamais eu recours à la rachicocaïnisation pour laparotomie, en dehors des appendicites et des cures radicales de hernies; pour toutes les autres interventions portant sur une des régions de la portion sous-ombilicale du corps, je reste partisan résolu de la méthode vulgarisée par M. Tuffier.

M. Routier. — Depuis ma dernière communication, j'ai encore employé une fois la rachicocaïnisation, et je crois que ce sera la dernière. Mon malade, en effet, a eu une telle angoisse que je l'ai vu en imminence de mort pendant une heure au moins.

M. Chaput. — Tout récemment, après quatre ou cinq essais infructueux, je n'ai pu effectuer la ponction lombaire qu'en enfonçant l'aiguille entre la troisième et la quatrième vertèbre lombaires.

De la résection diaphysaire primitive dans les fractures par coup de feu.

M. Picqué. — Je crois qu'il convient de formuler quelques réserves au sujet de l'opinion exprimée par nos collègues de l'armée (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 99 et 148), relativement au traitement conservateur des fractures diaphysaires par coup de feu. Avant de rejeter complètement la résection diaphysaire, il serait nécessaire, en effet, de connaître les résultats éloignés du traitement conservateur. Or, un grand nombre des blessés soignés par nos collègues n'ont pas été revus ultérieurement; pour ma part, je me souviens d'un blessé de la guerre de 1870 qui avait été traité par la méthode conservatrice pour une fracture comminutive du pied par coup de feu, et chez lequel survinrent, vingt-six ans plus tard, de nouveaux accidents particulièrement sérieux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mai 1901.

Cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien.

M. Nageotte. — J'ai examiné jusqu'ici, avec M. Babinski, le liquide céphalo-rachidien de 120 sujets. Le résultat de cet examen a été négatif chez tous les individus qui ne présentaient aucun signe objectif d'une lésion organique du système nerveux, ni aucun trouble fonctionnel pouvant faire craindre l'éclosion prochaine d'une affection organique, de même que chez les myopathiques, les choréiques, les hémiplégiques, les paraplégiques, etc.

Nous avons, au contraire, trouvé une lymphocytose permanente du liquide céphalo-rachidien dans *tous* les cas de tabes et de paralysie générale où nous avons pratiqué la ponction lombaire, ainsi que chez *tous* les sujets ayant le signe d'Argyll-Robertson, même sans autre symptôme de tabes ou de méningo-encéphalite diffuse.

Nous avons également rencontré une lymphocytose marquée chez un épileptique et chez trois malades vraisemblablement atteints de sclérose en plaques.

M. Babinski. — Nous avons, en outre, constaté ces jours-ci une lymphocytose chez un ancien syphilitique, qui n'offre actuellement aucun signe objectif d'une lésion organique du système nerveux. Cependant, en raison de cette lymphocytose, en raison aussi de quelques légers troubles de la parole et de la mémoire que ce malade a présentés récemment, nous croyons qu'il y a lieu de craindre la paralysie générale et qu'il est formellement indiqué d'instituer dès maintenant le traitement spécifique.

M. Joffroy. — J'ai actuellement dans mon service un alcoolique chronique chez lequel nous avons noté une lymphocytose très marquée à la suite d'un accès de délire alcoolique aigu. Si ce malade devient par la suite paralytique général, ce sera là une constatation très intéressante; dans le cas contraire, il en faudra conclure qu'on peut observer une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans d'autres affections que le tabes ou la paralysie générale.

M. Widal dit n'avoir jamais constaté de lymphocytose dans le delirium tremens; peut-être le malade de M. Joffroy a-t-il été atteint d'une de ces méningites cérébro-spinales frustes dont il a été question dans les précédentes séances. La lymphocytose, dans cette hypothèse, s'expliquerait très bien, car elle constitue le signe révélateur par excellence des lésions méningées, même les plus minimes.

Leucémie myélogène.

M. Decloux montre, au nom de M. Triboulet et au sien, un homme présentant une hypertrophie énorme de la rate sans augmentation de volume des ganglions d'aucune région du corps. L'examen du sang a fait voir qu'il s'agissait d'une leucémie myélogène.

Ce malade n'a jamais eu de manifestation paludique, mais il a contracté la syphilis depuis une vingtaine d'années; il a de plus été atteint, il y a quelques mois, d'une amygdalite légère probablement d'origine rhumatismale et, à peu près à la même époque, d'une phlébite de la verge.

Le traitement spécifique, bien loin d'améliorer la situation, l'a plutôt aggravée : il a été suivi, en effet, d'albuminurie et d'un œdème des membres inférieurs. Les injections de cacodylate de soude n'ont également donné jusqu'ici que des résultats négatifs.

M. Widal fait observer que la leucémie qui s'accompagne d'une hypertrophie de la rate et qui respecte les ganglions est presque toujours d'origine myélogène.

M. Rendu estime également que la splénomégalie est le symptôme capital, presque pathognomonique, de la leucémie myélogène; en outre, le premier signe de cette affection serait souvent, d'après l'orateur, une diarrhée fétide et rebelle, symptomatique d'une entérite infectieuse à la faveur de laquelle l'agent pathogène pénétrerait dans l'économie.

Insuffisance aortique perceptible à distance.

M. Launois présente, en son nom et au nom de M. Camus, un homme chez lequel on entend très nettement, lorsqu'on approche l'oreille à 20 ou 25 centimètres de la poitrine, un bruit strident que l'auscultation permet de rattacher au deuxième bruit aortique. Cet homme est un ancien syphilitique qui avait depuis plusieurs années des douleurs dans la région cardiaque et qui, au mois d'octobre dernier, fut pris subitement, à la suite d'une violente émotion, d'une douleur intrathoracique intense. Il tomba alors sans connaissance et, depuis cet accident, il entend lui-même très distinctement le bruit musical symptomatique de son insuffisance aortique signalé plus haut. Cette observation mérite d'être rapprochée de celle que M. Launois a communiquée il y a quelques années et dans laquelle il s'agissait d'un souffle également perceptible à distance et qui était dû à la rupture d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 497).

Expulsion spontanée de volumineux calculs biliaires.

M. Troisier montre deux volumineux calculs biliaires qui ont été expulsés spontanément avec les garde-robes. Le premier pèse 7 grammes et a 7 centim. 1/2 de circonférence; il a été rendu par une femme n'ayant jamais eu ni coliques hépatiques, ni ictère, mais qui, quelques heures avant de rejeter ce calcul, présenta des phénomènes d'occlusion intestinale.

Le second, encore plus volumineux (il mesure 3 cent. 1/2 d'épaisseur), a la forme de la vésicule biliaire; il a été expulsé sans accidents par une femme encore actuellement bien portante.

Il paraît évident, étant données les dimensions de ces calculs, qu'ils n'ont pu être rendus qu'à la faveur d'une cholécystite suivie de l'établissement d'une fistule entre la vésicule biliaire et le duodénum.

Sclérodermie en plaques.

M. Gaucher présente une femme qui offre, au niveau du membre supérieur droit et à la base du sein correspondant, de petites plaques blanchâtres, lisses, arrondies, ayant l'aspect de cicatrices.

La particularité intéressante de cette observation, c'est que ces plaques de sclérodermie sont situées le long du trajet du nerf brachial cutané interne; cette disposition en forme de zona est une confirmation de la théorie nerveuse de la sclérodermie.

Péritonite gonococcique des petites filles.

M. Comby communique les observations de trois petites filles qui ont été atteintes, au cours d'une vulvo-vaginite à gonocoques, de poussées péritonéales soudaines et graves. Dans les trois cas, on a pensé à une appendicite et on a proposé la laparotomie. Pour des raisons diverses, le chirurgien n'est pas intervenu, et les moyens médicaux ont permis d'obtenir la guérison.

M. Faisans communique l'observation d'une jeune femme, hystérique et tabétique, dont les crises gastriques n'ont été en rien modifiées par la ponction lombaire, seule ou associée à une injection d'un demi-centigramme de cocaïne.

M. Guillain montre, au nom de M. Marie et au sien, un malade atteint de tabes, chez lequel il existe une atrophie de la partie antérieure des maxillaires supérieurs.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 18 et 25 mai 1901.

De l'excrétion de l'azote et du chlore pendant la dénutrition

M. A. Javal. — Après avoir établi le bilan nutritif d'un adulte normal soumis à un régime alimentaire insuffisant, j'ai pratiqué le dosage des quantités d'azote et de chlore ingérées et excrétées.

Une ration fournissant de 1,500 à 1,800 calories a constamment fait subir à l'organisme une forte perte d'azote, tandis que la perte de chlore ne se prolongeait pas au delà du quatrième jour. En ajoutant à l'alimentation 10 grammes de chlorure de sodium, j'ai observé, au contraire, un gain d'azote et de chlore assez considérable et une augmentation de poids.

Jusqu'ici, dans le but d'épargner la désassimilation des matériaux albuminoïdes chez les sujets qu'on voulait dénourrir — les obèses, par exemple —, on élevait soit la ration des albuminoïdes, soit celle des hydrates de carbone; mais l'effet était inconstant, car, pour obtenir un résultat satisfaisant, il faudrait que le régime produisît près de 2,600 calories.

Il résulte des recherches que je viens de résumer que le chlorure de sodium, en épargnant l'excrétion de l'azote, peut parer, dans certains cas, aux fâcheux effets de la dénutrition.

Utilisation des greffes épiploïques dans la chirurgie abdominale.

M. Lœwy. — J'ai fait une série d'expériences relatives à l'utilisation de fragments d'épiploon réséqués, pour obturer les plaies du foie ou de l'estomac.

Pour le foie, une portion d'épiploon est détachée de ses insertions et fixée dans la plaie où elle est maintenue par des points de suture hépato-épiploïques; jamais, aussi grand qu'ait été le délabrement, une hémorrhagie secondaire n'est survenue. Le processus de réparation est caractérisé histologiquement par une transformation fibreuse du fragment épiploïque qui adhère intimement au tissu hépatique.

Pour les plaies de l'estomac, après suture totale de la paroi en un seul plan, on applique au niveau de la ligne de réunion un lambeau d'épiploon la débordant largement, qu'on suture à l'aide de points péritonéo-épiploïques. La réparation de la plaie s'effectue normalement et la résorption apparente de la greffe épiploïque est presque parfaite au bout du quatrième mois.

Variations de coagulabilité des différentes parties du sang provenant d'une même hémorrhagie.

M. Milian. — En étudiant séparément le mode de coagulation des différentes gouttes de sang provenant de la même hémorrhagie, j'ai pu constater que les dernières gouttes, et surtout celles que l'on obtient par pression après la cessation de l'écoulement sanguin, se coagulent beaucoup plus rapidement que les premières. Cette différence est due, à mon avis, à la présence d'une plus grande quantité de fibrine-ferment dans le sang de la fin d'une hémorrhagie que dans celui du début.

Influence des crises d'hystérie sur la sensibilité olfactive.

M. Vaschide. — L'étude de la sensibilité olfactive (mesurée au moyen de l'eau camphrée) chez les hystériques m'a montré l'existence, au moment des crises, d'une légère hyperesthésie. La reconnaissance des odeurs, qui est un phénomène de perception, diminue avant et pendant les paroxysmes. Quant à la sensibilité tactile de la muqueuse pituitaire, elle augmente, au contraire, durant les mêmes périodes.

Effets analgésiques des injections de cocaïne dans le canal sacré.

M. Brocard dit avoir obtenu la cessation complète des phénomènes douloureux dans 16 cas de sciatique ou de tabes en injectant dans l'espace épidural, par la voie sacro-coccygienne, 4 c.c. d'une solution de cocaïne à 1 pour 200. L'abolition des douleurs a persisté, suivant les cas, de quelques heures à plusieurs jours.

M. Baylac (de Toulouse) envoie une note dans laquelle il établit que la sérosité des œdèmes, que ceux-ci soient d'origine mécanique (asystolie, compression vasculaire) ou toxique (urémie, néphrite), a une composition chimique, des propriétés toxiques, un point cryoscopique et une tension superficielle à peu près constants.

MM. Wertheimer et **Laguesse** (de Lille) adressent la relation d'un certain nombre d'expériences qui tendent à démontrer l'indépendance du grain de zymogène et du ferment diastasique dans le pancréas.

ETRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 8 et 15 mai 1901.

De l'emploi thérapeutique de l'oxygène.

M. Löwy fait observer, à propos de la récente communication de M. Aron (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 165), que si l'on a recours à l'oxygène, c'est moins comme stimulant que comme moyen d'activer les combustions organiques. Pour l'orateur, les inhalations d'oxygène sont utiles toutes les fois que le sang revient des poumons non saturé de ce gaz, ce qui se produit dans deux circonstances différentes, soit que la respiration se trouve très affaiblie (coma, intoxications), soit qu'il s'agisse d'une de ces sténoses des voies respiratoires, décrites par M. Senator, qui surviennent notamment comme conséquence d'un catarrhe (bronchiolite); dans le premier cas, la respiration artificielle pourrait suppléer aux inhalations; dans le second, il ne saurait évidemment en être de même, mais l'emploi de l'oxygène ne constitue alors qu'une médication symptomatique.

M. Löwy considère les inhalations comme très efficaces dans diverses intoxications (par l'oxyde de carbone, le gaz d'éclairage, le grisou, etc.), ainsi que contre les troubles que ressentent parfois les ouvriers employés à percer des tunnels (céphalalgie, vertige, pertes de connaissance); ces troubles ont été observés par M. Mosso chez les ouvriers occupés au percement des tunnels sur la ligne de Gênes à Milan et attribués par lui à une intoxication oxycarbonée. Enfin, l'oxygène rend des services dans les chambres de chauffe, où il permet d'abaisser de 1 à 0.5 % la teneur de l'atmosphère en oxyde de carbone.

M. Brat rappelle les recherches qu'il a effectuées dans le laboratoire de M. Zuntz, et qui démontrent que l'emploi de l'oxygène est fondé au point de vue physiologique.

M. Michaelis déclare avoir usé, depuis trois ans, de 100,000 à 150,000 litres d'oxygène, et en avoir obtenu, dans nombre de cas, d'excellents résultats. Assurément, on n'arrive pas à sauver, par ce moyen, des tuberculeux à l'agonie; du moins obtient-on chez eux un ralentissement du pouls et des mouvements respiratoires.

L'orateur signale en particulier les bons effets de l'oxygène dans l'emphysème avec dilatation pulmonaire très étendue, ainsi que dans la cyanose due à la persistance du *foramen ovale*.

Dans diverses intoxications (par l'oxyde de carbone, la strychnine, la morphine), l'efficacité de l'oxygène peut être démontrée expérimentalement : de deux animaux empoisonnés, dont l'un est placé dans de l'oxygène tandis que l'autre est laissé à l'air libre, le premier seulement survit.

En terminant, M. Michaelis relate l'observation d'une femme atteinte d'emphysème très prononcé avec bronchite aiguë, chez laquelle les inhalations d'oxygène exercèrent une influence des plus favorables sur la cyanose.

M. Weissenberg cite le fait d'un vieillard atteint de phtisie à la période des cavernes, ayant en outre de l'artériosclérose, de la bronchectasie et de l'emphysème, chez lequel une attaque d'influenza avec bronchite aiguë détermina un œdème pulmonaire qui mit les jours du patient en danger. Tous les moyens usuels étant demeurés sans résultat, on s'attendait d'un instant à l'autre à l'issue fatale; les inhalations d'oxygène eurent un effet inespéré.

L'orateur rappelle que l'oxygène jouit d'une grande faveur en France et en Italie; les trains qui doivent traverser des tunnels sont munis de ballons remplis de ce gaz, pour le cas où des circonstances imprévues forceraient à un arrêt prolongé sous un tunnel.

Trois cas de « spina bifida occulta ».

M. Katzenstein, après avoir rappelé que la *spina bifida occulta* présente deux variétés distinctes — suivant que les troubles sont d'origine fœtale, voire même congénitale, ou au contraire n'apparaissent qu'à la puberté —, relate trois cas de cette affection.

Le premier concerne une fillette de trois ans ayant depuis sa naissance une paralysie de la jambe droite avec pied plat varus paralytique. On aurait diagnostiqué une paralysie spinale infantile si tous les réflexes n'eussent été conservés. En outre, un examen plus attentif fit découvrir une petite tumeur située entre la troisième et la quatrième vertèbre lombaire, dont les apophyses épineuses faisaient défaut. Il s'agissait donc de spina bifida occulta avec dégénérations secondaires de la moelle.

Le second fait est celui d'un garçon de onze ans, atteint d'incontinence d'urine et des matières; bien que les urines s'écoulassent spontanément, la vessie remontait jusqu'à l'ombilic (ischurie paradoxale); au dos existait une tumeur du volume de la main avec absence des apophyses épineuses. L'orateur ne put déterminer avec certitude à laquelle des deux variétés précitées de spina bifida occulta appartenait ce cas; il lui sembla cependant peu probable que ces troubles fussent d'origine fœtale, car jadis les urines étaient émises en jet, ce qui devint impossible ultérieurement.

Quant à la troisième observation, elle a trait à un jeune homme de dix-sept ans, chez lequel les deux ordres de lésions — fœtale et de la puberté — étaient associées. En effet, ce malade présenta dès l'enfance un pied bot; un peu plus tard, survint de l'hypertrichose au voisinage de la cinquième lombaire, en même temps que se développaient des troubles sensitifs, moteurs et trophiques (ulcérations à la plante des pieds et au niveau des ischions). Enfin, vers la quatorzième année, apparut une incontinence d'urine qui ne tarda pas à devenir complète. L'opération, ayant consisté à extirper le cordon qui réunissait les vertèbres à la moelle, eut pour effet de faire disparaître les troubles récents, mais elle n'influença nullement ceux qui dataient de l'enfance.

M. Maas rappelle un cas qu'il a publié il y a quatre ans: il s'agissait d'un enfant de sept ans présentant depuis trois années, à côté de symptômes de myélite par compression (phénomènes spasmodiques), des troubles trophiques et une absence des réflexes patellaires. Au niveau de la solution de continuité du rachis, on trouva un lipome, mais qui ne plongeait pas entre les vertèbres; la compression était exercée par une plaque fibreuse très résistante, dont la section fit cesser les manifestations spasmodiques; par contre, les troubles trophiques persistèrent.

M. Kron cite un cas de spina bifida occulta avec hypertrichose où existaient des troubles sensitifs qui se généralisèrent rapidement et atteignirent même les membres supérieurs en prenant le caractère de manifestations hystériques. D'après l'orateur, il faut toujours songer à la possibilité d'une telle association morbide.

Les troubles nerveux de l'intoxication par le sulfure de carbone.

M. Mendel présente deux hommes, employés dans une usine de vulcanisation du caoutchouc, l'un depuis dix-huit mois, l'autre depuis deux ans et demi, et qui sont atteints de troubles nerveux ayant débuté par des douleurs dans les jambes et une sensation de faiblesse des bras. L'examen objectif permet de constater qu'en effet les symptômes sont localisés aux quatre membres; on note de l'atrophie des interosseux, plus étendue à droite, une diminution de la force musculaire, une réaction de dégénérescence partielle des interosseux des deux côtés et de l'extenseur commun des doigts; des troubles analogues existent aux muscles correspondants des jambes. La sensibilité et les réflexes sont normaux; à signaler seulement une zone limitée d'hypoalgésie au bord externe du pied.

On considère généralement les manifestations nerveuses de l'intoxication par le sulfure de carbone comme témoignant d'une névrite ou d'une polynévrite; contre cette hypothèse plaident, chez les malades présentés par M. Mendel, l'absence de troubles sensitifs notables et de douleur à la pression des troncs nerveux, ainsi que la localisation si particulière de l'amyotrophie. Pour l'orateur, il s'agit plutôt d'une poliomyélite, peut-être avec participation des racines postérieures. Au reste, Köster a constaté, dans l'intoxication expérimentale par le sulfure de carbone, des lésions cellulaires des cornes antérieures.

A propos de la paralysie spinale infantile.

M. Placzek montre des préparations provenant de la moelle d'un enfant de quinze mois ayant succombé à une paralysie spinale infantile. L'orateur, se basant sur ces préparations, estime que l'affection dont il s'agit a pour substratum anatomique non une poliomyélite antérieure, comme l'enseignait Charcot, mais bien une myélite aiguë, ainsi que le soutiennent la plupart des auteurs allemands.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 20 mai 1901.

Diabète et accident.

M. Strauss. — Je désire préciser quelques points relatifs aux rapports existant entre la glycosurie alimentaire et le diabète, qui pour moi sont deux manifestations morbides de même nature. Il ne me paraît même pas possible d'accepter l'opinion de M. Naunyn, pour qui il existerait une glycosurie *e saccharo* indépendante du diabète et une glycosurie *ex amylo* liée à cette diathèse.

J'ai fait 500 fois la recherche de la glycosurie alimentaire; je l'ai trouvée 70 fois. De 9 individus prédisposés au diabète, un seul la présentait; l'épreuve fut positive chez 2 obèses sur 20, chez 4 goutteux sur 12, chez 4 basedowiens sur 24.

En ce qui concerne le rôle du traumatisme dans la production du diabète, j'estime qu'il faut faire intervenir l'existence d'une prédisposition, car en pareille occurrence on observe fréquemment une simple glycosurie transitoire et beaucoup plus rarement un vrai diabète; il est clair toutefois qu'il peut survenir un diabète traumatique chez un individu non prédisposé, si l'agent vulnérant a atteint un des organes qui président à l'assimilation du sucre.

M. Jastrowitz. — Chez un certain nombre d'individus pour lesquels se posait la question d'une prédisposition au diabète, j'ai administré des quantités considérables de substances amylacées et de sucre de canne. Or, ce n'est que rarement que j'ai observé de la glycosurie, et chez aucun de ces sujets ne s'est développé plus tard un vrai diabète.

M. Hirschfeld attire l'attention sur l'importance, pour le diagnostic précoce du diabète pancréatique, de vives douleurs d'estomac pouvant survenir assez longtemps avant le début apparent de l'affection.

Il croit que, dans la production de la glycosurie consécutive à un traumatisme, le repos au lit nécessité par l'accident n'est pas sans influence; les recherches de Breul et les siennes propres montrent, en effet, l'influence de l'activité musculaire sur la destruction du sucre. Il reconnaît avec M. Jastrowitz (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 166) qu'il faut attribuer aussi une importance considérable à l'élément psychique dans l'étiologie du diabète traumatique.

Sur la valeur pronostique de la diazo-réaction et de la présence des éosinophiles dans les crachats chez les tuberculeux.

M. Stadelmann, au cours d'une communication sur la tuberculose, dit avoir fait dans 152 cas de tuberculose pulmonaire la recherche de la diazo-réaction d'Ehrlich; le résultat a été positif 55 fois. Chez des sujets gravement atteints, cette réaction disparut pour un certain temps, ou même fut toujours absente, tandis qu'on l'observa dans des formes plus bénignes. Ces faits montrent que non seulement la diazo-réaction n'a aucune valeur diagnostique, mais encore que ce n'est qu'avec réserve qu'on peut l'utiliser pour établir le pronostic.

D'autre part, l'orateur ne saurait partager l'opinion de M. Teichmüller qui considère comme un signe favorable l'abondance des éosinophiles dans l'expectoration, car M. Stadelmann a vu des malades chez lesquels ces éléments étaient particulièrement nombreux succomber rapidement, tandis que dans des cas de simple catarrhe du sommet les éosinophiles étaient rares.

Dr Villaret.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séances des 27 avril et 25 mai 1901.

Les effets physiologiques du chlorure d'éthyle.

M. Heger. — Dans le travail qui fait l'objet du présent rapport, M. A. Lebet (de Genève) relate les résultats de ses recherches expérimentales sur le chlorure d'éthyle.

A cause de sa volatilité, cet anesthésique est d'un emploi difficile; même avec les appareils spéciaux, et en prenant les plus grandes précautions, on n'arrive pas à obtenir une évaporation constante.

L'insufflation dans la trachée d'air saturé de chlorure d'éthyle produit en moins d'une minute une anesthésie complète, avec élévation considérable de la fréquence du pouls et du nombre des respirations; cette anesthésie cesse en général quelques minutes après la fin de l'insufflation; toutefois, les animaux restent abattus durant plusieurs heures.

L'inhalation d'un mélange d'air saturé de chlorure d'éthyle et d'air humide amène également l'anesthésie, mais après une phase d'excitation.

L'injection dans la jugulaire d'un lapin de sérum de lapin saturé de chlorure d'éthyle augmente d'abord la pression aortique, puis la diminue notablement.

Enfin, un cœur de grenouille, isolé et rempli de sérum contenant au moins 0.75 % de chlorure d'éthyle, se tétanise et cesse de battre.

La mortalité par maladies du cœur et par tuberculose en Belgique.

M. Kuborn. — De recherches que j'ai faites sur le nombre des décès par tuberculose et par affections cardiaques pendant les saisons d'hiver 1899 à 1900 et 1900 à 1901 dans 41 villes belges de plus de 15,000 habitants (comportant ensemble 1,667,000 habitants, soit le quart de la population du royaume), il résulte que les affections cardiaques ont causé sensiblement plus de décès que la phtisie; elles ont contribué à la mortalité totale pour plus de 7 %.

La part de la phtisie dans la mortalité a été plus considérable dans les villes dont la population dépasse 30,000 âmes que dans les localités de moindre importance; il n'existe pas une telle différence pour la mortalité par les affections cardiaques.

Quel qu'ait été le nombre total des décès, le rapport de la mortalité par phtisie avec la population n'a pas varié. Le mois de mars a toujours été le plus meurtrier.

Je crois que, comme causes de la fréquence des maladies du cœur en Belgique, il faut incriminer l'agitation due à l'intensité de la vie industrielle, le surmenage musculaire résultant de travaux hors de proportions comme nature et comme durée avec les forces et l'âge des individus, et l'alcoolisme.

En ce qui concerne la funeste supériorité de l'hiver, j'estime que le froid seul n'en rend pas compte; les effets de l'humidité relative sont également très secondaires. Il en est autrement du déficit de saturation de l'air ambiant, et je me rallie sous ce rapport aux idées de M. Chiaïs qui pense que la mortalité générale et la fréquence des maladies aiguës des voies respiratoires, de la phtisie, etc., augmentent en raison de la diminution de la tension de la vapeur d'eau au-dessous de 5 millimètres.

Prothèse chirurgicale par l'inclusion de vaseline colorée dans les tissus.

M. Gallez. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une note qui nous a été envoyée par M. Delangre (de Tournai). Notre confrère utilise avec succès, depuis dix-huit mois, les injections de vaseline stérilisée et colorée pour relever les cicatrices déprimées et combler les pertes de substance résultant de traumatismes opératoires ou accidentels, notamment dans les régions génienne, frontale, cervicale, mammaire et scrotale (au lieu et place du testicule).

Pour obtenir des résultats tout à fait satisfaisants, M. Delangre croit utile de colorer la vaseline avec de la poudre de corail, afin de donner aux cicatrices blanchâtres la teinte de la peau.

Bradycardie par compression du pneumogastrique droit.

M. Masius. — Dans une note qu'il a soumise à notre appréciation, M. P. Masoin (de Gheel) relate l'observation d'un sujet chez lequel on constatait un ralentissement du cœur, qui ne battait que 40 à 45 fois à la minute. L'autopsie permit de reconnaître une tumeur de nature cancéreuse siégeant un peu au-dessus de la division bronchique, au point où le nerf vague se divise en rameaux œsophagiens, bronchiques et cardiaques.

Le nerf était entouré par le néoplasme, mais l'examen histologique démontra qu'il n'était pas altéré; aussi M. Masoin estime-t-il que le tronc nerveux était le siège de tiraillements qui avaient provoqué la bradycardie.

M. Van der Stricht communique un travail relatif à l'*histogenèse du corps jaune*.

Dr Keiffer.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 24 mai 1901.

Des kystes résultant de la soudure incomplète des organes génitaux externes.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Englisch** a communiqué le résultat de ses recherches sur les malformations qui résultent de la soudure incomplète des fentes des organes génitaux externes.

Ces malformations occupent le prépuce ou le frein, ou encore le raphé du pénis, du scrotum ou du périnée. On en distingue trois variétés : kystes muqueux, kystes dermoïdes et fistules.

Les kystes peuvent être uniques ou multiples, uniloculaires ou multiloculaires; mais ce qui les différencie surtout entre eux, c'est le revêtement de leurs cavités. Les kystes muqueux ont, en effet, un revêtement fibreux avec épithélium cylindrique; leur contenu est séro-muqueux ou séro-laiteux. Quant aux kystes dermoïdes, leurs parois renferment tous les éléments de la peau (poils, glandes et matières sébacées) et leur revêtement est constitué par des cellules rondes, aplaties et en partie cornées. Les abcès ou kystes athéromateux ne diffèrent en rien de ceux des autres régions.

Lorsque les cavités résultant de la soudure des fentes ou replis génitaux sont rapprochées de la lumière de l'urèthre, il se développe des kystes muqueux; quand, au contraire, elles sont situées près de la surface externe de la peau, ce sont des kystes dermoïdes qui prennent naissance. Dans les deux cas, on a affaire à des kystes congénitaux; toutefois, ces kystes peuvent rester latents pendant un temps très long et ne se manifester que plus ou moins tardivement, sous l'influence d'un traumatisme, d'une uréthrite, etc. C'est ainsi que parfois on ne les observe qu'à un âge assez avancé. Les kystes athéromateux se développent à n'importe quel âge et se reconnaissent à ce qu'ils glissent sous la peau et deviennent fluctuants lorsqu'ils ont acquis un certain volume.

Au point de vue du diagnostic, il faut se garder de confondre ces malformations avec une dilatation des orifices des glandes de Cowper ou avec un abcès chronique des corps caverneux de l'urèthre. On n'oubliera pas non plus que ces kystes sont susceptibles de s'enflammer et de donner lieu à des fistules dont l'origine sera facilement reconnue, si l'on se rappelle qu'elles ont pour caractère d'être toujours situées au niveau du raphé.

Le traitement des kystes non enflammés consiste dans l'extirpation. S'il y a des menaces d'inflammation, on aura recours à l'application de glace et ensuite à l'extirpation. L'opération faite aseptiquement est exempte de danger.

Les mêmes considérations s'appliquent au traitement des trajets fistuleux.

Glycosurie alimentaire dans les maladies mentales.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. Raimann** a communiqué le résultat de ses recherches sur la glycosurie alimentaire au cours des maladies mentales. L'orateur s'est attaché à déterminer la quantité de sucre qu'il faut ajouter à l'alimentation pour obtenir une glycosurie physiologique maxima, c'est-à-dire ne dépassant pas 0.2 %. Il a constaté que chez les individus normaux cette quantité varie de 0 gr. 14 centigr. à 4 gr. 40 centigr. par kilog. de poids du corps. Chez les sujets atteints de cérébropathies diverses, les conditions d'assimilation du sucre subissent des modifications variables. C'est ainsi que M. Raimann a constaté que l'assimilation est augmentée dans l'idiotie, dans les états maniaques, dans la paranoïa, dans l'épilepsie et dans les formes bénignes de la paralysie générale. Au contraire, elle est diminuée dans la mélancolie, dans les psychoses

dégénératives, dans les démences secondaires et séniles, dans la paralysie générale à forme expansive, ainsi que dans le délire alcoolique. D'une façon générale il y a augmentation de l'assimilation du sucre dans les psychoses qui s'accompagnent d'excitation, et diminution de cette assimilation dans les vésanies à forme dépressive.

L'obésité et la diathèse urique paraissent également avoir une certaine influence sur l'assimilation des matières sucrées; par contre, l'âge, la coexistence de fièvre et de maladies organiques semblent ne jouer aucun rôle à ce point de vue.

M. H. Schlesinger fait remarquer que le chiffre qui exprime la quantité maxima de sucre susceptible d'être assimilée par l'organisme doit varier suivant l'état de la motricité stomacale, et aussi selon que le sujet sur lequel on expérimente est au repos ou se livre à un exercice.

Enrouement datant de sept ans et dû à l'existence d'une membrane congénitale obturant en partie la glotte.

M. J. Fein a présenté une femme de vingt-quatre ans qui se plaint d'être enrouée depuis sept années. A l'examen laryngoscopique, on constate que la moitié antérieure de la glotte est fermée par une membrane blanche, nacrée, translucide, qui réunit les moitiés antérieures des cordes vocales. Il s'agit là d'une membrane congénitale due à la persistance de la soudure épithéliale des cordes vocales. Le traitement de cette affection, dont on ne connaît jusqu'à présent que 16 cas, consiste dans la résection du voile membraneux.

M. W. Roth a observé il y a trente ans, dans le service de F. Fieber, 2 cas d'occlusion partielle de la glotte qui furent opérés avec succès; chez l'un de ces malades, ce trouble était consécutif à une lésion de la face inférieure des cordes vocales au cours d'une tentative de suicide.

Un cas de chylorrhée.

Dans une séance antérieure, **M. I. Neumann** a montré une jeune fille de quatorze ans, présentant depuis plusieurs années, à la face interne de la cuisse, une petite tache brune, de surface inégale, recouverte de vésicules par lesquelles s'écoule un liquide blanc laiteux qui n'est autre chose que du chyle, comme l'a montré l'analyse chimique. Une biopsie a fait voir que cette lésion est constituée par des vaisseaux et des espaces lymphatiques dilatés. Des altérations analogues existent au niveau des grandes lèvres; de la vulve et du vagin s'écoule également un liquide blanc laiteux.

Il est probable qu'il existe chez cette malade une communication entre les vaisseaux lymphatiques et les chylifères. Dans un fait semblable, publié par Peters, on constata à l'autopsie que les vaisseaux chylifères étaient comprimés par les organes pelviens. Il ne faut pas confondre la chylorrhée avec la lymphorrhée que l'on observe quelquefois, par exemple dans l'éléphantiasis et dans l'eczéma.

M. von Eiselsberg a observé un cas analogue qui a été amélioré par des cautérisations avec le thermocautère.

M. Weinlechner relate une observation de lymphorrhée chez une jeune fille atteinte d'éléphantiasis de la jambe; la quantité de lymphe exsudée dépassait parfois un litre.

M. Kaposi fait remarquer que, dans l'éléphantiasis, la lymphorrhée se montre souvent avant l'hypertrophie de la peau. Dans les cas de chylorrhée on constate la présence de la *filaria sanguinis* dans le liquide qui s'écoule des vaisseaux, caractère qui suffit pour distinguer cet état d'avec la lymphorrhée.

M. Biedl déclare que la distinction entre la lymphorrhée et la chylorrhée n'est pas toujours facile, le chyle, pouvant être simulé par une lymphe d'aspect blanc laiteux; en outre, une alimentation riche en graisses peut facilement rendre louche le sérum du sang. Toutefois, chez la malade de M. Neumann il s'agit de véritable chyle; le liquide ne s'écoule pas par une fistule, mais suinte à travers la peau; de plus, la compression de l'abdomen augmente cet écoulement, tandis qu'une ligature de la jambe au-dessous de la lésion le fait cesser complètement.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Contribution à l'étude de la cirrhose infantile d'origine cardiaque, par M. CONSTANTINOFF.

Dans sa thèse inaugurale, inspirée par M. le professeur D'Espine (de Genève), M. Constantinoff relate 5 observations inédites de cirrhose d'origine cardiaque chez des enfants, dont 4 avec autopsie; la lésion cardiaque primitive était, chez 4 de ces petits malades, une symphyse soit pure, soit associée à un rétrécissement mitral avec insuffisance mitrale et tricuspide (une fois), à une insuffisance mitrale (deux fois). A ses faits personnels, l'auteur en ajoute 26 recueillis dans la littérature médicale; il arrive ainsi à un total de 31 observations avec 28 autopsies qui lui permettent de tracer une esquisse des troubles hépatiques consécutifs aux affections du cœur dans le jeune âge.

En ce qui concerne la pathogénie de ces lésions, on sait que M. Hutinel a soutenu qu'elles dépendent le plus souvent d'une symphyse péricardique déterminant une stase veineuse, laquelle, primitive et constante, constituerait parfois même la seule lésion; quant à la cirrhose portale ou biveineuse qu'on observe d'ordinaire en même temps, elle serait un élément infectieux surajouté, dû au rhumatisme dans des cas assez rares, à la tuberculose la plupart du temps : c'est là le foie *cardio-tuberculeux;* or, dans 15 des 31 observations relatées par M. Constantinoff, il n'y avait pas de tuberculose; il semble donc que l'importance de cette infection, quoique réelle, ait été quelque peu exagérée. Dans ces 15 cas, il s'agissait de foie cardiaque pur, et, sauf dans un, le rhumatisme pouvait être considéré comme la cause efficiente des lésions du cœur.

Au point de vue symptomatologique, le signe le plus fréquent est l'ascite, qui n'a manqué que 5 fois; elle est souvent remarquable par l'abondance du liquide et le nombre des ponctions qu'elle nécessite; l'hypertrophie du foie est constante; elle existe même quand l'ascite fait défaut, mais, en cas d'épanchement considérable, ce n'est qu'après la paracentèse qu'on peut nettement l'apprécier; quant à l'hypertrophie de la rate, qui fut notée dans 21 cas, elle est en général peu marquée; c'est là un précieux élément de diagnostic entre la cirrhose cardiaque et la maladie de Hanot; un ictère intense et généralisé est exceptionnel; mais le subictère n'est pas rare, car il est signalé 10 fois.

Ajoutons que la mort survient soit par le cœur — c'est le cas le plus fréquent —, soit par le foie (ictère grave, hémorrhagies), soit par tuberculose pulmonaire, pleurétique ou méningée.

Relativement à l'anatomie pathologique des lésions constituant le foie cardiaque de l'enfant, l'auteur estime que la stase veineuse est le phénomène essentiel : existant seule dans 16 cas, elle était encore prédominante dans les 12 autres, où elle coïncidait avec une cirrhose diffuse mais peu importante. Cette dernière, qui peut être portale ou sus-hépatique, ne dépendrait nullement de la tuberculose, car on l'a trouvée 3 fois en dehors de cette infection; elle serait l'expression d'une *diathèse inflammatoire généralisée*, se traduisant fréquemment par de la pleurésie, de la péricardite ou de la péri-hépatite; parfois peut-être est-elle causée par une auto-intoxication d'origine intestinale.

Le diagnostic de la cirrhose cardiaque devra être fait d'avec la *péritonite chronique séreuse simple*, dont la réalité ne saurait être contestée, bien que certains cas publiés comme tels soient probablement des exemples de cirrhose cardiaque; ici, la constatation d'une symphyse cardiaque sera parfois le seul signe permettant de trancher la question en faveur de la cirrhose cardiaque; d'avec la *péritonite tuberculeuse ascitique*, reconnaissable en général à la diarrhée ou aux alternatives de diarrhée et de constipation, à la douleur abdominale, à la présence dans le ventre, après évacuation de l'ascite, de nodosités ou d'une sensation de résistance profonde; enfin, d'avec la *cirrhose syphilitique tardive*, pour laquelle le traitement spécifique intensif est une pierre de touche presque infaillible.

La thérapeutique médicamenteuse étant à peu près sans effets contre la cirrhose cardiaque, M. Constantinoff n'hésite pas à déclarer que la laparotomie, qui est généralement bien supportée par les enfants, lui paraît être le traitement de l'avenir, au moins pour les cas où l'ascite est très abondante et se reproduit rapidement après la ponction. (*Thèse de Genève*, 1901.) — F. F.

Des symptômes pupillaires précoces de la syphilis acquise, par M. SULZER.

Ayant eu l'occasion d'examiner, dans le service de M. Brocq, 53 jeunes femmes au début de l'évolution de la syphilis, l'auteur a relevé chez 14 d'entre elles des troubles des réflexes pupillaires.

Dans 12 de ces 14 cas, il s'agissait du signe d'Argyll Robertson, c'est-à-dire que la réaction à la lumière était abolie ou du moins affaiblie, alors que le réflexe accommodateur persistait inaltéré; dans un autre, les pupilles ne réagissaient ni à la lumière ni à la convergence; dans le dernier enfin, on notait le phénomène inverse du signe d'Argyll Robertson : la réaction à la lumière étant conservée, le réflexe à l'accommodation était aboli. Il convient d'ajouter que chez toutes ces patientes l'accommodation était normale, ce qui permet d'écarter tout soupçon d'ophtalmoplégie interne.

Sans qu'il lui soit possible de rien affirmer à ce sujet, M. Sulzer croit que ces troubles sont très précoces; ils appartiennent sûrement à la première année de l'infection; le plus souvent, ils débuteraient dès le troisième mois après l'accident primitif. Ils semblent, en tout cas, essentiellement passagers : chez certaines de ces malades, il a été donné à l'auteur d'assister à leur éclosion et à leur disparition, et il les a vus évoluer dans un laps de temps de quatre à six semaines. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, mars 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Le tabes chez la femme, par M. E. MENDEL.

On manque de données précises sur la fréquence du tabes dans le sexe féminin : la plupart des traités de pathologie nerveuse se contentent d'indiquer que cette affection est beaucoup moins commune chez la femme que chez l'homme.

Sur un total de 42,464 malades de sa policlinique, comprenant à peu près également des individus des deux sexes, M. Mendel a compté 725 cas de tabes chez des hommes contre 288 chez des femmes; la proportion est donc de 2.5 : 1; elle concorde exactement avec celle qu'a relevée Hoffmann à la clinique de Westphal. Mais dans la clientèle privée, les résultats sont tout différents : c'est ainsi que l'auteur n'a noté qu'un seul cas de tabes féminin contre 25 de tabes masculin ; dans les mêmes conditions, Erb en a observé un contre 19.5 et Fournier un contre 26. Il en est donc du tabes, chez la femme, comme de la paralysie générale : pour cette dernière affection, une femme est atteinte contre trois hommes dans les classes pauvres, tandis que dans les classes aisées la méningo-encéphalite est huit à dix fois plus fréquente chez l'homme.

Le plus grand nombre de cas de tabes féminin surviennent entre trente-cinq et quarante-cinq ans, c'est-à-dire un peu plus tard que chez l'homme.

Sur 252 femmes mariées atteintes de tabes, 83, soit 32.9 %, étaient sans enfants; 55 n'avaient pas eu de grossesse; les autres avaient fait des fausses couches, ou leurs enfants étaient morts peu après la naissance. Si l'on admet qu'il y a une moyenne de 10 à 12 % de ménages sans enfants, on arrive au résultat que la stérilité est trois fois plus fréquente parmi les tabétiques que chez les femmes normales. Ce fait est d'autant plus frappant que le tabes débute le plus souvent à un âge où la femme, d'ordinaire, a déjà eu le plus grand nombre de ses grossesses. On peut donc admettre que la stérilité ne relève pas de la lésion médullaire elle-même, mais bien d'un état pathologique antérieur empêchant la conception ou interrompant la gros-

sesse. En outre, pour les femmes tabétiques ayant des enfants vivants, M. Mendel a fréquemment noté une mortalité infantile effrayante. Ainsi une malade de cinquante et un ans, ayant eu deux fausses couches, avait mené à bien 15 grossesses; de ces 15 enfants, 10 moururent au cours de la première année. Si l'on se rappelle que la syphilis est une cause très efficace de stérilité, il est difficile, en présence de ces faits, de ne pas établir un rapprochement entre la syphilis et l'ataxie locomotrice.

Le tabes paraît évoluer plus lentement chez la femme que chez l'homme; la période ataxique y apparaît plus tard, les crises gastriques et autres y sont plus rares; chose curieuse, M. Mendel n'a observé dans le sexe féminin que deux cas d'arthropathies. Par contre, l'amaurose totale y semble plus fréquente: l'auteur en a vu 21 cas. Le tabes a en général une allure plus bénigne chez la femme que chez l'homme, présentant en cela une certaine analogie avec la paralysie générale. De toutes les complications du tabes, l'hystérie est celle que l'on note le plus souvent. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janvier 1901.) — A. J.

Sur une forme héréditaire d'atrophie musculaire progressive spinale, par M. J. Hoffmann.

L'auteur, ayant observé 4 nouveaux cas de la variété d'atrophie musculaire progressive spinale d'origine héréditaire qu'il a décrite en 1893, donne une vue d'ensemble sur cette affection.

La maladie débute au cours de la première année, d'ordinaire entre le cinquième et le neuvième mois, et frappe des enfants jusque-là parfaitement bien portants et normaux. Le premier symptôme consiste en une diminution progressive de la motilité des membres inférieurs au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Les mouvements deviennent de moins en moins étendus et finissent par être complètement abolis tant pour la flexion et l'extension que pour l'abduction ou l'adduction. Puis, la parésie atteignant la musculature du dos et de l'abdomen, le petit malade ne peut plus s'asseoir ni se retourner dans son lit. Si on l'assied sans soutenir son dos, il s'affaisse soit en avant, soit de côté, soit en arrière, et est incapable de se redresser spontanément.

Au bout d'un certain nombre de mois ou d'années, l'affection envahit les muscles de la partie supérieure du dos, la nuque, le cou et les épaules; aux jambes, elle tend à gagner l'extrémité du membre. Dans cet état, l'enfant ne peut tenir la tête droite; les épaules sont abaissées et l'élévation des bras est impossible. Peu à peu, les muscles de l'avant-bras et de la main sont pris à leur tour, sans cependant être paralysés entièrement. Les organes des sens, les nerfs crâniens, les muscles de la face, de la langue et ceux du maxillaire inférieur restent intacts jusqu'à la fin.

La paralysie est flasque; les muscles sont atrophiés, mais cette atrophie est souvent masquée par un dépôt adipeux abondant. A une période avancée de la maladie, on observe généralement des déformations plus ou moins prononcées de la colonne vertébrale, de même que de la contracture au niveau des articulations coxo-fémorale et tibio-tarsienne. Les réflexes tendineux disparaissent rapidement; la réaction de dégénérescence se produit, mais il n'y a pas de contractions fibrillaires. Les réflexes cutanés sont diminués ou font entièrement défaut. La sensibilité est normale. Dans aucun cas on n'a observé de troubles de l'intelligence.

L'affection se termine par la mort au bout de un à quatre ans, du fait de complications pulmonaires dues à la paralysie des muscles du thorax.

A l'autopsie, on constate que tous les neurones périphériques moteurs situés au-dessous de l'hypoglosse, y compris les racines médullaires du nerf spinal, sont profondément dégénérés. Les cellules multipolaires des colonnes antérieures sont, de même, altérées et ont en partie disparu; la dégénérescence des nerfs moteurs périphériques s'étend jusque dans leurs ramifications intramusculaires. Les racines postérieures sont intactes, ainsi que la substance blanche de la moelle. Il en est de même du cerveau.

Le diagnostic ne présente pas de difficultés. La myopathie primitive du type Charcot-Marie suit une marche inverse, les muscles les plus éloignés du tronc étant pris les premiers et l'affection ayant un caractère ascendant. Au reste, les différents symptômes indiquent qu'il s'agit ici d'une lésion spinale et non d'une myopathie. D'autre part, le début insidieux, la marche progressive et la terminaison fatale permettent de distinguer facilement les troubles décrits par M. Hoffmann d'avec la paralysie infantile ou la polynévrite. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 novembre 1900.) — A. J.

Recherches expérimentales sur la transmission héréditaire de la tuberculose, par M. Friedmann.

La transmission de la tuberculose du père au fœtus par l'intermédiaire de sperme tuberculeux, sans intervention de la mère, est considérée théoriquement comme possible, voire même comme probable, mais elle n'a jamais été prouvée directement. Pour la démontrer, M. Friedmann, ayant enfermé avec un mâle une lapine qui venait de mettre bas — car c'est seulement alors que la fécondation est certaine —, a injecté dans le vagin, immédiatement après le coït, quelques gouttes d'une émulsion très diluée d'une culture pure de bacilles de Koch virulents.

Une heure plus tard, le liquide adhérent au col utérin contenait de rares bacilles tuberculeux au milieu de nombreux spermatozoaires.

Les animaux en expérience furent sacrifiés au cours de la première semaine à partir de la fécondation, dans le but de rechercher si les embryons renfermaient des bacilles de Koch. Cette recherche fut positive dans tous les cas. Les bacilles étaient surtout abondants à l'intérieur des cellules du blastoderme; quelques-uns se trouvaient dans l'espace laissé libre par la rétraction du blastoderme, entre celui-ci et la zone pellucide; on en rencontra fréquemment aussi dans le liquide coagulé qui remplissait la vésicule germinative.

Par contre, l'examen des organes de la mère donna toujours un résultat négatif. En particulier, on ne réussit jamais à constater la présence de bacilles dans la muqueuse de l'utérus ou du vagin. Tous les microorganismes n'ayant pas pénétré dans l'œuf semblaient avoir été éliminés du canal génital.

Il sera intéressant de répéter ces expériences en laissant vivre la mère plus longtemps, de façon à se rendre compte de la manière dont se développent les bacilles dans l'embryon. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 février 1901.) — A. J.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un procédé pratique pour assurer l'oblitération du moignon résultant de la résection de l'appendice.

Dans le traitement chirurgical de l'appendicite, rien de ce qui touche au perfectionnement du manuel opératoire de la résection de l'appendice ne saurait être négligé, et cela d'autant plus que la technique habituelle de cette intervention n'est pas encore tout à fait exempte d'inconvénients. C'est ainsi que, dans nombre de cas, on se contente, pour tout traitement du moignon appendiculaire, de faire une simple ligature à la base de l'appendice et d'appliquer la pointe du thermocautère sur la muqueuse sectionnée. Il est permis de se demander si les complications (abcès, fistules stercorales, etc., etc.) qu'on observe à la suite de la résection de l'appendice ne sont pas dues, tout au moins en partie, à cette pratique défectueuse. L'enfouissement du moignon appendiculaire dans un pli du cæcum (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 195) ne met pas non plus toujours à l'abri d'accidents infectieux post-opératoires. D'autre part, si le procédé employé par le professeur Kocher (de Berne) — et qui consiste à confectionner une manchette musculo-séreuse qu'on rabat sur le moignon provenant de l'exérèse de la muqueuse au thermocautère, après ligature préalable, et à compléter ces manœuvres par une suture de Lembert — offre toutes les garanties voulues de sécurité, il n'en reste pas moins que sa réalisation n'est pas toujours facile et demande beaucoup de temps.

Aussi, M. le docteur O. Lanz, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Berne, a-t-il cherché à assurer l'oblitération du moignon appendiculaire par un procédé plus expéditif. Notre confrère a eu l'idée d'utiliser à cet effet le principe sur lequel repose la méthode d'hémostase introduite au cours de ces dernières années, d'abord dans la gynécologie opératoire et, ensuite, dans la chirurgie générale et connue sous le nom d'*angiotripsie* (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 472, 1898, p. 235 et 293). M. Lanz s'est demandé si, en broyant l'appendice au niveau de son abouchement dans le cæcum, on ne parviendrait pas à obtenir une déchirure des tuniques musculaire et muqueuse avec rétraction consécutive de ces deux membranes dans la paroi cæcale, de façon que le moignon fût constitué seulement par les deux feuillets séreux soudés en quelque sorte ensemble. L'expérience est venue justifier complètement cette prévision, et, sur une centaine de cas dans lesquels notre confrère a pratiqué la résection de l'appendice à froid en la faisant précéder de l'écrasement de cet organe entre les mors d'une pince et en liant ensuite le moignon séreux, il n'a eu à déplorer aucun accident.

Ajoutons que, de son côté, M. le docteur Girard, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Berne, a également recours à l'écrasement de l'appendice, qu'il fait suivre de l'application d'une suture sur les parties broyées.

Traitement des vertiges auriculaires par l'application locale de l'électricité statique.

Un confrère belge, M. le docteur Libotte (de Bruxelles), traite, depuis quelques années, les états vertigineux chroniques dus aux lésions du labyrinthe, des canaux semi-circulaires, de la racine vestibulaire du nerf auditif, etc., par l'électricité statique en application locale. A cet effet, il se sert d'une électrode auriculaire constituée par une tige en bois renfermant au centre un fil en graphite et terminée par un embout en ébonite. Le patient étant placé sur le tabouret isolant et relié au pôle positif de la machine, on transmet par l'électrode auriculaire l'aigrette du pôle négatif. On impressionne de la sorte le tympan et les osselets et on excite la contractilité de leurs muscles, qui sont en général atrophiés. A l'aide d'un excitateur en bois se terminant par une partie métallique, il est facile de régler rapidement l'intensité du fluide suivant la susceptibilité plus ou moins grande du malade, de façon à ne provoquer aucune sensation douloureuse.

Avec ce procédé, exempt des inconvénients propres au traitement médicamenteux (bromures, pilocarpine, quinine, etc.), les vertiges, les céphalalgies et les bourdonnements d'oreilles disparaîtraient rapidement, en même temps que l'ouïe s'améliorerait d'une manière sensible.

Traitement de la blennorrhagie par le procédé de Janet modifié.

D'après M. le docteur P. I. Botchkovsky (médecin militaire russe), il y aurait avantage à modifier la technique habituelle des grands lavages de l'urèthre au permanganate de potasse (Voir *Semaine Médicale*, 1893, Annexes, p. X-XI), en portant la température de la solution médicamenteuse non pas à 37° environ, comme on le fait d'ordinaire, mais à 50°, voire même à 55°. Sur 24 malades chez lesquels notre confrère a eu l'occasion de pratiquer ces injections très chaudes de permanganate de potasse, en élevant progressivement le titre de la solution de 1/6000e à 1/2000e et parfois à 1/1000e, 23 ont été guéris après un nombre d'irrigations qui a varié de neuf à quarante-sept. On n'a enregistré qu'un seul insuccès, dans un cas de blennorrhée ancienne et absolument rebelle à tous les moyens de traitement. Les lavages en question ne donneraient lieu à aucun phénomène fâcheux, alors même qu'on les répéterait deux fois par jour.

Si l'on rapproche les observations de M. Botchkovsky des résultats que M. le docteur Ch. Woodruff a récemment obtenus dans le traitement de la chaudepisse aiguë par des irrigations d'eau salée *très chaude* (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 104), on peut supposer que la température du liquide à injecter dans l'urèthre constitue un des principaux facteurs de la cure de la blennorrhagie et que, en définitive, la chaleur joue à cet égard un rôle plus important que l'action bactéricide de la solution employée.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des phlébites puerpérales et, en particulier, de leurs différentes modalités et de leurs signes précoces.

I

En présence des enseignements fournis par la clinique obstétricale, il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de ne pas reviser la description classique de la phlébite puerpérale, qu'on l'envisage dans sa variété utérine ou qu'on s'en tienne au tableau de la *phlegmatia alba dolens;* il faut bien reconnaître, en effet, que les manifestations infectieuses puerpérales envahissant le système veineux offrent des modalités essentiellement variables et présentent des formes très dissemblables. Ces différences doivent arrêter un instant la réflexion des cliniciens; elles nous autorisent à nous demander si nous avons affaire, dans tous les cas, au même agent infectieux, au même microorganisme; en un mot, est-ce toujours le seul et même streptocoque qui cause des états aussi divers? Est-ce son plus ou moins de virulence qui explique les variations des accidents infectieux portant sur le système veineux? Nous savons bien que le streptocoque peut produire du pus, des érysipèles ou des fausses membranes; toutefois nous nous demandons si, un jour ou l'autre, on ne trouvera pas dans les caillots infectés des microorganismes de nature multiple et variée.

Si les phlébites sont en général, mais non toujours, des manifestations atténuées et tardives de l'infection, si un virus atténué défigure plus ou moins les symptômes de l'infection type, nous ne pouvons néanmoins nous empêcher de faire cliniquement des réserves sur la constance du microorganisme qui produit les phlébites, et ne pas remarquer que, dans les infections sévères, où l'analyse microbiologique décèle l'existence de nombreux et seuls streptocoques, les phlébites sont plutôt rares; c'est au contraire dans le cours de suites de couches presque physiologiques, avec faible élévation de la température et lochies fétides, qu'elles sont le plus fréquentes; ce sont là surtout des infections à anaérobies, colibacille, vibrion septique, etc., car l'on sait que, dans les infections à streptocoque, les lochies n'ont pas d'odeur. Comment, en outre, les streptocoques, agents si infectieux, peuvent-ils envahir l'organisme, s'y cultiver plus ou moins longtemps, sans élever la température? Or, les cas où la phlébite se montre après des suites de couches physiologiques, tout en étant exceptionnels, n'en existent pas moins: personnellement, nous avons observé trois faits où pendant les quinze ou dix-sept premiers jours la température, prise matin et soir, n'a jamais dépassé 37°2 ou n'a atteint qu'une fois 37°4, et où cependant une phlébite a envahi un des membres inférieurs; parfois même, au moment où la localisation infectieuse se faisait sur le système veineux, la phlébite évoluait d'une façon entièrement apyrétique.

Pour nous, les diversités dans l'apparition, la marche et la terminaison de ces infections veineuses, nous permettent de croire qu'il faut incriminer des infections associées et variées.

Il est, enfin, une autre notion, qui nous amène à penser qu'un même microorganisme ne doit pas toujours, à lui seul, causer les phlébites puerpérales; cette notion, nous la tirons de ce fait que, dans d'autres infections (cancer, tuberculose, fièvre typhoïde, appendicite), on voit également se produire la phlegmatia; c'est ainsi que M. Chantemesse a pu déceler la présence du bacille de Koch dans le caillot d'une veine thrombosée chez un tuberculeux.

Que la gravité ou la bénignité des phlébites soit en rapport avec le degré de virulence des streptocoques, cela ne fait aucun doute, mais nous estimons aussi que cette gravité ou cette bénignité tient parfois à la diversité des agents infectieux.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce point, ayant voulu seulement poser la question avant d'entrer dans les considérations cliniques qui font surtout l'objet de cet article.

II

Les phlébites puerpérales semblent plus fréquentes aujourd'hui qu'il y a dix ans; en outre, on les rencontre plus souvent dans la clientèle de ville que chez les malades des hôpitaux; on pourrait nous objecter, pour expliquer cette inégalité de fréquence, que les accouchées, dans les maternités, ne restent pas assez longtemps soumises à notre observation; mais on ne saurait nier que très peu d'accouchées reviennent réclamer des soins pour une *phlegmatia alba dolens*, et que, dans les différents services de médecine, les cas de phlébite *post-partum* sont plutôt rares.

Depuis que nous dirigeons le service de la maternité de Tenon, nous avons constaté 16 cas de phlegmatia sur 4,000 accouchements, soit 4 ‰; cette proportion est certainement moins élevée que celle qu'on relève dans la clientèle de la ville; pour qu'elle fût la même dans les deux cas, il faudrait, par exemple, qu'un praticien faisant par an 100 accouchements en ville ne vît, en dix ans, que 4 phlébites. Nous en appelons au souvenir de tous, cette proportion n'est malheureusement pas exacte, et, pour expliquer cette fréquence variable, nous sommes forcés d'admettre que les conditions d'asepsie sont plus facilement réalisées à l'hôpital qu'en ville.

Si nous continuons à dépouiller le dossier de nos 16 observations hospitalières, nous voyons que 12 fois une seule jambe a été prise, tandis que 4 fois les deux membres inférieurs ont été atteints successivement.

Enfin, il est deux points que nous désirons bien faire ressortir, parce qu'ils nous semblent apporter un peu de lumière; nous voulons parler de l'époque de l'apparition de la phlébite et de la marche de la température.

Pour ce qui est du début des manifestations veineuses, 6 fois la phlegmatia est survenue du troisième au huitième jour, 10 fois du douzième au vingt et unième. Cette apparition précoce des accidents ne concorde pas avec ce qu'on enseigne, ni avec ce qu'on voit le plus souvent; elle ne doit pas être oubliée, et il nous a paru intéressant de la relever; nous ajouterons que, dans ces cas, les femmes présentaient déjà de l'élévation de la température au moment de l'accouchement.

L'examen de la courbe thermique est extrêmement instructif, et vient, ce nous semble, à l'appui de notre opinion touchant la nature des agents infectieux associés et multiples.

En effet, dans 3 cas, la phlébite s'est montrée alors qu'il n'y avait eu aucune élévation de température dans tout le cours des suites de couches, la fièvre n'ayant débuté qu'avec la phlegmatia; bien plus, dans un fait, la température ne s'éleva ni dans le cours des suites de couches, ni pendant la production et l'évolution de la phlébite; enfin, chez une femme dont les suites de couches avaient été pathologiques pendant un certain temps, la phlébite se produisit lorsque la température était redevenue normale, et évolua sans provoquer d'élévation de température; voici donc 5 cas exceptionnels où la marche de la température a été en opposition avec ce que l'on observe d'ordinaire. Quand nous disons que chez ces malades la phlegmatia s'est montrée dans le cours de suites de couches physiologiques, nous entendons dire que la température n'avait pas dépassé 37°4; il en résulte qu'une phlébite peut apparaître alors que la température n'a atteint qu'une fois 37°4, si bien que, même quand les suites de couches sont dites physiologiques, on peut assister un moment ou l'autre à la production d'une phlegmatia, susceptible, de son côté, d'évoluer sans ascension de la température; ces faits nous donnent l'explication de certaines morts subites chez des accouchées dont la santé paraissait absolument satisfaisante.

III

Si le mode d'apparition, la marche et la symptomatologie de la phlegmatia sont assez connus pour que nous ne nous attardions pas à les décrire, nous désirons, par contre, attirer l'attention sur quelques phénomènes importants qu'on peut observer avant le début de la localisation infectieuse sur le membre inférieur: nous voulons parler de la dyspnée, du point de côté et des phénomènes stéthoscopiques. Ces signes *préphlébitiques* nous semblent surtout fréquents dans les cas où les suites de couches ont été physiologiques jusqu'au moment où apparaissent les premiers accidents veineux; au bout d'un certain temps, quinze à vingt jours, dans le cours de cette période latente de la phlébite, la femme se plaint d'un malaise général mal déterminé; ce malaise, caractérisé par un peu de difficulté à respirer, peut durer de vingt-quatre à trente-six heures; puis la scène change brusquement, et affecte de suite une allure effrayante; la malade est alors prise subitement d'un point de côté généralement très douloureux, parfois atroce, rappelant en petit le début de la pleurésie diaphragmatique; une partie du thorax est immobilisée, la respiration devient courte, fréquente et suspirieuse; les douleurs irradient à une épaule, et sont exaspérées par la pression soit sur le trajet du phrénique, soit sur les attaches antérieures du diaphragme; parfois il y a un vomissement, toujours un état nauséeux; en même temps, la patiente est en proie à une angoisse inexprimable; la voix est brève, entrecoupée, la respiration anhélante. La percussion du thorax ne donne rien, et le plus souvent l'auscultation ne permet de constater qu'un affaiblissement du murmure vésiculaire. Généralement, au bout de vingt-quatre heures, la douleur de côté devient moins vive et l'oppression moins marquée; en un point limité de la poitrine, en arrière, dans le tiers inférieur, l'auscultation fait découvrir un foyer de râles humides sous-crépitants qui s'accompagnent, au bout de quelques jours, de signes permettant d'affirmer l'existence d'une petite couche de liquide dans la plèvre; il s'est fait un foyer de pleuro-pneumonie, ou plutôt il s'est produit un infarctus apoplectique ayant déterminé, par son voisinage pleural, la formation d'un épanchement qui ne devient généralement pas considérable. Cet infarctus pulmonaire est le résultat de l'arrivée de fines embolies constituées, croyons-nous, moins par des caillots que par des colonies d'agents infectieux; ce sont là des embolies *bénignes* du poumon, bénignes par opposition avec celles qui surviennent dans le cours d'une phlegmatia en voie d'évolution, et qui tuent soit par leur volume, soit par leur nature (caillots de phlébite suppurée). Leur caractère de bénignité est en rapport avec la marche de la température durant les suites de couches jusqu'au moment de la production de l'infarctus: nous avons toujours vu, jusqu'à présent, guérir les femmes chez lesquelles la température n'avait pas atteint 38° au cours des suites de couches.

En résumé, antérieurement à la localisation de l'infection sur le système veineux d'un membre inférieur, on peut voir se produire des embolies bénignes des poumons, suivies, au bout de vingt-quatre heures en général, de l'apparition d'une *phlegmatia alba dolens* affectant le même côté que la douleur thoracique.

Le plus souvent, si, au bout d'un temps variable, la phlegmatia envahit le second membre inférieur (phlegmatia à bascule), les mêmes signes thoraco-pulmonaires se manifestent à nouveau, mais d'ordinaire d'une façon atténuée;

parfois, on peut constater une expectoration sanglante, « gelée de groseille ».

La guérison survient au bout de vingt-cinq à trente jours : les signes pulmonaires s'amendent peu à peu; la zone d'infarctus paraît se circonscrire; si l'exsudat pleural est assez considérable, on perçoit un souffle doux, éloigné, avec un peu de pectoriloquie, mais jamais, dans ces cas, nous n'avons constaté un épanchement qui, par sa purulence, ait nécessité la thoracotomie, ou dont la quantité ait obligé à faire la thoracentèse.

Il est évident qu'antérieurement à ces embolies pulmonaires bénignes, il se fait *primitivement* un coagulum sanguin; il y a tout d'abord, dans un sinus utérin ou dans une veinule péri-utérine, une poussée phlébitique à évolution lente et insidieuse, qui devient le point de départ des embolies et de la propagation des lésions aux veines du petit bassin et des membres inférieurs. Cette existence primitive de la phlébite utérine est démontrée cliniquement par l'apparition d'une douleur au niveau d'une des cornes utérines ou des ligaments larges; cette douleur est généralement peu intense, il faut la chercher; elle survient soit dans les mouvements que fait l'accouchée, soit surtout à la pression digitale vers le hile de l'utérus; elle est constante, et accompagne toujours les signes traduisant les embolies pulmonaires. Ce n'est qu'un ou deux jours après l'apparition de cette douleur abdominale et après la production des embolies pulmonaires que vont se manifester les symptômes propres à la *phlegmatia alba dolens*, symptômes sur lesquels nous n'avons pas à insister; mais nous ajouterons que l'étendue et la durée de cette phlegmatia ne sont nullement en rapport avec l'intensité des phénomènes pleuro-pulmonaires.

IV

Cette physionomie particulière des suites de couches, traversées par un tableau quasi-dramatique à un moment où les choses semblent marcher pour le mieux, nous a paru intéressante à décrire; il nous a, d'autre part, semblé nécessaire d'attirer l'attention sur ces formes infectieuses latentes, sans nous prononcer sur la nature ou les qualités virulentes des agents septiques qui semblent subitement tirés de leur sommeil pour les produire, d'autant plus que certaines femmes y paraissent plus particulièrement prédisposées, soit par hérédité, soit par constitution : il existe des phlébites pour ainsi dire familiales (1); elles surviennent chez les femmes grasses, à type neuro-arthritique.

Nous en avons observé l'exemple suivant :

La mère d'une de nos clientes avait eu une phlébite suite de couches; ses deux filles eurent également chacune une phlébite *post-partum*. L'aînée, accouchée à Paris, après des suites de couches sans élévation de température, fut prise le dix-huitième jour d'un point de côté et d'angoisse respiratoire, suivis de signes d'épanchement pleural peu considérable; quelques jours après apparut une phlébite de la jambe droite, puis de la jambe gauche. Cette femme guérit, mais sa sœur mourut subitement, emportée par une embolie pulmonaire alors qu'elle était sur le point de se relever de couches; nous ne pouvons fournir aucun détail sur la physionomie du *post-partum* dans ce cas, la malade ayant accouché en province.

Il semble donc que certaines accouchées aient une prédisposition aux localisations infectieuses sur le système veineux, comme le démontre la production de ces phlébites familiales survenant alors même que les suites de couches paraissent suivre un cours normal et physiologique.

Dr A. Boissard,
Accoucheur de l'hôpital Tenon.

(1) E. Hirtz et Hannequin. Hérédité veineuse; phlébites familiales. (*Bullet. méd.*, 1er mai 1901.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juin 1901.

Nouvelle méthode permettant de reconnaître le bacille d'Eberth dans l'eau.

M. Chantemesse. — Le séjour du bacille d'Eberth dans l'eau ayant pour effet de lui faire perdre certains des caractères qui permettent de le distinguer, je me suis efforcé de trouver une méthode qui lui rendît ces caractères. Dans ce but, j'ensemence les eaux suspectes d'abord dans un milieu dit *de prolifération et de culture*, puis dans un milieu *de différenciation*. Voici comment je procède :

L'examen de l'eau à analyser porte sur 6 litres; dans le récipient renfermant cette eau, une bougie Chamberland stérilisée, et dans laquelle on fait le vide, arrête sur sa surface externe tous les microbes. On lave alors cette bougie avec 200 grammes d'une solution stérile de peptone à 3 %. On obtient ainsi un liquide trouble que l'on place à l'étuve à 37° dans un bocal à large goulot, fermé par un bouchon de caoutchouc percé de quatre trous; dans le premier trou pénètre une petite bougie poreuse filtrante; par le second, un tube de verre muni en haut d'un bouchon de ouate amène au fond du liquide de l'air qui vient y barboter constamment; dans le troisième s'engage un tube de verre destiné à faire le vide; le quatrième, enfin, reçoit un tube de verre, mis par sa partie supérieure en communication avec un vase rempli d'eau peptonisée stérile à 3 %. Quand l'appareil est en marche, à l'aide de tuyaux d'aspiration actionnés par une trompe à eau on fait le vide dans le flacon pour y aspirer et y faire barboter l'air; ensuite, le moment venu, on soutire, par aspiration à travers la bougie, le liquide qui a servi à la culture et qui entraîne avec lui les produits solubles des sécrétions microbiennes, tandis que les germes sont retenus dans le vase et sur les parois de la bougie; il ne reste plus qu'à faire pénétrer dans le récipient, par le tube à ce destiné, de l'eau peptonisée; la culture et le barbotage de l'air recommencent alors dans un bouillon frais. Le changement de liquide usé doit être fait toutes les douze heures, une ou deux fois.

Le bocal renferme ainsi une culture extrêmement riche en microbes, où toutes les espèces — y compris le bacille typhique — capables de pulluler à 37° dans un milieu aussi favorable que l'eau peptonisée très aérée, ont abondamment proliféré et ont retrouvé la jeunesse et l'énergie. Le bouillon de culture est ensuite placé dans le centrifugeur pendant environ une demi-heure, puis décanté. Au fond des tubes de centrifugation s'est déposé un magma épais, formé surtout de microbes assez volumineux, peu mobiles, ou de chaînettes de microcoques, tandis que la plupart des bacilles typhiques, minces, très mobiles, munis de cils vibratiles, restent en suspension dans le liquide. Aussi est-ce ce dernier qui servira à ensemencer le milieu de différenciation.

Celui-ci est composé d'eau peptonisée à 3 %, additionnée de 2 % de gélose et cuit à l'autoclave à 120° pendant trois quarts d'heure, afin de supprimer l'expulsion d'eau que détermine la solidification de la gélose hâtivement préparée. Ce milieu doit être *parfaitement* neutre, et mis à l'abri de la dessiccation. Quelques minutes avant de l'utiliser, on lui ajoute 1 gr. 05 centigr. d'acide phénique cristallisé pour 1,000 grammes (il est important que l'addition de l'acide phénique soit faite au dernier moment, sans quoi le taux de cette substance s'affaiblit par suite de sa combinaison avec les matières organiques) : à cet effet, dans le milieu de culture fondu et maintenu au bain-marie à 46°, on verse, pour 50 grammes de gélose, 2 c.c. 1 d'une solution d'acide phénique cristallisé à 2.5 %.

Mais pour que ce milieu de différenciation donne les résultats attendus, il doit être utilisé sous forme d'une mince pellicule, de façon à n'obtenir que des colonies de surface, car ces colonies n'ont pas la même apparence que celles qui germent dans la profondeur, à l'abri de l'air. Dans ce but, une douzaine de tubes stérilisés plongés dans un bain-marie à 42° reçoivent chacun 2 c.c. environ de la gélose phéniquée; ils sont ensuite ensemencés avec un fil de platine trempé dans le premier bouillon sorti du centrifugeur, et qui suffit pour ensemencer successivement 4 tubes, de telle sorte qu'il dépose dans chacun d'eux un nombre de moins en moins grand de germes; pour ensemencer les 12 tubes, le fil de platine doit donc être trempé 3 fois seulement dans le liquide de prolifération. L'ensemencement pratiqué, les tubes sont portés l'un après l'autre dans un bain-marie à 46°, et la gélose, maintenue très liquide par cette température, est agitée doucement et roulée sur la surface interne du tube, qu'elle mouille partout. On retire ensuite le tube en le renversant le fond en haut et l'orifice en bas; la gélose fluide descend sur l'ouate, mais il reste, sur la surface interne du verre, une mince pellicule de gélose qui se solidifie en quelques instants par le fait du refroidissement. Le bouchon d'ouate et le culot de gélose qui le recouvre sont alors enlevés et remplacés par un bouchon de liège qui sort de la paraffine maintenue en fusion. Ainsi est assurée la fermeture hermétique du tube et empêchée la dessiccation de la gélose.

Mis à l'étuve à 37°, les tubes laissent se développer des colonies largement aérées, toutes en surface. De la seizième à la dix-septième heure, toutes les colonies de colibacille sont sorties; très rares sont celles qui naissent après ce laps de temps. A ce moment, on pointe à l'encre chaque colonie apparente à l'œil nu et on reporte les tubes dans l'étuve. De la dix-huitième à la vingt-quatrième heure, de nouvelles colonies très petites, et gardant toujours leur petitesse, deviennent visibles. Examinées à un faible grossissement, elles sont constituées par deux espèces microbiennes distinctes : les unes ont toujours une périphérie claire, translucide, transparente; ce sont des colonies de bacilles d'Eberth dont il reste à faire la preuve; les autres, de même volume que les précédentes, ont un centre foncé, entouré d'une zone jaunâtre; elles sont formées de microcoques. L'aspect de ces deux espèces de colonies est très caractéristique pour qui a l'habitude d'une telle recherche. L'examen est naturellement d'autant plus facile que les colonies ne sont pas trop nombreuses; une distance de 3 à 4 millimètres de séparation entre elles est nécessaire pour qu'elles puissent acquérir leur développement maximum. Il importe de délaisser pour l'examen les régions où l'exsudation d'eau hors de la gélose a provoqué par cheminement des contaminations.

Quand les petites colonies ont été reconnues à l'œil nu et explorées à un faible grossissement, on fait des prélèvements. Si les colonies sont assez volumineuses, on peut les dissocier dans un peu de bouillon; une partie du mélange, grâce à l'addition de sérum agglutinant antityphique, permet quelquefois de porter un diagnostic immédiat. Ce cas n'est pas fréquent, il faut d'ordinaire que le bouillon ensemencé ait fructifié pour qu'on puisse établir le diagnostic avec certitude. Pour cela, l'ensemencement est pratiqué dans du bouillon (eau peptonisée) additionné de lactose, dont la fermentation, comme je l'ai montré avec M. Widal (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 415 et 451), est un moyen précieux de diagnostic entre le colibacille et le bacille d'Eberth. Cette fermentation de la lactose se reconnaît par l'addition, au bouillon lactosé neutre, de teinture de tournesol : au bout d'un jour ou deux, le milieu rougit quand il s'agit du colibacille, tandis que le bacille d'Eberth le laisse violet et peu à peu le rend bleu; souvent même, il le décolore à sa partie inférieure, et le bleu reparaît par le vieillissement de la culture. Ce fait est peut-être en rapport avec la sécrétion d'une diastase réductrice ou toxine soluble qui, ainsi que je l'ai observé, peut se produire et se détruire en peu de jours.

La constatation de ce caractère (réaction du milieu lactosé, qui, neutre d'abord, devient peu à peu alcalin et jamais acide), jointe aux résultats de l'examen microscopique qui montrent la forme et la mobilité du bacille typhique, a une grande importance.

Il arrive, surtout dans les analyses d'eau où le bacille typhique a vécu longtemps, que les petites colonies en question sont formées de bacilles qui, par leur forme, leur mobilité et leurs réactions à la lactose, présentent tous les caractères du bacille d'Eberth, mais ne sont pas

agglutinables par le sérum d'animaux vaccinés contre le bacille typhique. Cette particularité ne suffit pas pour faire douter de la nature du microbe, car ces germes éberthiformes, bleuissant le bouillon neutre lactosé et tournesolé, inoculés pendant un certain temps à des cobayes ou à des lapins, provoquent dans le sérum de ces animaux l'apparition de la réaction agglutinante à l'égard du bacille d'Eberth parfaitement authentique. On peut même voir reparaître spontanément chez ces microbes éberthiformes retirés de l'eau, au moyen de cultures successives sur gélose, le pouvoir agglutinatif caractéristique de l'espèce.

Lorsqu'on ajoute à de l'eau de Seine naturelle du bacille typhique agglutinable, ou des matières fécales de typhoïdiques contenant le bacille agglutinable, on constate que ces microbes, vivant dans l'eau, conservent pendant une vingtaine de jours leurs propriétés d'agglutination; plus tard cette propriété disparaît, on ne la retrouve plus au bout de trente jours, de quarante-quatre jours, et cependant le microbe reste bien du bacille typhique, puisqu'on peut souvent lui restituer sa faculté d'agglutination; il a seulement perdu quelques-uns de ses attributs et une partie de son pouvoir pathogène.

La méthode que je viens de décrire demande trois ou quatre jours. Sa sensibilité est démontrée par les deux faits suivants: d'une part, dans l'eau de Seine coulant du robinet de mon laboratoire, j'ai toujours pu déceler le bacille d'Eberth; d'autre part, dans un récipient contenant une vingtaine de litres d'eau de rivière non stérilisée, j'ai ajouté une petite quantité de bacilles typhiques; au quinzième, au trentième et au quarante-quatrième jour, j'ai pu encore isoler ce microorganisme, au milieu de nombreuses autres espèces. Cette constatation prouve que le bacille d'Eberth ne meurt pas rapidement, ainsi qu'on l'a prétendu, quand il a envahi des eaux naturelles, même impures.

En ce qui concerne l'étiologie de la fièvre typhoïde, l'origine hydrique de cette affection tire sa source de la présence du bacille d'Eberth dans l'eau potable; mais le nombre et surtout la qualité de ces microorganismes varient beaucoup; ces germes sont parfois nombreux et virulents, parfois rares et affaiblis. Dans ce dernier cas, les conditions secondes d'étiologie, que la médecine traditionnelle a de tout temps — et à juste raison — invoquées, prennent une importance capitale : le surmenage, la misère physiologique, et peut-être une qualité particulière (estivo-automnale) de la flore intestinale, réalisent pour les bacilles typhiques ingérés quelque chose d'analogue à l'influence du milieu de prolifération et de rajeunissement qui fait la base de ma méthode.

M. Chavasse relate un cas de kyste dermoïde à contenu huileux situé au niveau de l'angle externe de l'orbite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mai 1901.

L'analgésie cocaïnique par voie rachidienne.

M. Walther. — Le 22 mai, chez une femme atteinte de végétations vulvaires, on a pratiqué dans mon service une injection de cocaïne dans le cul-de-sac arachnoïdien lombaire; la malade quitta l'hôpital une heure après l'intervention, mais elle se trouva si sérieusement incommodée, le jour même et pendant les jours suivants, qu'elle dut rentrer à l'hôpital. Actuellement encore, elle accuse une douleur rachidienne assez intense, depuis la nuque jusqu'à la partie inférieure de la région dorsale, et le moindre mouvement de la tête est extrêmement douloureux. Après avoir été pendant quelques jours dans l'impossibilité de se tenir debout, cette femme commence à marcher, mais elle est incapable de fléchir le tronc en avant. Il y a eu évidemment dans ce cas des accidents de méningisme, qui persistent, quoique atténués, huit jours après l'injection de cocaïne.

M. Kirmisson. — Il me paraît tout à fait regrettable que la malade ait dû quitter l'hôpital une heure après l'injection lombaire.

M. Reclus. — Je tiens à dire qu'il serait tout aussi imprudent de renvoyer un malade de l'hôpital quelques instants après une injection locale de cocaïne.

M. Guinard. — Je me demande si les vomissements et la céphalalgie signalés après la rachicocaïnisation ne sont pas dus à l'augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien consécutive à l'injection, et si l'on n'éviterait pas ces troubles en laissant, après la ponction, s'écouler une quantité de liquide égale à celle que l'on va injecter.

M. Tuffier. — Je considère la rachicocaïnisation comme une méthode si bénigne, que je vous conseille, pour apprécier toute sa valeur, de l'employer dans les cas les plus mauvais, chaque fois que vous aurez une raison quelconque de redouter l'anesthésie générale.

Les dangers de cette méthode ne me paraissent démontrés par aucun fait indiscutable, et je crois pouvoir maintenir les conclusions que j'ai déjà formulées (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 167 et 423).

Hystérectomie abdominale totale pour rétrécissement cicatriciel du vagin.

M. Delbet. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un travail qui nous a été adressé par M. Lévêque (de Saint-Germain-en-Laye). Il s'agit d'un cas d'atrésie vaginale consécutive à une injection d'acide sulfurique, chez une femme enceinte. Notre confrère se proposait de traiter ce rétrécissement, mais le travail ayant débuté, on dut pratiquer immédiatement l'opération césarienne, qui permit de retirer un enfant vivant.

M. Lévêque fit alors une hystérectomie abdominale totale, et sa malade a parfaitement guéri, malgré quelques incidents post-opératoires. Je crois que c'est le premier exemple publié d'hystérectomie abdominale totale pour rétrécissement cicatriciel du vagin. A mon avis, il n'y a aucune raison pour conserver l'utérus dans les cas de ce genre, après l'opération césarienne; son ablation me paraît, au contraire, tout à fait indiquée.

M. Potherat communique une observation de M. Dupraz (de Genève), relative à un cas de spina-bifida traité avec succès par l'ablation, chez un enfant de huit mois.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 mai 1901.

Phlébite oblitérante d'une veine sus-hépatique avec scléroses viscérales multiples.

M. Rendu communique l'observation d'un homme de trente-cinq ans qui entra dans son service pour une distension considérable du ventre, avec douleurs. L'examen de la région démontra que cette distension était due en partie à la présence d'une certaine quantité de liquide dans la cavité péritonéale, mais surtout à un tympanisme exagéré. En outre, après évacuation de l'ascite, on constata l'existence, au niveau de la région épigastrique, d'une tumeur dure, étalée, paraissant faire corps avec l'estomac. Le foie était légèrement augmenté de volume et les veines superficielles de la région hépatique avaient acquis un développement considérable. Etant données ces constatations, et en tenant compte de l'état de profonde dénutrition du malade qui ne pouvait plus tolérer aucun aliment, on crut avoir affaire à un cancer de l'estomac.

Cet homme ayant succombé quelque temps après son entrée à l'hôpital, on reconnut que l'estomac était le siège non d'une tumeur cancéreuse, mais d'une gastrite interstitielle chronique avec hypertrophie de ses parois. Il existait, de plus, une énorme congestion veineuse du lobe droit du foie et une phlébite adhésive d'une des grosses veines sus-hépatiques. Le cœur ne présentait aucune altération, mais la rate avait subi un commencement de sclérose.

Toutes ces lésions sont attribuables, d'après l'orateur, à une intoxication alcoolique chronique, mais la particularité intéressante de ce fait, c'est que, contrairement à ce qui s'observe d'ordinaire, l'alcool semble avoir respecté les vaisseaux portes et localisé son action destructive sur les vaisseaux efférents du foie.

M. Boinet (de Marseille) adresse la relation d'un cas de méningite cérébro-spinale suppurée qui a été traité par les bains chauds et le calomel, et qui s'est terminé par la guérison.

M. Lesage montre une malade chez laquelle s'est développée, à la suite d'une fièvre typhoïde, une hypertrophie bilatérale des muscles temporaux et massèters.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er juin 1901.

Diagnostic des fractures du crâne par la ponction lombaire.

MM. Tuffier et **Milian.** — La ponction lombaire peut faciliter, dans les cas douteux, le diagnostic de fracture du crâne, en montrant que le liquide céphalo-rachidien est coloré par du sang dont les éléments sont reconnaissables au microscope. Il importe seulement d'éviter l'erreur due à l'introduction de sang dans l'aiguille pendant la traversée des plans superficiels : il suffit pour cela de recueillir le liquide dans trois tubes différents, et de s'assurer qu'il a la même coloration dans les trois.

L'ensemencement du liquide céphalo-rachidien ainsi obtenu permet, en outre, de savoir si la fracture est infectée.

Il est clair qu'il peut y avoir fracture sans que le liquide soit coloré, si l'hémorrhagie est légère; par conséquent, un résultat négatif ne saurait faire repousser le diagnostic de fracture du crâne.

Aspect trouble des dilutions de sang leucémique.

M. Sabrazès (de Bordeaux). — Quand on ajoute une goutte de sang d'un sujet normal à vingt gouttes environ d'eau pure ou d'eau distillée, les hématies se dissolvent instantanément dans le liquide qui devient rouge et reste transparent; au contraire, si le sang provient d'un individu atteint de leucémie myélogène, le mélange est trouble, opalescent. L'examen comparatif des dilutions aqueuses de sang normal et de sang leucémique, placées côte à côte dans l'hémochromomètre, rend cette différenciation très facile, et l'œil le moins exercé distingue d'emblée le liquide qui est flou, opalescent (sang leucémique) d'avec celui qui est clair et transparent (sang normal).

Cette opalescence gêne le dosage colorimétrique de l'hémoglobine; elle est due à ce que les globules blancs, centuplés de nombre, ne sont pas immédiatement détruits par l'eau, comme les globules rouges, mais restent en suspension dans le liquide dont ils troublent la transparence. Aussi, pour pouvoir doser colorimétriquement l'hémoglobine, faut-il recourir à la sédimentation, en centrifugeant par exemple : par ce moyen, les leucocytes tassés au fond du tube forment un dépôt blanc grisâtre, hyalin, dont on peut apprécier la hauteur dans un petit vase gradué, tandis que le liquide qui surnage est tout à fait transparent et représente une solution d'hémoglobine dans l'eau.

Nous n'avons jusqu'à présent rencontré cette particularité de l'opalescence que dans la leucémie myélogène (150,000 à 700,000 globules blancs par millimètre cube), mais il est probable qu'on la trouvera également dans la leucémie lymphatique; on conçoit aussi *a priori* que, dans les leucocytoses d'un très haut degré, même constatation puisse à la rigueur être faite.

Propriétés chimiotactiques d'un sérum antituberculineux.

MM. F. Arloing (de Lyon) et **de Gebhardt** (de Budapesth) envoient une note dans laquelle ils disent avoir étudié, au moyens de sacs de baudruche introduits dans la cavité péritonéale, le pouvoir chimiotactique du sérum antituberculineux provenant d'une chèvre à laquelle MM. S. Arloing et L. Guinard avaient fait de nombreuses inoculations sous-cutanées de culture virulente de bacilles de Koch.

Ce sérum jouit de propriétés antitoxiques, mais non préventives ou curatives. Comparé à du bouillon de bœuf ordinaire, à du sérum de chèvre normale, il a toujours paru doué d'un pouvoir chimiotactique positif très développé (12 fois plus fort environ).

Cette action chimiotactique n'a pas de caractère spécial, car les diverses variétés de leucocytes sont attirées par ce sérum à peu près dans les mêmes proportions que par le sérum

de chèvre non traitée, sauf une très légère augmentation des polynucléaires.

En conséquence, la substance très chimiotactique existant dans ce sérum antituberculeux ne suffit pas à assurer la destruction phagocytaire du bacille de Koch et la protection de l'organisme.

Influence de la peau sur la coagulation du sang.

M. Milian. — L'augmentation de coagulabilité du sang à la fin d'une hémorrhagie, sur laquelle j'ai appelé l'attention dans la précédente séance, me paraît due à la sécrétion d'une substance coagulante par les cellules de la peau. J'ai pu, en effet, obtenir la coagulation d'un liquide ascitique non spontanément coagulable en y ajoutant une petite dose d'extrait aqueux de peau.

Il résulte de ces faits : 1° que la technique actuellement employée pour l'étude de la coagulation donne des renseignements sur le pouvoir coagulant de la peau, et non pas sur la coagulabilité vraie du sang; 2° que dans les maladies hémorrhagipares il existe, à côté de la crase sanguine, une « crase tissulaire » que modifierait peut-être une opothérapie appropriée; 3° que l'hémophilie peut être distinguée en hémophilie locale ou tissulaire et en hémophilie générale ou sanguine.

Au sujet de culicidés recueillis à Djibouti et en Nouvelle-Calédonie.

M. Laveran. — M. Kormorgant m'a envoyé récemment des moustiques qui ont été recueillis les uns à Djibouti, les autres en Nouvelle-Calédonie.

L'endémie palustre a beaucoup de gravité sur la côte orientale d'Afrique, tandis qu'elle est inconnue en Nouvelle-Calédonie; il était donc intéressant de comparer les culicidés existant dans ces deux régions.

Il résulte de mes recherches que, parmi les moustiques provenant de Djibouti ou des environs, il y a un grand nombre d'*Anopheles;* ceux-ci font, au contraire, absolument défaut parmi les insectes recueillis dans différentes localités de Nouvelle-Calédonie.

Ces observations confirment, en somme, celles qui ont été déjà faites sur un grand nombre d'autres points du globe, en montrant une fois de plus la relation qui existe entre l'endémie palustre et la présence d'*Anopheles*.

Mécanisme de l'analgésie cocaïnique.

M. Laborde. — Quand on injecte à la base de l'oreille d'un lapin, après section du sympathique cervical, 0 gr. 005 milligr. de cocaïne, il se produit une vasoconstriction absolue de la région auriculaire, en même temps qu'apparaît toujours une analgésie dans la sphère de l'injection.

Cette expérience prouve que les effets analgésiques de la cocaïne sont dus à l'action de cette substance sur les éléments vasculaires, ce qui n'empêche pas que les éléments nerveux proprement dits puissent aussi être directement impressionnés; mais dans la pratique des injections intrarachidiennes de cocaïne, cette dernière condition n'est pas réalisée, ce qui est du reste très heureux, car c'est là un des graves dangers de la méthode.

M. Hallion. — Je ne crois pas que les effets de la cocaïne soient subordonnés à son action vasoconstrictive; en effet, la simple anémie des éléments nerveux ne détermine jamais des effets comparables à ceux de la cocaïnisation.

La cocaïnisation épidurale en chirurgie nerveuse.

M. Chipault. — La cocaïnisation sous-arachnoïdienne étant contre-indiquée dans les interventions de chirurgie nerveuse, je me suis demandé s'il ne serait pas possible d'avoir recours à la cocaïnisation épidurale, en plaçant le malade soit dans la position de Trendelenburg, soit la tête en bas, et en faisant pénétrer dans le canal sacré une aiguille de 5 centimètres. J'ai obtenu par ce procédé une analgésie de la région fessière et de la partie postérieure des cuisses, ce qui m'a permis de pratiquer diverses opérations sur le périnée, le rectum, etc.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 22 mai 1901.

Les cures d'amaigrissement.

M. Stadelmann cite le cas d'une femme de trente-deux ans qui fut amenée dans son service pour des accidents alcooliques (hallucinations, délire, névrite, etc.). Les troubles psychiques s'amendèrent bientôt, mais les symptômes de névrite (douleurs, paralysie, atrophie) persistèrent et forcèrent la patiente à un repos presque absolu. Au bout d'un an, cette femme fut transférée dans un service de chirurgie où on l'opéra d'un double pied bot varus équin; elle dut encore, après cette intervention, garder l'immobilité; l'appétit était très vif, si bien que la malade, qui pesait 140 livres au début de sa maladie, atteignit le poids de 145 kilos.

Elle fut alors soumise à un régime d'amaigrissement, caractérisé par une dose d'albuminoïdes à peu près normale, mais par une diminution notable des graisses et des hydrates de carbone; une ration ne fournissant que 1,500, voire même 1,200 calories, l'ayant fait engraisser encore, on dut s'en tenir à une alimentation produisant 1,000 calories seulement. Sous l'influence de ce régime, la perte de poids fut de 1,500 à 2,000 grammes par semaine; toutes les six semaines on faisait une pause durant laquelle l'alimentation était réglée de façon que la malade restât en équilibre de poids. Au bout d'un an, cette femme quitta le service ayant perdu 60 kilos.

En terminant sa communication, M. Stadelmann fait la critique des divers traitements de l'obésité. Il croit devoir employer les moyens adjuvants (préparations thyroïdiennes, bains chauds, massage, etc.) qui, s'ils ne produisent objectivement aucun effet, ont du moins une action subjective utile. La cure de Debove (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 80 et 1901 p. 81-83), commode pour le médecin, lui paraît trop rigoureuse pour que les patients s'y soumettent sans infractions. Le régime de Harvey-Banting, outre les troubles digestifs que la viande, qui en fait la base, provoque souvent, contient une quantité assez considérable de graisse qu'il est impossible de séparer des fibres musculaires. Quant au traitement de Oertel, qui vise surtout la diminution des boissons, il a été inspiré par les excès de bière fréquents à Munich, où son promoteur fit ses observations; mais il semble inutile de limiter la quantité de boisson, si celle-ci est de l'eau, et si l'alimentation est bien réglée.

En somme, c'est à une cure ne différant de celle d'Ebstein que par l'abaissement de la dose de graisse (32 grammes au lieu de 80 à 90, de façon à ne produire que 1,000 calories environ, et non de 1,300 à 1,500) que M. Stadelmann a recours.

A propos du traitement des pyonéphroses graves.

M. F. Krause relate l'observation d'une femme de quarante ans qu'il a opérée avec succès pour une pyonéphrose grave. Il ne pouvait être question, dans ce cas, de conserver le rein, car il ne restait plus trace de parenchyme apte à fonctionner; aussi l'orateur se décida-t-il à faire l'extirpation de la glande rénale, intervention qui, facile au début, ne tarda pas à offrir de grandes difficultés. Après avoir pratiqué une incision allant du flanc jusqu'au voisinage de l'ombilic, M. Krause réséqua la douzième côte, enleva la capsule surrénale intimement soudée au péritoine et ouvrit ce dernier; il dut alors libérer le côlon descendant qui adhérait à la tumeur, ainsi que le pancréas, l'aorte et la veine cave. Bien que l'hémorrhagie eût été modérée, la malade présenta du collapsus, mais elle ne tarda pas à se rétablir complètement.

M. J. Israel estime, malgré ce succès, que la méthode suivie par M. Krause est pleine de dangers; pour lui, il emploie, dans les cas aussi graves, l'énucléation sous-capsulaire, qui permet d'éviter les complications résultant de la soudure de la tumeur avec les organes de voisinage. Quant à la résection de la douzième côte, il estime qu'on peut et doit s'en passer le plus souvent, car elle est susceptible de nuire et n'offre qu'une faible utilité.

Un cas de papillome du bassinet.

M. J. Israel communique un fait de papillome du bassinet, affection rare, puisque sur 74 cas de tumeurs malignes du rein, l'orateur n'en a observé que 3 exemples. Ces néoplasmes ont une malignité toute particulière, soit qu'ils envahissent le parenchyme rénal, soit qu'ils se propagent à l'uretère et à la muqueuse vésicale; aussi y a-t-il lieu, quand on procède à leur extirpation, d'enlever en même temps l'uretère en son entier.

Au point de vue clinique, les papillomes du bassinet se caractérisent par leur tendance aux hémorrhagies; en outre, en portant obstacle au cours normal de l'urine, ils déterminent la production d'une hydro ou d'une hématonéphrose par rétention; cette coexistence d'hématuries et de symptômes de rétention, en présence des troubles de l'état général (asthénie, cachexie) communs à tous les néoplasmes malins, doit faire songer à l'existence d'une tumeur papillomateuse.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

L'adénite subaiguë de l'aine à foyers purulents intra-ganglionnaires prétendue « simple », par MM. G. Marion et Ch. Gandy.

M. Nélaton a publié jadis dans ce journal une leçon dans laquelle, après avoir décrit la symptomatologie de l'adénite subaiguë de l'aine à foyers purulents intra-ganglionnaires, il concluait que cette forme morbide, tout en rappelant par son évolution torpide les adénopathies tuberculeuses, est d'origine simplement inflammatoire (Voir *Semaine Médicale*, 1890, p. 402). C'est l'étude de cette affection que MM. Marion et Gandy viennent de reprendre; mais, comme on le verra, ils arrivent à une conclusion tout à fait différente de celle de l'auteur précité, relativement à la nature de cette variété d'inflammation des ganglions inguinaux.

L'adénite dont il s'agit est caractérisée par l'apparition, dans l'aine, d'une petite tumeur plus ou moins douloureuse; au bout d'un laps de temps variable, mais assez court (d'un mois à six semaines, en moyenne), la tuméfaction, qui a acquis son complet développement, atteint le volume d'une noix ou d'un œuf de pigeon; elle forme alors une masse dure et résistante, mobile sur les plans sous-jacents et non adhérente à la peau; puis, peu à peu, cette dernière s'enflamme, devient violacée et adhère à la masse ganglionnaire; enfin la fluctuation apparaît successivement en divers points et, si l'on pratique une coupe, on remarque alors que les ganglions sont inégalement touchés, les uns étant simplement hypertrophiés et congestionnés tandis que les autres sont occupés déjà par un ou plusieurs abcès miliaires.

Dans tous les cas d'adénite inguinale subaiguë qu'ils ont observés, MM. Marion et Gandy ont fait l'examen bactériologique du pus, et cet examen est toujours demeuré négatif, ainsi que les essais de culture qu'ils ont tentés. Par contre, l'étude histologique des ganglions extirpés leur a fourni des données intéressantes : elle leur a montré, en effet, qu'il s'agit, dans les points les plus atteints, de larges foyers caséopurulents résultant de la fonte, puis de la suppuration d'amas d'éléments épithélioïdes avec cellules géantes; dans les endroits où les lésions sont moins accentuées, on peut encore retrouver, quoique plus difficilement, les travées épithélioïdes du reticulum ou les cellules géantes isolées, caractéristiques de l'infection tuberculeuse au début. Aussi les auteurs n'hésitent-ils pas à déclarer que la variété d'adénite en question est de nature tuberculeuse, au moins dans la majorité des cas, car la preuve manque pour les faits déjà nombreux qui ont été publiés jusqu'ici sans que l'examen histologique eût été

pratiqué. Cette opinion est, d'ailleurs, confirmée par les résultats de l'inoculation du pus au cobaye, laquelle est suivie de lésions locales ou générales ne renfermant pas, il est vrai, de bacilles de Koch, mais dont la structure ne laisse aucun doute sur leur origine tuberculeuse. Un autre argument est fourni par l'absence même de tout microbe banal dans le pus des adénites en cause, le fait de suppurations dans lesquelles il est impossible de déceler au microscope aucun microorganisme n'étant pas exceptionnel dans l'histoire de la tuberculose. Enfin, il convient de signaler que plusieurs de leurs malades présentaient des antécédents tuberculeux, soit personnels, soit héréditaires.

En ce qui concerne la pathogénie de cette adénite tuberculeuse, MM. Marion et Gandy — se basant sur ce que les ganglions atteints appartiennent au groupe dans lequel se jettent les lymphatiques du gland et du prépuce, et sur ce que, de plus, certains de leurs patients présentaient des lésions de ces organes (herpès, chancre mou) — admettent que la porte d'entrée de cette tuberculose locale de l'aine doit se trouver au niveau des organes génitaux. Ils trouvent l'explication des deux caractères fondamentaux de l'affection — guérison facile, allure subaiguë —, d'une part, dans ce fait qu'il s'agit d'une tuberculose atténuée, n'ayant que peu de tendance à envahir l'organisme et à se reproduire, et, d'autre part, dans cette circonstance que les irritations fréquentes de la muqueuse balano-préputiale peuvent créer et entretenir, du côté des voies lymphatiques, un état subinflammatoire exerçant une certaine influence sur l'évolution si spéciale de cette sorte d'adénite.

Au point de vue du traitement, ils repoussent absolument les injections modificatrices et l'incision simple, dont les mauvais résultats tiennent à la présence de lésions à des stades très divers de leur évolution dans les différents ganglions envahis; ils préconisent l'ablation large de toute la masse ganglionnaire indurée, à la façon d'une tumeur, quand il n'y a pas encore d'adhérences avec la peau et les plans sous-jacents, et le curettage suivi de l'attouchement de la plaie avec un antiseptique énergique (chlorure de zinc, solution phéniquée forte), lorsque ces adhérences se sont produites. (*Arch. gén. de méd.*, février 1901.) — F. F.

Formes anormales de la sténose du pylore : sténose sans vomissements; sténose à vomissements périodiques, par M. L. Bouveret.

Dans le présent travail, l'auteur attire l'attention sur certaines variétés de rétrécissement organique du pylore qui, en raison de l'absence ou du moins de la rareté d'un des symptômes les plus saillants de cette affection, le vomissement, peuvent facilement donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Les deux principales des formes en question sont la sténose sans vomissements et la sténose à vomissements périodiques.

Comme exemple de la première, M. Bouveret cite le cas d'un homme qu'il avait soigné, huit ans auparavant, pour des phénomènes d'hyperchlorhydrie, et, deux ans plus tard, pour un ulcère rond; ces manifestations morbides avaient rétrocédé sous l'influence d'un traitement approprié, quand, il y a deux années, le malade vint une troisième fois consulter l'auteur avec tous les signes d'une grande dilatation de l'estomac; seuls, les vomissements faisaient entièrement défaut; par contre, cet homme avait de temps en temps des « embarras d'estomac » caractérisés par une sensation de malaise, de l'anorexie, une langue sale, etc.; il restait alors au lit deux ou trois jours sans manger, puis, l'appétit revenu, il pouvait se lever et reprendre ses occupations. En présence de la gravité de l'état général, une opération fut décidée; elle montra que la sténose était due à un cancer du pylore, développé, sans doute, sur une cicatrice d'ulcère ou sur un ulcère en pleine évolution.

M. Bouveret estime que, dans ce cas, l'absence de vomissements tenait à la précaution que prenait le malade d'observer périodiquement la diète pendant un certain temps, ce qui permettait à son estomac — d'ailleurs très tolérant — d'évacuer d'un seul coup vers l'intestin les résidus qui s'y accumulaient après chaque digestion. Et cette explication conduit à envisager la possibilité d'une sténose à vomissements périodiques : elle se produira si l'estomac, également assez tolérant pour pouvoir emmagasiner sans révolte les aliments non digérés, mais non soumis à ces intervalles de repos, se vide périodiquement non plus vers le bas, mais au contraire vers le haut.

Tel était le cas d'un autre malade observé par M. Bouveret, et chez lequel le vomissement revenait à peu près régulièrement tous les mois, précédé durant quelques jours de malaises analogues aux « embarras d'estomac » du sujet précédent. On avait porté le diagnostic de *vomissement périodique*, nom donné par M. von Leyden à une névrose gastrique peu commune; or, un examen plus minutieux permit de s'assurer qu'il s'agissait d'une sténose du pylore.

En terminant, l'auteur insiste sur la valeur de l'ondulation épigastrique pour le diagnostic de ces sténoses à séméiologie incomplète; la constatation de résidus alimentaires le matin au réveil — c'est-à-dire quatorze à seize heures après le repas du soir —, en témoignant de la rétention gastrique, lèvera tous les doutes. (*Lyon méd.*, 14 avril 1901.) — F. F.

Recherches sur la coagulation du sang et les sérums anticoagulants, par MM. J. Bordet et O. Gengou.

En pratiquant à des cobayes plusieurs injections de sérum ou de plasma de lapin, MM. Bordet et Gengou ont constaté que le sérum des animaux ainsi traités acquiert la propriété d'empêcher la coagulation du sang de lapin, et que cette influence antagoniste est due en grande partie à la neutralisation du fibrine-ferment du sang de lapin.

Pour démontrer ce fait, les auteurs se sont servis de plasma d'oie récemment préparé; ce plasma, ne renfermant pas de fibrine-ferment, ne se coagule pas spontanément, mais il se prend rapidement en caillot quand on l'additionne d'un sérum frais, tel que celui du lapin ou du cobaye. D'autre part, il est facile de détruire le fibrine-ferment et, partant, la propriété coagulante de ces derniers sérums, en les chauffant à 58°5, ainsi que MM. Hayem et A. Schmidt l'ont depuis longtemps démontré. Dès lors, si l'on prépare un mélange de sérum non chauffé de lapin et de sérum de cobaye neuf préalablement chauffé à 58°5, et qu'on y ajoute du plasma d'oie, celui-ci se coagulera sous l'influence du sérum non chauffé de lapin. Au contraire, un second mélange renfermant, outre du sérum non chauffé de lapin neuf, non plus du sérum chauffé de cobaye *neuf*, comme précédemment, mais du sérum, également chauffé à 58°5, d'un cobaye *traité*, est impuissant à faire coaguler le plasma d'oie. Il paraît légitime de conclure de cette expérience que le fibrine-ferment de lapin est rendu inactif par le sérum de cobaye préparé et que, par conséquent, ce dernier sérum contient un anticorps du fibrine-ferment, anticorps qui résiste à la température de 58°5.

Cette action anticoagulante paraît nettement spécifique; néanmoins, elle ne l'est pas d'une façon absolue. Le sérum qui neutralise complètement le sérum de lapin exerce, en effet, une action — très faible, il est vrai, mais certaine — sur le sérum de cobaye et sur celui de chien; il est sans influence, au contraire, sur le sérum de mouton. On peut en déduire que les fibrine-ferments des diverses espèces animales ne sont pas tous des substances parfaitement identiques; c'est là un caractère qui les rapproche des alexines.

En ce qui concerne le fibrinogène, les recherches de MM. Bordet et Gengou ont montré que, chez le lapin, le sérum actif altère ce corps; mais cette action est peu marquée et n'entre que pour une faible part dans le pouvoir anticoagulant total du sérum actif. Elle suffit à retarder la coagulation, mais elle ne saurait l'empêcher définitivement, pour peu que le liquide renferme du fibrine-ferment intact. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars 1901.) — F. M.

De l'angine pultacée comme signe précoce avertisseur de la rougeole, par M. Rousseau Saint-Philippe.

L'opinion, classique depuis Trousseau, que « la rougeole n'aime pas le pharynx » serait loin d'être toujours exacte, d'après M. Rousseau Saint-Philippe, qui, au cours d'une épidémie récente, a eu l'occasion d'observer 15 fois environ, sur une centaine de cas, une angine pultacée ayant précédé de quelques jours l'invasion de la rougeole.

Cette manifestation prodromique se caractérisait par de petits points d'un blanc bleuâtre, d'ordinaire isolés, rarement réunis en plaques, déterminant un peu de fièvre et de gêne à la déglutition et quelques phénomènes généraux sans gravité. Le plus souvent, l'exsudat ne renfermait que des germes banaux; parfois cependant il fut trouvé de nature diphtérique.

En ce qui concerne sa date d'apparition, cette angine débute de huit à dix jours avant la période d'invasion, de sorte qu'elle a d'ordinaire terminé son évolution quand celle-ci commence; mais d'autres fois elle est un peu plus tardive, et quelques points blancs peuvent encore subsister au moment où se fait l'énanthème buccal.

La nature éventuellement diphtérique de cette angine serait susceptible d'expliquer la propagation au larynx, dans certains cas, et les allures très graves des premières manifestations de la rougeole. En outre, il importe d'éviter le placement des petits malades qui en sont atteints dans un service de diphtérie où ils peuvent devenir l'origine d'une épidémie morbilleuse, comme l'auteur a vu le fait se produire. (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 7 avril 1901.) — F. F.



PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches sur la fonction antiseptique du pancréas, par M. G. von Zaremba.

En reprenant les recherches exécutées par Nencki, Sieber et Simanovski sur l'action antitoxique du pancréas à l'égard de la toxine diphtérique, M. von Zaremba a obtenu des résultats parfaitement concordants avec ceux auxquels étaient arrivés les auteurs précités. Mais en opérant sur des sujets nouveau-nés, il a été amené à des conclusions différentes, propres à jeter un certain jour sur l'étiologie des affections gastro-intestinales du nourrisson. Dans ces recherches, il s'est servi de la méthode employée par ses devanciers et qui consiste à injecter à des lapins ou à des cobayes un mélange de toxine diphtérique et d'extrait pancréatique ayant séjourné un temps déterminé à l'étuve. C'est par la durée de la survie des animaux en expérience que l'on juge de l'action de l'extrait pancréatique sur le poison diphtérique.

En opérant ainsi sur des chiens nouveau-nés, M. von Zaremba a constaté que, dès la naissance, le pancréas renferme des substances antitoxiques. Le résultat a été le même dans une autre série d'expériences ayant porté sur des veaux de quatre à six semaines.

Pour le pancréas humain, la difficulté est grande de se le procurer suffisamment frais. D'autre part, la putréfaction détruit très rapidement la fonction antitoxique, qui disparaît complètement en quelques heures après la mort. C'est ainsi que l'extrait pancréatique préparé avec un organe recueilli dans un cas au bout de dix heures, dans un autre après six heures seulement, resta sans aucun effet sur la toxine diphtérique : bien plus, l'extrait pancréatique injecté isolément tua un cobaye en trente-sept jours. Au contraire, le pancréas d'un enfant de quatre ans et demi, prélevé environ deux heures après la mort, fournit, au point de vue de l'action antitoxique, des résultats positifs d'une netteté absolue. De même, après un séjour suffisamment prolongé à l'étuve avec des quantités correspondantes d'extrait du pancréas de deux enfants de quatre mois, morts l'un d'une pneumonie double, l'autre de tétanie, des doses quatre ou cinq fois mortelles de toxine diphtérique restèrent sans effet sur le cobaye. Il en fut encore ainsi avec le pancréas d'un enfant de quatre semaines ayant succombé à une entérite avec athrepsie. Dans deux autres cas, au contraire, concernant deux enfants emportés par des affections chroniques du tube digestif, tous les cobayes inoculés périrent du troisième au cinquième jour.

Il semble donc que la fonction antiseptique du pancréas existe dès le jeune âge, mais qu'elle puisse être détruite, ou du moins entravée, par certaines affections chroniques du tube intestinal. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 4.) — F. M.

De la résection intestinale immédiate dans le traitement de la hernie gangrenée, par M. F. Hofmeister.

Bien que M. Kocher ait mis en lumière, il y a déjà vingt ans, les avantages que présente la résection intestinale immédiate en cas de hernie étranglée avec gangrène de l'intestin, nombre de chirurgiens préfèrent encore opposer à ce redoutable accident le simple établissement d'un anus contre nature. M. Hofmeister communique dans le présent travail 25 observations qu'il a recueillies sur ce sujet dans le service de M. von Bruns pendant les quatre dernières années : la mortalité n'a été que de 40 %, ce qui est dû, d'après l'auteur, à l'emploi habituel de la résection intestinale immédiate, l'anus contre nature n'ayant été pratiqué que 5 fois. Ces résultats étant supérieurs à ceux qu'ont obtenus les chirurgiens qui préconisent l'anus contre nature comme traitement de choix, il n'est pas inutile d'insister sur le manuel opératoire suivi par M. Hofmeister.

Il conseille avant tout de ne pas recourir à l'anesthésie générale et de se contenter, pour toute kélotomie, de l'anesthésie locale à la cocaïne. La nécessité d'une résection étant établie, on fait l'ouverture large de la cavité abdominale à partir de l'orifice herniaire. Quant à la résection même, l'auteur insiste sur l'importance, déjà signalée par M. Kocher, d'une ablation très étendue de l'intestin au niveau du bout afférent. Suivant le conseil de M. Nicoladoni, il pratique ensuite une évacuation abondante de l'intestin au cours de l'opération. Pour la réunion des deux extrémités intestinales, il s'est arrêté à l'apposition latérale d'après les méthodes de Braun, von Frey ou Doyen, tandis que M. Kocher préfère la suture circulaire bout à bout. Il tâche d'éviter, au moment de la réunion, toute torsion ou coudure de l'intestin, qui pourrait provoquer plus tard une occlusion intestinale. Il s'abstient enfin de la cure radicale toutes les fois qu'il constate, pendant l'opération, une exsudation péritonéale ou d'autres symptômes d'un début de péritonite, ainsi que dans les cas où il a quelques doutes sur la nutrition de l'anse replacée dans l'abdomen ; il fait alors le tamponnement à la Mikulicz.

Les indications opératoires dépendent avant tout du milieu dans lequel se trouve le malade, de l'habileté du chirurgien et de l'assistance dont il dispose. Ces conditions extérieures étant favorables, on devra faire la résection immédiate lorsque l'état général est encore bon, le péritoine intact et l'extrémité intestinale afférente normale. Il en est autrement quand le malade est dans un état désespéré ou s'il existe une péritonite suppurée. Ici, l'anus contre nature est seul indiqué. Dans les cas intermédiaires, c'est-à-dire chez les sujets ayant un début de péritonite avec exsudation séro-sanguinolente ou légèrement louche, la résection immédiate, combinée avec le tamponnement à la Mikulicz, est incontestablement supérieure à l'établissement de l'anus contre nature. M. Hofmeister arrive donc à la conclusion que la résection doit être faite, d'une manière générale, toutes les fois que le malade présente encore des chances sérieuses de rétablissement, tandis que l'anus contre nature doit être réservé aux cas ne laissant aucun espoir. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 3.) — F. DE Q.

Sur un cas de cancroïde en apparence primitif du cubitus, par M. O. Fittig.

Il n'est plus possible à l'heure actuelle d'admettre l'existence d'un cancer osseux primitif, développé au dépens des éléments normaux de la moelle osseuse ; aussi les faits paraissant rentrer dans cette catégorie — tel celui qu'a été publié récemment par M. Maier — sont-ils expliqués par une aberration des cellules épithéliales d'après la théorie de Cohnheim. Le cas suivant, opéré par M. von Mikulicz, semble toutefois mettre en doute la nature primitive de ces tumeurs.

Le néoplasme avait apparu chez un malade de cinquante-trois ans, immédiatement après une chute ayant amené une contusion du bras droit. Il avait le volume d'un œuf et siégeait au niveau d'une fracture non guérie du cubitus. La radiographie permit de constater sur cet os une perte de substance longue de 5 centimètres. M. von Mikulicz porta le diagnostic de sarcome et extirpa le néoplasme.

Le microscope ayant démontré qu'il s'agissait en réalité d'un cancroïde typique, M. Fittig soumit le malade à un nouvel examen, lequel révéla l'existence d'une petite tumeur de la corde vocale supérieure gauche, tumeur ignorée du patient et dont l'examen histologique fit reconnaître la nature cancéreuse.

L'auteur estime, en se basant sur ce fait, que les cancers prétendus primitifs des os doivent être considérés comme des métastases, lors même que le sujet ne présente aucun symptôme d'une autre tumeur. Il rappelle à cet effet les cas analogues publiés par MM. Helferich, von Recklinghausen et d'autres, ainsi que les observations de Goldmann, d'après lesquelles les métastases cancéreuses par la voie sanguine seraient assez fréquentes dès les premières phases du développement du cancer primitif. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 3.) — F. DE Q.

De l'actinomycose de la peau, par M. V. Lieblein.

L'actinomycose primitive de la peau est d'une grande rareté, puisqu'on n'en connaissait jusqu'ici que 20 observations ; l'auteur a eu l'occasion d'en étudier, à la clinique de M. Wölfler (de Prague), 3 cas à localisation singulière.

Dans le premier, l'affection avait envahi la grande lèvre droite et la partie avoisinante du périnée. Le traitement ioduré ayant donné des résultats insuffisants, M. Wölfler pratiqua l'extirpation du tissu malade et obtint ainsi une guérison radicale. Les muqueuses voisines étant indemnes, M. Lieblein pense qu'il s'agissait bien là d'une actinomycose primitive du derme.

Chez le second malade, qui avait marché pieds nus dans les champs après la moisson et s'était blessé à cette occasion, les lésions siégeaient à la plante du pied droit. Une simple incision fut rapidement suivie de succès.

Dans le troisième fait, l'actinomycose était localisée à la paupière inférieure et à la joue droites ; il existait deux foyers séparés, absolument indépendants des maxillaires. La guérison fut assurée par le traitement ioduré associé à des incisions répétées. Ici l'affection avait débuté au niveau de la paupière, sans que l'auteur ait pu en élucider l'étiologie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 3.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Cirrhose pigmentaire dans un cas d'hémochromatose, par Mlle Maude E. Abbott.

Bien que la première description de la cirrhose pigmentaire date déjà d'une vingtaine d'années, on est cependant encore loin d'être fixé d'une façon définitive sur la nature réelle de cette affection, voire même sur la légitimité de son existence en tant qu'entité morbide. A ce point de vue, l'observation recueillie et commentée par Mlle Abbott apporte une contribution importante à l'étude de la question, car elle montre que la cirrhose pigmentaire peut exister sans glycosurie et que, par conséquent, cirrhose pigmentaire et diabète bronzé ne sont pas deux termes synonymes.

La malade qui en fait l'objet, une femme de cinquante ans, parcourut en trois ans le cycle complet des symptômes caractéristiques de la cirrhose pigmentaire, à cela près, toutefois, que l'examen répété des urines n'y révéla jamais la présence de sucre. A l'autopsie, on constata dans tous les viscères, le rein excepté, l'existence d'une double lésion consistant en une sclérose plus ou moins prononcée de l'organe et en un degré variable d'hémochromatose. Le tissu conjonctif du foie et du pancréas était le siège de dépôts d'un pigment provenant, en partie du moins, de la destruction des éléments colorés du parenchyme de ces organes. Le pancréas était, en outre, atteint d'une inflammation chronique assez avancée.

D'après les dimensions et la teinte des granulations colorées, l'auteur distingue deux sortes de pigments, l'un brun foncé, l'autre jaune clair. Tous deux seraient ferrugineux ; mais dans le premier, constitué par de *l'hématosidérine*, le fer est facile à déceler par la réaction de Perl, tandis que pour mettre ce métal en évidence dans le second, dit *hématofuscine*, il est nécessaire de dissocier au préalable la molécule organo-ferrugineuse par l'acide chlorhydrique à chaud.

En mettant en série les différents aspects que présentent des coupes histologiques du foie, Mlle Abbott a constaté que les néoformations conjonctives sont dues à l'irritation déterminée par le pigment mis en liberté grâce à la destruction des cellules du parenchyme hépatique qui le renferment primitivement. La formation de pigment, l'hémochromatose, serait donc le fait initial dans la cirrhose pigmentaire, l'hépatite chronique n'en serait que la conséquence. Dans ces conditions, il y avait lieu de rechercher la cause de la production du pigment. En dépouillant des observations diverses où l'on a noté l'existence d'une hémochromatose sans cirrhose, l'auteur a pu s'assurer que pour toutes on signale des hémorrhagies dans les antécédents des malades. La femme dont Mlle Abbot rapporte l'histoire avait également présenté une tendance aux hémorrhagies, dont témoignaient de fréquentes épistaxis.

Cela étant, il semble que l'on doive admettre que la cirrhose pigmentaire parcourt les étapes suivantes : hémorrhagies avec destruction globulaire, puis apparition de pigment dans le parenchyme hépatique, désintégration des éléments de ce dernier avec issue du pigment dans le tissu conjonctif de l'organe, d'où inflammation chronique de celui-ci. Quant au diabète qui se surajoute parfois à ces lésions, il dépendrait du degré de l'altération hépatique ou bien serait fonction d'une sclérose du pancréas reconnaissant la même origine que celle du foie. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, décembre 1900.) — F. M.

Trois cas de goitre exophtalmique d'origine syphilitique, par M. R. Abrahams.

L'auteur a eu l'occasion de donner ses soins à une femme âgée de trente-cinq ans qui, cinq mois après avoir subi un traitement mercuriel pour des accidents syphilitiques secondaires, présenta un goitre exophtalmique caractérisé par une hypertrophie considérable de la glande thyroïde, par de l'exophtalmie et de la tachycardie (110 à 120 pulsations à la minute) ; il existait, en outre, un certain degré d'anémie et un tremblement assez marqué des mains. On institua un traitement approprié, en prescrivant tour à tour le strophantus, la digitale, l'ergotine, l'arsenic et le fer, mais sans obtenir la moindre amélioration du syndrome basedowien. Au bout de deux mois, la malade ayant commencé à accuser de violentes céphalalgies survenant surtout pendant la nuit, on eut recours à l'emploi d'une solution saturée d'iodure de sodium, dont on ordonna d'abord 15 gouttes par jour pour atteindre, dans l'espace de douze jours, la dose quotidienne de 8 grammes. Les maux de tête ne tardèrent pas à s'amender, en même temps qu'on constatait une amélioration dans les autres phénomènes morbides. Aussi le traitement ioduré fut-il continué, avec quelques courtes interruptions, pendant encore deux mois, et tout le cortège des symptômes disparut d'une façon définitive.

Le succès obtenu dans ce cas au moyen du traitement spécifique semble bien militer en faveur de l'existence, chez la malade en question, d'une relation étroite entre la syphilis et la maladie de Basedow.

Depuis lors, M. Abrahams a observé deux faits analogues. L'un se rapporte à une femme syphilitique de trente-six ans, chez laquelle des injections mercurielles, pratiquées tous les jours pendant six semaines, amenèrent la disparition d'un goitre exophtalmique. Dans le second, il s'agissait d'une jeune fille de vingt-sept ans qui, au cours de la syphilis, fut atteinte de la maladie de Graves. On soumit la patiente au traitement par l'iodure de sodium en solution saturée, administrée à la dose quotidienne de 12 grammes, et au bout de deux mois et demi la guérison fut complète.

Se basant sur ces trois observations, l'auteur estime qu'il convient de faire, dans la pathogénie du goitre exophtalmique, une certaine place à la syphilis et que le traitement spécifique doit être essayé toutes les fois qu'il y a lieu de soupçonner l'existence de la vérole, ainsi que dans les cas où les moyens employés habituellement contre la maladie de Basedow restent inefficaces. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 février 1901.) — L. CH.

Un nouveau procédé d'ablation des tumeurs inflammatoires du bassin, par M. H. A. Kelly.

En cas d'abcès pelviens bilatéraux complètement adhérents aux tissus environnants, il y a

avantage à pratiquer l'énucléation des annexes de bas en haut : c'est précisément en cela que réside la supériorité de la voie vaginale. Partisan convaincu de l'hystérectomie abdominale, M. Kelly a cherché à combiner dans un nouveau procédé opératoire les avantages respectifs des deux méthodes.

L'opération qu'il préconise consiste à pratiquer comme temps préalable l'hémisection médiane de l'utérus, ce qui permet d'attaquer les annexes par le bas.

Après avoir soulevé l'utérus au moyen de deux fortes pinces appliquées sur les cornes, il l'incise suivant le plan sagittal; cette incision est prolongée plus ou moins bas selon qu'on veut faire l'hystérectomie totale ou se borner à l'amputation sus-vaginale. Chacune des moitiés de la matrice est ensuite saisie aussi bas que possible par une pince dont l'un des mors est appliqué sur la face antérieure et l'autre sur la face postérieure de l'organe, puis on sectionne le col transversalement à droite et à gauche et on saisit avec une pince à griffes la surface de section utérine que l'on attire en haut; on pince enfin les vaisseaux utérins et les ligaments ronds.

On peut alors choisir entre deux procédés : ou bien on dissèque les annexes et on les enlève avec la moitié correspondante de l'utérus, ou bien on les pince à leur point d'insertion sur l'utérus, et on enlève celui-ci pour ne procéder qu'ensuite à l'extirpation des annexes.

M. Kelly se loue beaucoup de ce procédé qu'il a appliqué dans 13 cas; il offre l'avantage d'agrandir le champ opératoire et de faciliter singulièrement le traitement des complications intestinales; il permettrait, en outre, de vaincre les adhérences les plus intimes des annexes. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, décembre 1900.) — E. C.

PUBLICATIONS ITALIENNES

L'urée et les échanges organiques chez les enfants, par M. A. Bonfa.

Les recherches qui font l'objet du présent travail ont porté sur des enfants, soit sains, soit atteints d'affections diverses, chez lesquels l'auteur a pratiqué journellement, pendant un certain temps, le dosage de l'urée contenue dans l'urine; comme, d'autre part, on connaissait la quantité d'albumine et, partant, d'azote, ingérée chaque jour avec la nourriture, il était facile, par une simple comparaison de ces chiffres, de savoir comment les substances albuminoïdes étaient utilisées, et si, outre l'azote alimentaire, les jeunes sujets en expérience consommaient une partie de l'albumine constitutive des tissus.

Toutefois, fait observer M. Bonfà, il faut tenir compte ici d'une double cause d'erreurs : d'une part, toute l'albumine ingérée n'est pas absorbée; d'autre part, tout l'azote excrété ne se trouve pas sous forme d'urée. Ces deux erreurs, étant de même sens, s'additionnent; l'auteur a calculé qu'il faut, de ce chef, déduire environ 15 % de la quantité d'azote introduite chaque jour avec les aliments.

En ce qui concerne d'abord le taux journalier de l'urée, les recherches ont été faites sur 16 enfants normaux; rapportée à 1 kilogramme de poids, l'élimination quotidienne de l'urée fut, en moyenne, de 1 gr. 363 milligr. pour les enfants de deux ans, de 1 gr. 119 milligr. pour ceux de trois et quatre ans, de 0 gr. 715 milligrammes pour ceux de cinq et six ans, de 0 gr. 539 milligrammes pour ceux de sept à neuf ans. Ainsi, le taux de l'urée diminue notablement avec l'âge, mais en restant sensiblement supérieur à ce qu'il est chez l'adulte, où l'auteur l'a trouvé égal à 0 gr. 453 milligr. par jour et par kilo de poids.

Les chiffres absolus, relatifs à la quantité d'urée éliminée chaque jour, sont de 8 gr. 410 milligr. à deux ans, de 10 gr. 543 milligr. à trois et quatre ans, de 8 gr. 776 milligr. à cinq et six ans, de 10 gr. 559 milligr. à sept, huit et neuf ans. On voit que si la proportion d'urée par kilogramme de poids baisse sensiblement avec l'âge, la quantité totale éliminée ne varie cependant pas beaucoup entre deux et dix ans, ce qui tient à l'augmentation du poids du corps.

Des calculs analogues ont montré à M. Bonfà que la richesse de l'urine en urée diminue avec l'âge (1.776 % à deux ans, 1.171 % après sept ans), et qu'il en est de même de la quantité d'urine émise quotidiennement (de 71 gr. 83 centigrammes par kilo à deux ans, elle n'est plus que de 45 gr. 13 centigr. chez les enfants de plus de sept ans); mais ici encore l'augmentation de poids du corps compense la diminution de la proportion d'urine par kilogramme.

En somme, chez tous ces jeunes sujets, le bilan résultant des acquisitions et des pertes en azote dénote un excédent de recettes dont témoigne aussi l'élévation de poids; le rapport entre le gain en azote et l'augmentation de poids fut, en moyenne, de 1 à 30.

Enfin, les recherches de l'auteur sur des enfants malades ont porté sur deux séries parallèles, l'une comprenant 15 enfants atteints de gastro-entérite, avec ou sans rachitisme, l'autre 11 enfants fébricitants; dans le premier cas, on constate un ralentissement des échanges, attribué par M. Bonfà à ce que, dans les affections du tube digestif, une proportion plus grande des albuminoïdes ingérés est rejetée par les fèces, de sorte que l'absorption de ces substances est diminuée; dans le second cas, et même avec une fièvre très légère, les combustions organiques sont fort activées, puisque du taux normal de 1.1 à 1.7 % le taux de l'azote s'élève à 2, 2.5, voire même 3 %; cette désassimilation excessive s'accompagne, naturellement, d'une perte de poids. (*Riforma med.*, 8 mars 1901.) — F. F.

Expériences sur l'hémostase du foie, par M. L. Baldassari.

Les recherches expérimentales qui sont sommairement relatées dans le présent travail portent sur l'emploi d'os décalcifiés, substance résorbable et facilement stérilisable, pour arrêter les hémorrhagies résultant des plaies hépatiques. A la vérité, MM. Ceccherelli et Bianchi ont déjà utilisé dans ce but des baleines décalcifiées, mais ils s'en servaient uniquement comme support des fils destinés à faire la constriction de la partie saignante. Au contraire, M. Baldassari a eu l'idée d'introduire, entre les deux lèvres de la plaie hépatique, des fragments d'os taillés en coin, qu'il y fixe par des sutures comprenant les deux bords de la plaie et le corps étranger intermédiaire.

Les animaux soumis à ces expériences furent sacrifiés au bout d'un laps de temps variable; dans aucun cas, l'auteur ne constata à l'autopsie des traces d'hémorrhagie péritonéale, ce qui semble bien indiquer que l'hémostase obtenue par ce procédé était parfaite. Localement, il a pu s'assurer que l'os décalcifié ne tarde pas à être entouré par des éléments conjonctifs jeunes, lesquels, après l'avoir enkysté puis résorbé, se transforment en tissu cicatriciel. Cette résorption est achevée en quarante-cinq jours chez le chien.

Les os dont s'est servi l'auteur étaient conservés, après décalcification par immersion dans un acide, dans de l'alcool à 50° contenant du sublimé; avant de les employer, on avait soin de les placer pendant quelque temps dans la solution physiologique chaude, afin de les débarrasser du sublimé qui les imprégnait et, en même temps, de les rendre plus mous, partant plus faciles à suturer. (*Riforma med.*, 21 février 1901.) — F. F.

Oscillations périodiques du nombre des hématies et de la quantité d'hémoglobine chez l'homme, par M. V. Nicola.

Il y a quelques années, l'auteur avait pu constater que, chez le lapin, il existe normalement des oscillations périodiques considérables du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine, oscillations dont les périodes sont constantes et se composent elles-mêmes de périodes secondaires irrégulières.

Il vient de faire des recherches analogues sur l'homme. Ses expériences ont porté sur 3 sujets, deux garçons âgés respectivement de seize et de quinze ans et une jeune fille de treize ans, qui étaient soumis à un régime alimentaire fixe — la régularité de la courbe des poids rendait manifeste, d'ailleurs, l'état d'équilibre de leur nutrition — et chez lesquels il dosait chaque jour l'hémoglobine et comptait les globules, en ayant soin de faire porter sa numération sur un grand nombre d'hématies, de façon à rendre aussi faibles que possible les causes d'erreur inévitables dans des recherches de ce genre.

Les résultats qu'il a obtenus confirment pleinement ceux que lui avaient antérieurement donnés ses expériences sur les lapins. C'est ainsi qu'il put constater, d'un jour à l'autre, des différences en plus ou en moins de 500,000 globules et de 5 à 10 % d'hémoglobine; dans un cas, à une semaine d'intervalle, le chiffre des hématies passa même de 3,680,000 à 6,480,000, soit une augmentation de 2,800,000. D'une façon générale, il a pu s'assurer que le nombre des globules et la quantité d'hémoglobine — qui, du reste, varient parallèlement — s'élèvent peu à peu jusqu'à atteindre un maximum pour redescendre ensuite jusqu'à leur point de départ, voire plus bas encore.

Ces particularités, comme le fait observer M. Nicola, ne doivent pas surprendre, si l'on considère que nombre de phénomènes vitaux (assimilation des aliments et activité musculaire, température du corps, sécrétion horaire de l'urine, etc.) affectent normalement de semblables allures de périodicité. (*Clinica moderna*, 20 et 27 mars 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS RUSSES

Des processus fébriles chroniques chez les enfants, par M. N. Filatov.

Il n'est pas rare d'observer chez les enfants une hyperthermie persistante dont on n'arrive pas d'emblée à saisir la cause. Parfois, le diagnostic de l'affection ne laisse pas que d'être embarrassant, même après un examen minutieux du petit malade. C'est que les troubles pouvant donner lieu, chez de jeunes sujets, à une fièvre plus ou moins durable sont particulièrement nombreux, et, en les passant longuement en revue dans le présent travail, M. Filatov a rendu aux praticiens un service d'autant plus appréciable que l'expérience personnelle du professeur de Moscou est assez grande pour faire autorité en la matière.

La fièvre peut être due à un processus purement local, qui échappe à l'attention du médecin, parce que les troubles de l'état général dominent le tableau clinique et masquent complètement la symptomatologie propre à l'affection causale. C'est ainsi qu'un simple *abcès dentaire* est susceptible de déterminer une hyperthermie, peu intense il est vrai, mais pouvant persister pendant une à deux semaines, voire même plus longtemps, et ne se laissant point influencer par la quinine. Si l'on ne procède pas à un examen soigneux de la cavité buccale, la nature de cette hyperthermie peut rester méconnue d'autant plus facilement que, la plupart du temps, l'enfant n'accuse pas de maux de dents.

Les *végétations adénoïdes*, par les poussées catarrhales aiguës qu'elles provoquent, pendant l'hiver, du côté des voies respiratoires supérieures, constituent une cause fréquente de fièvre, à laquelle il faut songer toutes les fois qu'on a affaire à un enfant qui ronfle en dormant, s'enrhume facilement, etc.

Mais ce sont surtout certaines formes de *pyélite* qui, en raison de leur symptomatologie obscure et de la fièvre persistante dont elles s'accompagnent, méritent d'être bien connues du praticien. Complètement indépendantes de la lithiase et dues habituellement au bacterium coli, ces pyélites restent le plus souvent indolores, et ce n'est qu'en interrogeant avec beaucoup de soin le jeune malade qu'on arrive à savoir que, de temps à autre, il éprouve de petites crises douloureuses rappelant la colique néphrétique. Par contre, la fièvre peut être en pareil cas très marquée, dépassant parfois 39° et persistant pendant trois à quatre mois. L'examen des urines, en montrant l'existence de pus, mettra le diagnostic sur la bonne voie, en même temps qu'il permettra de porter un pronostic favorable, s'il s'agit d'une colibacillose pure et non pas d'une infection mixte (staphylocoque, proteus).

Des *pleurésies sèches* peu étendues peuvent évoluer sans donner lieu, en apparence, à d'autres symptômes qu'une hyperthermie plus ou moins durable. Mais une percussion minutieuse montrera l'existence d'une zone de matité sous l'angle de l'omoplate et l'auscultation révèlera, à ce même niveau, un affaiblissement

du murmure vésiculaire, parfois même des frottements.

Si nous passons maintenant aux maladies générales, nous trouvons en premier lieu la *fièvre typhoïde*. Certes, rien n'est plus facile que le diagnostic de la dothiénentérie, lorsque le tableau clinique de cette affection se trouve au complet. Mais combien fréquents sont les cas où tous les symptômes se réduisent à un état de faiblesse générale et à une hyperthermie ne dépassant guère 38°! Le diagnostic est ici d'autant plus difficile que l'augmentation de volume de la rate ne peut pas être prise en considération, car chez les enfants elle s'observe très souvent en l'absence de toute fièvre typhoïde. La réaction de Widal, si elle est positive, permet de trancher la question, mais, dans le cas contraire, il est prudent de faire des réserves.

La *grippe* est susceptible d'affecter, chez les enfants, une évolution en quelque sorte chronique, la température atteignant tous les soirs 37°8 à 38°1 pour retomber à 37° le matin, et cela pendant plusieurs mois. On est naturellement porté à voir dans cette fièvre une manifestation du paludisme ou d'une tuberculose latente et l'on prescrit de la quinine ou de l'arsenic, mais la courbe thermométrique se déroule toujours avec la même régularité et sans influencer en quoi que ce soit l'état général du patient : ce sont là les deux caractères essentiels de la grippe chronique, qui ne comporte d'ailleurs pas un pronostic grave, l'hyperthermie disparaissant avec la fin de la saison froide ou sous l'influence d'un changement de climat.

Le diagnostic de la *malaria* sera facilité par les commémoratifs, la fièvre paludéenne continue étant toujours précédée, parfois, il est vrai, à très long intervalle, d'accès intermittents plus ou moins caractéristiques. La tuméfaction considérable de la rate et surtout la consistance plus dure de cet organe, qu'on constate chez presque tous les malariques, peuvent aider à faire le diagnostic, qui sera, bien entendu, rendu certain si l'on parvient à déceler la présence de l'hématozoaire dans le sang.

On devra penser à la *fièvre prétuberculeuse*, particulièrement fréquente chez les enfants, toutes les fois qu'on aura affaire à une hyperthermie relativement peu élevée et d'une évolution tout à fait irrégulière (ce qui permet de la différencier d'avec la grippe chronique), chez un enfant prédisposé, en raison de ses antécédents héréditaires ou personnels, à la tuberculose, et qui vient de subir une maladie infectieuse aiguë.

Enfin, il convient de mentionner la *fièvre hystérique* dont on ne peut poser le diagnostic qu'après avoir longtemps observé le malade et s'être assuré qu'aucune affection organique n'est en cause. Cette fièvre nerveuse présente une marche des plus capricieuses ; elle coexiste le plus souvent avec d'autres manifestations hystériques et reste sans influence aussi bien sur l'état général du patient que sur la composition des urines. (*Méd. Obozr.*, janvier 1901.) — L. CH.

Un cas de diabète sucré chez un nourrisson,
par M. N. ORLOV.

On ne connaît jusqu'à présent que 6 cas de glycosurie chez le nourrisson, et encore n'est-il pas possible de rattacher, d'une façon certaine, ces observations au diabète. Il n'en est pas de même pour le fait publié par M. Orlov et qui paraît être unique en son genre. Il s'agissait, dans ce cas, d'un enfant d'environ cinq mois, atteint de furonculose et chez lequel on décela, à plusieurs reprises, une quantité considérable de sucre dans les urines. On notait, en outre, l'existence d'une eschare au sacrum et de la pollakiurie. Le petit malade était inquiet, demandait souvent à téter et maigrissait, pour ainsi dire, à vue d'œil. Il ne tarda pas à succomber, et à l'autopsie on trouva une dilatation du ventricule moyen avec épanchement séreux intraventriculaire et œdème de la pie-mère. Il y avait, de plus, une broncho-pneumonie bilatérale et de l'entérite aiguë, lésions qui, étant donné l'âge du sujet, pouvaient à la rigueur être indépendantes du diabète, bien que cette affection s'accompagne assez souvent, chez l'adulte, de complications pulmonaires et intestinales. Quoi qu'il en soit, l'existence de l'hydropisie du ventricule moyen, jointe aux symptômes observés pendant la vie, suffit à faire affirmer qu'on avait eu affaire ici, non pas à une simple glycosurie, mais à un véritable diabète d'origine nerveuse. (*Vratch*, 3 mars 1901.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Précautions à prendre dans l'emploi de l'eau oxygénée en chirurgie.

Le peroxyde d'hydrogène tend à prendre une place de plus en plus importante dans la chirurgie journalière. Après avoir été proposée d'abord à titre d'antiseptique, puis — sous forme d'injections hypodermiques — comme anesthésique local (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 390), l'eau oxygénée a récemment trouvé une nouvelle indication dans le décollement des pansements adhérents (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 168). Or, au cours de ces diverses applications, elle devra maintes fois être mise en contact immédiat avec des tissus doués d'un pouvoir d'absorption considérable. Cela étant, il n'est pas indifférent de savoir que le peroxyde d'hydrogène s'absorbe facilement et qu'une fois dans le torrent circulatoire, il dégage, au contact du sang, des bulles d'oxygène pouvant donner lieu à des embolies gazeuses mortelles. Toutefois, comme le fait remarquer M. le docteur M. Chanoz, chef adjoint des travaux de physiologie à la Faculté de médecine de Lyon, le danger dépend surtout de la quantité de gaz formé au contact du milieu sanguin, car dans les cas où cette quantité est faible, les bulles d'oxygène disparaissent au fur et à mesure que l'oxyhémoglobine se réduit du fait de la vie des tissus. Il faut, en outre, se rappeler que l'absorption de l'eau oxygénée est loin d'être instantanée, surtout s'il s'agit de tissus enflammés qui exercent à l'égard du peroxyde d'hydrogène une action destructive particulièrement énergique.

Deux conclusions pratiques se dégagent de ces faits : on doit se servir d'une eau oxygénée à titre moyen et en user modérément; d'autre part, il convient de la rendre plus destructible en l'alcalinisant. A cet effet, M. Crolas, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Lyon, recommande d'ajouter goutte à goutte à l'eau oxygénée une solution saturée de borate de soude, jusqu'à ce que le papier de tournesol, préalablement rougi par le peroxyde d'hydrogène, reprenne sa couleur bleue.

Toute crainte d'embolie gazeuse étant, d'ailleurs, mise à part, il est toujours indispensable de procéder à la neutralisation du liquide, car l'eau oxygénée du commerce contient, en général, des quantités assez notables d'acides sulfurique, phosphorique ou autres, et il va sans dire que cette acidité peut occasionner une irritation plus ou moins intense des tissus.

Pour ce qui concerne, en particulier, le décollement des pansements adhérents, M. Chanoz estime qu'il n'y a pas lieu de redouter le moindre accident, pourvu qu'on verse l'eau oxygénée par petites fractions et en quantité strictement suffisante, et qu'on se serve d'une solution alcalinisée par le borate de soude et ne titrant pas plus de huit à dix volumes.

Traitement de la constipation habituelle par la franklinisation hertzienne directe du rectum.

Dans les cas de constipation par atonie intestinale, on a souvent recours à un procédé d'électrisation statique connu sous le nom de franklinisation hertzienne ou électrisation par commotions; il consiste essentiellement dans l'emploi de deux condensateurs, sous forme de bouteilles de Leyde, qu'on suspend par leurs armatures internes aux collecteurs d'une machine statique puissante, tandis que l'armature externe de l'une des bouteilles est reliée au sol et que l'armature équivalente de l'autre communique avec un excitateur à boule fixé à un manche isolant. Habituellement on applique, en pareille occurrence, la boule de l'excitateur sur les téguments de la fosse iliaque gauche. Or, M. le docteur H. Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, a pu se convaincre, au moyen d'expériences sur des animaux, que cette manière d'agir provoque des contractions intestinales beaucoup moins énergiques que l'*excitation directe*, qui consiste à mettre la boule de l'excitateur en contact avec un tube de laiton introduit dans le rectum.

Aussi notre confrère estime-t-il que, quand l'excitation indirecte percutanée se montre inefficace contre la constipation, il est indiqué de procéder à l'excitation directe de l'intestin, en introduisant dans le rectum une électrode métallique, arrondie à son extrémité et isolée sur la partie correspondant au sphincter.

Chez deux sujets atteints de constipation opiniâtre par atonie intestinale, M. Bordier a obtenu d'excellents résultats en se servant d'un excitateur rectal constitué par une tige de laiton isolée au moyen d'une gaine d'ébonite et terminée par un bout cylindro-sphérique d'un centimètre de diamètre; d'autre part, cette tige est fixée sur une boule métallique à laquelle correspond un manche en ébonite, de façon que le patient puisse tenir lui-même l'excitateur; la boule porte, en outre, un crochet servant à attacher la chaîne de l'un des condensateurs. Avant d'insinuer dans le rectum l'extrémité cylindro-sphérique de l'excitateur, on a soin de l'enduire de vaseline. Les sensations provoquées par cette application locale d'électricité statique pendant une dizaine de minutes — durée moyenne des séances — ne seraient nullement douloureuses et se réduiraient à une sorte de choc sourd, sans pincement ni chaleur.

Ajoutons que, d'après les recherches de notre confrère, il faut, afin d'obtenir une action plus énergique, relier l'excitateur à l'armature externe de la bouteille de Leyde suspendue au pôle positif de la machine. Cette règle importante s'applique, bien entendu, à l'excitation indirecte tout aussi bien qu'à la franklinisation directe, et cela qu'il s'agisse du traitement de l'atonie intestinale ou de la cure de l'atonie gastrique.

L'emploi de l'essence de pin d'Autriche comme moyen prophylactique à l'égard des accidents bronchopulmonaires dus à l'éthérisation.

L'action irritante que l'inhalation d'éther exerce sur la muqueuse des voies respiratoires constitue, comme on le sait, un des plus graves inconvénients de l'emploi de cet agent anesthésique. Afin d'y remédier, on a proposé de pratiquer, quelque temps avant la narcose, une injection sous-cutanée de sulfate d'atropine. Mais comme l'usage de cet alcaloïde n'est certes pas sans danger, M. le docteur E. Becker, médecin en chef de l'hôpital de Hildesheim, a cherché à substituer à l'atropine une substance qui, tout en étant exempte de propriétés toxiques, fût susceptible de diminuer la sécrétion muqueuse de l'appareil respiratoire, voire même d'influencer d'une façon favorable une bronchite préexistante et d'enrayer les processus de fermentation liés à l'aspiration des mucosités buccales. Les huiles volatiles et, en particulier, les essences hydrocarbonées non oxygénées ou *terpènes* ont paru répondre parfaitement à ces desiderata.

Notre confrère se sert de l'huile essentielle de pin d'Autriche (*Pinus pumilio*), la préférant, à cause de son odeur plus agréable, à l'essence de térébenthine qu'on emploie communément dans la thérapeutique des affections pulmonaires. Immédiatement avant de procéder à l'anesthésie, il ajoute à l'éther environ vingt gouttes (1 gramme) d'essence de pin pour un flacon de 200 grammes. L'huile volatile ne tarde pas à se dissoudre, en communiquant à l'éther une odeur aromatique très agréable, grâce à laquelle les malades acceptent la narcose plus facilement.

M. Becker a effectué, au moyen du mélange en question, près de 500 éthérisations, sans avoir eu à enregistrer des complications du côté des organes respiratoires. La narcose a pu être menée à bonne fin même chez des individus atteints de bronchite, de tuberculose pulmonaire ou d'empyème, ainsi que chez de vieux emphysémateux, et cela sans donner lieu à la moindre aggravation des symptômes thoraciques. Seule, une femme âgée de cinquante-huit ans et opérée pour un goitre comprimant la trachée présenta, au cours de l'intervention et pendant quelques jours consécutifs, une hypersécrétion bronchique assez marquée.

Notre confrère fit également des essais analogues avec l'essence de térébenthine, mais il ne tarda pas à se convaincre que cette substance, loin d'offrir un avantage quelconque sur l'essence de pin d'Autriche, ne parvient pas à dissiper aussi facilement l'odeur désagréable de l'éther.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Necker. — M. RENDU.

L'hémianopsie des artérioscléreux atteints de néphrite interstitielle.

Je veux vous parler aujourd'hui d'un cas fort intéressant, d'analyse délicate, et qui soulève à la fois des questions de localisation cérébrale et de pathologie générale.

Il s'agit du malade couché au lit nº 9 de la salle Trousseau et entré dans le service le 8 avril dernier.

C'est un homme de soixante ans, intelligent et ayant reçu une certaine instruction, qui, jadis photographe, est tombé dans la misère, probablement à cause d'habitudes alcooliques, et qui exerce le métier de charretier depuis l'âge de quarante ans. Sa santé a toujours été bonne, si ce n'est qu'il a perdu ses dents, ce qu'il attribue à l'usage du cyanure de potassium dont il se servait dans l'exercice de sa première profession.

Depuis quelque temps, il ressentait de petits malaises, se fatiguait facilement, se plaignait d'un peu d'étouffement pendant la marche; de temps à autre, il avait la tête lourde; il constatait enfin une certaine diminution de son acuité visuelle, due probablement à un léger degré de presbytie. Mais tous ces phénomènes étaient, en somme, peu marqués, et jusqu'à présent cet homme avait pu continuer son travail sans incident.

Les troubles fonctionnels qui caractérisent la maladie actuelle datent très exactement du 15 mars dernier.

Ce jour-là, il reçut de l'eau et resta toute la journée exposé à la pluie, sans pouvoir changer de vêtements. Dans la soirée, il éprouva une sensation de froid, sans frisson véritable ni fièvre, et se coucha glacé.

Le lendemain matin, il se réveilla avec une céphalée violente, de la lourdeur de tête et de la somnolence, très présent d'esprit, d'ailleurs, et n'éprouvant ni fourmillements, ni engourdissement, ni faiblesse des membres.

Le symptôme le plus saillant était une altération grave de la vue, qui se révéla subitement. Il distinguait à peine les objets, et avait la plus grande difficulté à se conduire. Tout lui paraissait vague et indistinct, comme vu à travers un brouillard. Il percevait les images, non pas doubles, mais confuses. De plus, il éprouvait une sensation vertigineuse dès qu'il faisait le moindre mouvement, surtout quand il tournait la tête ou se baissait.

Il essaya de travailler quand même et fit son service tant bien que mal. Mais dans la journée il nota un curieux phénomène. Quand l'attelage qui précédait le sien tournait dans une rue latérale, il le suivait encore bien, quoique confusément, s'il tournait à droite; mais il le perdait s'il prenait à gauche. En même temps, la céphalée s'accrut, et bientôt il lui fallut cesser tout travail.

Dès le lendemain, il se fit conduire à l'hôpital Necker, où on l'admit dans mon service.

C'est un homme de petite taille, mais vigoureux, sans sénilité anticipée, intelligent, à la mémoire nette, à la parole facile. Le premier jour, s'il répond mal à nos questions, c'est à cause de l'intensité de ses douleurs de tête.

La céphalée est en effet excessive, permanente, sans exacerbation névralgique, mais aussi sans diminution, sinon légère pendant la nuit. Les mouvements l'exagèrent, surtout ceux de flexion et d'extension de la tête. Son maximum est au vertex, à la région occipitale principalement; elle est moindre à la région frontale. C'est une douleur contusive et pulsatile, analogue à celle que donnerait un étau qui serre, ou bien, à chaque systole, un marteau frappant le crâne.

Il n'y a ni paralysie ni parésie des membres. Pas de vomissements ni de nausées; le patient accuse encore quelques sensations vertigineuses, mais sans étourdissement véritable, à l'occasion des mouvements brusques de la tête ou du cou.

Les troubles de la vue sont d'analyse difficile. La vision est confuse, les objets indistincts; le malade ne peut les fixer ni de près, ni de loin. Cependant, il n'y a pas de diplopie. Les yeux sont en apparence normaux; on ne constate pas de strabisme, pas de troubles de la motilité de l'œil ni des réflexes pupillaires. Mais l'examen du champ visuel des deux côtés va nous révéler un phénomène capital, et nous donner ainsi l'explication de l'obscurcissement de la vision.

Bouchons, par exemple, l'œil droit et, pour examiner l'œil gauche, engageons le malade à regarder droit devant lui (en fixant notre œil qui l'examine).

En avant, directement, la vision est nette de près ou de loin. Mais si nous promenons lentement notre index (dont nous remuons l'extrémité pour en faciliter la perception) en dehors vers la gauche, l'image n'est pas perçue — il y a suppression complète de la moitié gauche du champ visuel —; elle ne réapparaît que lorsque l'index est ramené sur la ligne médiane. Tout ce qui est à droite de cette ligne est, au contraire, nettement vu : la moitié droite du champ visuel est intacte.

Répétons ce mode d'examen sur l'œil droit, le gauche étant fermé. Nous observons les mêmes phénomènes : c'est seulement la moitié gauche du champ visuel de l'œil droit qui est abolie, la moitié droite est conservée.

Il y a donc ici perte de la vision dans les moitiés gauches, moitiés homonymes des deux yeux : c'est le symptôme connu sous le nom d'hémianopsie homonyme.

Notons que ce trouble répond en réalité à l'anesthésie de la moitié opposée de la rétine, et que ce sont les moitiés droites des deux rétines qui sont insensibles à la lumière.

Du reste, l'acuité visuelle est normale; de près et de loin, le malade lit des caractères d'imprimerie; par conséquent, la zone de la macula est intacte.

Il n'existe pas de dyschromatopsie (la vision des couleurs est conservée), ni de troubles de l'accommodation.

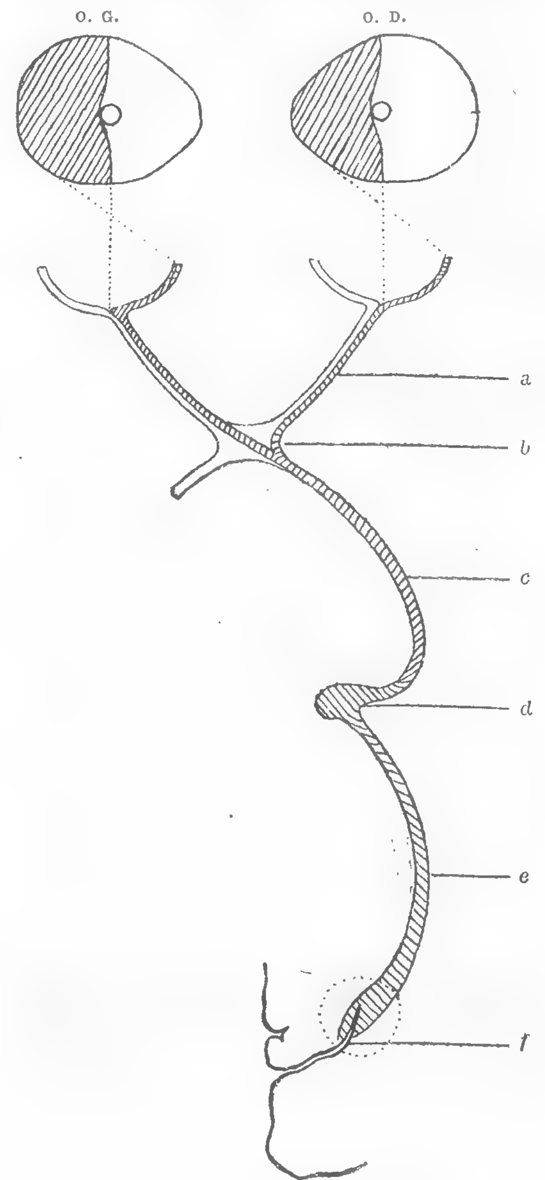
Mais la contraction pupillaire à la lumière, normale dans la moitié droite du champ visuel, est beaucoup moins marquée, presque abolie dans la moitié gauche. C'est là le phénomène connu sous le nom de *réaction pupillaire hémianopsique;* nous en dirons plus tard la signification.

En résumé, les troubles fonctionnels se bornent à de la céphalée et à de l'hémianopsie.

C'est ce dernier trouble qu'il nous faut interpréter maintenant au point de vue de sa valeur séméiologique. Nous aurons ensuite à discuter sa cause et sa signification pronostique.

L'hémianopsie homonyme est le symptôme de la lésion unilatérale des voies optiques, depuis le chiasma jusqu'au centre visuel cortical.

Rappelons-nous le trajet des voies optiques, en nous aidant du schéma dessiné par M. Géraudel, interne du service. Tout d'abord, il convient de se souvenir que la moitié droite de la rétine se projette dans la moitié gauche du champ visuel. Soit l'œil droit, par exemple (voir figure ci-contre); les fibres éparpillées dans la rétine se réunissent en un cordon au pôle postérieur de l'œil et constituent le nerf optique droit *a;* au niveau du chiasma *b*, ces fibres se séparent en deux faisceaux secondaires : l'un, contenant les fibres de la moitié droite de la rétine, passe directement dans la bandelette optique droite; l'autre, formé des fibres de la moitié gauche de la rétine, traverse le chiasma et va dans la bandelette optique gauche; d'où il résulte que la bandelette droite *c* renferme, en même temps que le premier faisceau, émané directement de la moitié droite de la rétine droite, le faisceau venu après croisement de la moitié droite de la rétine gauche, ou plus simplement les faisceaux des moitiés droites des deux rétines. A partir du chiasma, ces faisceaux voyagent de pair; leur premier relai est au corps genouillé externe droit *d;* de là, un second relai va, sous le nom de radiations optiques de Gratiolet *e*, se terminer dans le lobe occipital du même côté, aboutissant à la sphère visuelle *f;*



celle-ci est localisée par les recherches les plus récentes à la face interne du lobe occipital, au niveau de la scissure calcarine, soit qu'elle y soit exclusivement confinée, comme le veut Henschen, soit qu'elle déborde cette scissure et empiète sur le cunéus et les lobules lingual et fusiforme.

La lésion de l'hémianopsie peut donc siéger soit dans la bandelette optique, comme M. Joffroy en a publié un exemple; soit au niveau du corps genouillé externe; soit dans l'écorce cérébrale; à cette dernière catégorie appartiennent les faits de MM. Chauffard, von Monakow, Dejerine, Marie, Henschen, etc. Le malade de M. Chauffard, notamment, était atteint d'une cécité double, par ramollissement des deux cunéus.

Quel est donc, dans notre cas, le siège de la lésion?

Eliminons tout d'abord les altérations du fond de l'œil, rétinites ou hémorrhagies rétiniennes, qui ne s'accompagnent pas d'hémianopsie et entraînent toujours une perte plus ou moins accentuée de la vision centrale, ici conservée. Notre malade a été examiné à ce point de vue par M. Rochon-Duvigneaud, et le fond de son œil a été reconnu sain.

Il ne s'agit pas d'une lésion du chiasma. Car en pareille occurrence il y a toujours une dégénérescence descendante précoce du nerf optique, d'où perte plus ou moins marquée de la vision centrale; de plus, la névrite optique s'accompagne constamment de mydriase et d'une amaurose plus ou moins complète.

Ce n'est pas davantage une lésion de la bandelette optique. Isolée, cette lésion est exceptionnelle; en effet, la bandelette est enroulée autour du pédoncule cérébral, de sorte que tumeur ou ramollissement intéresse à la fois la bandelette et le pédoncule, d'où association de l'hémianopsie avec une hémiplégie alterne, croisée pour les membres, directe pour le nerf moteur oculaire commun (cas de M. Joffroy).

Est-ce le corps genouillé externe qui est atteint? Une telle lésion est encore mal connue dans ses effets, les cas en étant tout à fait exceptionnels. Pour M. Henschen, l'hémianopsie qui en résulterait serait partielle, en quadrant.

Quant au pulvinar, d'après M. Dejerine, sa lésion donnerait lieu à une hémianopsie croisée, mais presque toujours accompagnée d'hémiplégie et d'hémianesthésie, ce qui n'a pas lieu ici.

Par exclusion, nous trouvons donc que la lésion siège dans la zone corticale. C'est d'ailleurs, suivant M. Parinaud, le cas le plus fréquent. Les caractères en sont la netteté de l'hémianopsie croisée et l'intégrité du fond de l'œil.

Nous devons ici insister sur quelques points.

Comment la vision centrale persiste-t-elle? A cette question, on a fait deux réponses. M. von Monakow et M. Grasset admettent que la macula se projetterait non pas dans l'écorce, mais dans les centres optiques primaires (corps genouillés et tubercules quadrijumeaux), en sorte qu'une lésion corticale de la scissure calcarine la laisserait complètement intacte. C'est une opinion plausible, mais non démontrée. Pour M. Dejerine, chaque macula serait en rapport avec les deux bandelettes optiques et avec les deux centres visuels corticaux, dont l'un suppléerait à l'autre.

L'examen de la réflectivité pupillaire nous a montré, d'autre part, chez notre malade, l'existence de ce qu'on a nommé la réaction pupillaire hémianopsique : une lumière approchée de l'œil fait contracter la pupille si on déplace cette lumière dans la moitié droite du champ visuel, mais elle laisse la pupille invariable si le déplacement a lieu dans la moitié gauche du champ visuel.

Wernicke a supposé que la voie de ce réflexe est la suivante : parti de la rétine, il aboutit par le nerf optique, le chiasma et la bandelette au tubercule quadrijumeau antérieur, et de là à la substance grise entourant l'aqueduc de Sylvius au niveau de la partie antérieure de la colonne nucléaire du moteur oculaire commun; cette substance grise constituerait son centre. Dès lors, théoriquement, la suppression du réflexe indiquerait une lésion sous-jacente à ce centre, par suite une altération de la bandelette. Mais la clinique n'a pas confirmé cette hypothèse : d'après M. Dejerine, il y aurait des exemples d'hémianopsie d'origine corticale avec réaction pupillaire hémianopsique (comme chez notre malade), et des cas de lésion du chiasma sans cette réaction.

En résumé, il est très probable qu'ici la lésion est corticale et localisée à la face interne du lobe occipital, au voisinage de la scissure calcarine.

Le siège de la lésion étant indiqué, quelle en est la cause?

Nous pouvons faire trois suppositions : il peut s'agir d'une tumeur, d'un ramollissement ou d'une hémorrhagie.

L'éventualité d'une tumeur est peu vraisemblable, car le début de l'hémianopsie a été brusque, n'a pas été précédé des phénomènes précurseurs des tumeurs cérébrales, tels que céphalée, vomissements, titubations, vertiges.

Mais s'il est facile d'éliminer le diagnostic « tumeur », nous ne pouvons décider aussi aisément entre la thrombose et l'hémorrhagie. Dans les deux hypothèses, le début est brusque. La céphalée, la somnolence parlent peut-être en faveur d'une thrombose. Ce qu'on peut en tout cas affirmer, c'est qu'il y a une lésion vasculaire de l'écorce, hémorrhagie capillaire ou petite thrombose ayant créé un foyer circonscrit de ramollissement.

Les signes concomitants sont, d'ailleurs, autant de présomptions en faveur de ce diagnostic. L'examen du cœur nous montre cet organe un peu gros à la percussion, sans pourtant qu'il y ait une hypertrophie manifeste ni des troubles fonctionnels appréciables (légère dyspnée d'effort, mais ni palpitations, ni arythmie). A l'auscultation, le deuxième bruit est un peu plus accentué à droite du sternum; ce claquement des valvules aortiques exagéré témoigne de l'hypertension artérielle, que manifeste également l'état des radiales, faiblement athéromateuses et assez tendues.

Du côté du rein, il y a peu de troubles fonctionnels à noter : une polyurie modérée (2 litres), et parfois une légère pollakiurie nocturne (le malade se relève une à deux fois la nuit), fait fréquent chez un homme de soixante ans. Les urines sont claires, pâles, exemptes d'albumine; mais l'acide nitrique y produit une belle coloration rose pelure d'oignon, due à de l'urohématine en abondance. Or, vous savez l'intérêt de ce signe qui précède souvent l'albuminurie, et dont des cliniciens tels que Hardy et Gubler affirmaient la grande valeur diagnostique, en faisant l'indice presque certain d'une néphrite interstitielle. Il y a de plus d'autres symptômes de petit brightisme (doigt mort, fourmillements et picotements à la plante des pieds, cryesthésie), datant déjà de trois ou quatre ans.

Nous avons donc la certitude qu'il s'agit d'un début d'artériosclérose généralisée, avec probablement, malgré l'absence d'albumine et de bruit de galop, néphrite interstitielle. L'étude de la perméabilité rénale au bleu de méthylène confirme notre diagnostic. La matière colorante apparaît rapidement, dans le délai normal, mais son élimination persiste pendant quatre jours; il y a imperméabilité notable.

Ces données nous permettent d'apprécier la lésion cérébrale. En cas de néphrite, la thrombose peut certainement exister, reconnaissant comme cause une lésion artérielle associée à l'altération rénale. Mais l'hémorrhagie est beaucoup plus fréquente et s'accommode mieux du début brusque, faisant suite à un refroidissement.

Nous concluons donc à une *artériosclérose* probablement d'origine alcoolique avec *néphrite interstitielle*, ayant entraîné une *apoplexie capillaire du cunéus droit* et de l'*hémianopsie*.

Ce syndrome de l'hémianopsie chez les brightiques n'est, d'ailleurs, pas exceptionnel. En quelques années, j'ai pu en observer dans ma clientèle quatre exemples.

Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'un homme de soixante-douze ans, très robuste, grand marcheur et amateur d'escrime, ne présentant aucune trace de sénilité apparente. Un matin, il se lève avec des étourdissements et de la céphalée, et s'aperçoit qu'il ne peut pas lire son journal. Ce malade, fort intelligent, se rend compte qu'il ne voit que la moitié des mots quand il porte les yeux directement en avant de lui, et qu'il lui faut regarder obliquement pour lire les caractères d'imprimerie. Il me fait appeler. Je lui trouve le pouls dur, inégal et irrégulier, de l'accentuation du deuxième bruit aortique avec de l'arythmie cardiaque et des traces d'albumine; j'apprends alors qu'il a depuis quelques mois de la polyurie nocturne et de la pollakiurie; bref, des signes non douteux de néphrite scléreuse commençante. L'hémianopsie sembla disparaître au bout de quelques semaines par accoutumance du sujet qui avait pris l'habitude de lire obliquement, et pendant six mois la santé se maintint bonne. Mais à cette date un nouvel ictus plus grave survint, qui laissa le malade aphasique. Dix-huit mois après le premier accident, il succombait à une troisième attaque d'apoplexie.

Le second cas que j'ai observé est celui d'un médecin de mes amis, âgé de quarante-huit ans, homme très actif, très sobre, n'ayant eu ni la syphilis ni aucune autre maladie infectieuse, sauf une grippe trois ans auparavant, laquelle avait été suivie de manifestations articulaires d'apparence rhumatismale. L'année dernière, au printemps, ce confrère fut pris un jour d'éblouissement, de vertige, avec ictus léger, engourdissement momentané, excitation cérébrale passagère; il lui resta de cette petite attaque des troubles profonds de la vue. Il vint à Paris consulter M. Chevallereau, son ancien condisciple, qui lui trouva de l'hémianopsie et simultanément quelques taches hémorrhagiques de la rétine. Pourtant l'urine n'était pas albumineuse, mais il existait de la polyurie nocturne, un peu de tachycardie et d'arythmie, et une accentuation du deuxième bruit; les artères étaient dures et le pouls fort tendu. Le malade se soumit au régime lacté et au traitement ioduré, qui améliorèrent son état. Comme dans le fait précédent, il y eut accoutumance assez rapide de l'œil à l'hémianopsie. La santé se rétablit; il restait seulement quelques céphalées vagues, de temps en temps des crises d'oppression, et surtout une réelle inaptitude au travail qui força le patient à se faire remplacer dans sa clientèle. Au mois d'août, il fut pris brusquement d'une congestion pulmonaire aiguë avec anurie. Une saignée, des ventouses amenèrent un soulagement momentané. Mais quinze jours après survint une nouvelle crise de dyspnée, hors de proportion avec les signes d'auscultation, et cet homme mourut au milieu de véritables phénomènes urémiques; pourtant, même à la fin, les urines ne contenaient pas d'albumine, mais elles étaient rares et de faible densité.

Ici donc, même syndrome : artériosclérose et néphrite latente sans albuminurie. L'hémianopsie a été le phénomène prémonitoire, à partir duquel le malade a décliné, pour être emporté par des accidents cardio-rénaux ultimes.

La troisième observation concerne un jeune homme de vingt-quatre ans pour lequel je fus appelé aux environs de Paris en février dernier. Ce patient, bien constitué, avait eu le 15 janvier une commotion cérébrale, à la suite d'un coup violent sur la tête; pendant quelques jours, il avait souffert d'une céphalée persistante qui disparut progressivement. Quinze jours plus tard, s'étant refroidi, il fut pris de frissons, de fièvre à type rémittent, avec exacerbations nocturnes, sans sueurs. Les signes prépondérants étaient de la céphalée, de l'abattement, de la courbature et des douleurs articulaires. Cet état dura douze à treize jours; la fièvre résistait à l'administration de la quinine. Pendant quatre jours à partir du 20 février, la céphalée s'accentua ainsi que la somnolence et les douleurs lombaires. Le 25 du même mois, ce jeune homme se réveille brusquement avec une perte presque complète de la vue; son médecin, appelé d'urgence, constate de l'abattement, de la titubation, de l'obnubilation intellectuelle sans fièvre; la céphalée est excessive; dans la journée se produisent deux vomissements; le pouls est ralenti. Tous ces phénomènes font craindre une méningite imminente, peut-être liée à un abcès traumatique du cerveau. Je suis mandé le soir même par dépêche. Je trouve un malade abattu, somnolent, l'intelligence obscurcie, ayant perdu notablement la mémoire, répondant lentement aux questions. Il existe une hémianopsie homonyme gauche totale. De plus, l'acuité visuelle est diminuée, les pupilles sont larges, égales, répondent mal à la lumière et à l'accommodation. Le sujet est dans l'impossibilité de lire, bien qu'il reconnaisse les gros caractères; il épelle les lettres, mais sans pouvoir les associer. Je constate, en outre, quelques troubles sensitifs diffus : c'est ainsi que

les sensations tactiles et douloureuses sont confondues, une piqûre n'étant pas distinguée d'avec un simple contact.

En même temps que ces troubles cérébraux, je note une forte tension artérielle, un pouls dur et vibrant, un cœur battant lentement et fortement, avec accentuation marquée des deux bruits. L'examen des urines montre une très forte proportion d'albumine, près de 3 grammes par litre. Ce dernier symptôme détermine mon diagnostic : au lieu de la méningite traumatique suppurée que craignait le médecin traitant, je songe à une néphrite aiguë compliquée d'accidents encéphaliques, vraisemblablement d'une hémorrhagie corticale. Ce diagnostic fut confirmé, trois jours plus tard, par l'examen ophtalmoscopique pratiqué par M. Parinaud, qui découvrit dans les yeux des traces d'exsudats blanchâtres et une petite hémorrhagie rétinienne évidemment liée à l'albuminurie.

Le traitement institué consista en sangsues appliquées derrière les oreilles, calomel à doses réfractées, régime lacté absolu.

Sous l'influence de cette médication, un mieux sensible se manifesta très rapidement; au bout de dix jours, le malade avait retrouvé l'usage de ses yeux et pouvait lire facilement. Il avait encore, pourtant, un très léger degré d'hémianopsie, mais ce symptôme s'était beaucoup modifié. L'albumine était également en diminution et la céphalée avait disparu. Trois semaines après l'accident, il n'avait plus que 0 gr. 20 centigr. d'albumine et ne conservait aucune trace de ses troubles oculaires. Il est, depuis, complètement guéri et n'élimine plus que des traces indosables d'albumine.

Enfin, je possède encore un quatrième fait. Il s'agit d'une dame de cinquante-trois ans, présentant, depuis l'époque de sa ménopause, une série de phénomènes d'ordre congestif (somnolence, perte de la mémoire, changement de caractère, diminution de l'aptitude au travail). Tous ces symptômes se rattachent à l'artériosclérose, qui, dans ce cas, n'est pas douteuse. Or, depuis quelques mois, cette malade s'est aperçue d'un trouble profond dans sa vision, trouble qu'elle distingue bien d'avec sa presbytie habituelle, et qui s'est manifesté brusquement, dans l'espace de quelques jours. En l'examinant avec soin, j'ai constaté chez elle de l'hémianopsie, comme chez les sujets précédents, et j'ai de suite cherché l'état des urines. Elles ne sont pas albumineuses, mais riches en urohématine. Il existe également de la polyurie nocturne. C'est donc une observation tout à fait semblable à celle du malade qui fait l'objet de cette conférence. Cette femme, sur les conseils de M. Parinaud, prend régulièrement de l'iodure de potassium, et elle s'en trouve bien.

Ces quelques faits vous prouvent que le syndrome que nous étudions n'est pas exceptionnel, et qu'il est assez fréquent de rencontrer associées l'artériosclérose, avec sa complication de troubles fonctionnels rénaux et de néphrite interstitielle, et l'hémianopsie. Même quand la néphrite est peu accusée, l'hémianopsie est en somme très accentuée : c'est donc un phénomène précoce, dont la valeur séméiologique et pathogénique est, par conséquent, grande.

Au point de vue du pronostic, ce signe est d'ordinaire fâcheux, puisque sur nos cinq observations, nous enregistrons deux cas terminés assez rapidement par la mort. Pourtant il peut y avoir guérison, mais incomplète, ou du moins état stationnaire.

Que devient la lésion cérébrale ? Théoriquement, elle peut guérir par résorption du sang, si elle est liée à une hémorrhagie capillaire; mais elle laisse presque toujours des traces quand elle est le fait d'une thrombose, car il reste un foyer de ramollissement, aboutissant, dans l'hypothèse la plus favorable, à une cicatrice.

Le trouble fonctionnel, l'hémianopsie, persiste alors, mais, chose curieuse, il finit par être ignoré du malade qui apprend à se passer de la moitié insensible de sa rétine, tout comme, chez les strabiques, la diplopie disparaît, le sujet négligeant les impressions perçues par l'une de ses rétines. C'est ainsi que notre premier malade ne se plaint plus de ses yeux, il lit son journal, et pourtant l'hémianopsie est aussi complète que le premier jour. Ce trouble peut cependant s'amender et même disparaître, comme chez mon troisième patient, mais on en retrouve presque toujours des vestiges.

Quant à la lésion rénale, elle échappe souvent au contrôle, et son pronostic est difficile à établir. S'il y a albuminurie, la diminution de l'albumine est regardée comme un bon symptôme, mais elle n'indique pas forcément que la perméabilité soit meilleure. La polyurie a une signification plus précise : sa présence est un indice favorable, surtout quand elle n'est pas la conséquence d'une tension artérielle très exagérée. La persistance de la céphalée, par contre, est un phénomène grave, souvent précurseur de futures attaques.

Le traitement repose sur plusieurs indications.

Il faut d'abord diminuer la tension artérielle, danger d'hémorrhagie, par l'application répétée de sangsues et par des purgatifs drastiques, tels que le calomel, l'aloès, le cascara, etc. Les iodures qui, d'après mon maître Gubler, favorisent les congestions, ne seront donnés qu'à petites doses, et, dans tous les cas, jamais dans la période aiguë de la céphalée. On insistera plutôt sur les bromures, en particulier associés à l'iodure. Pour une raison analogue, nous éviterons les médicaments dit toniques du cœur (digitale, spartéine, même théobromine), sauf quand il y a urémie.

Une seconde indication est de provoquer la diurèse et de favoriser l'élimination des toxines, puisque l'insuffisance rénale peut s'établir d'un jour à l'autre. On la remplira par le régime lacté et l'administration de purgatifs salins.

Enfin, nous insisterons sur une alimentation antipléthorique, le régime végétarien par exemple : donc peu de viande, pas d'excitants cardiaques, comme le thé, le café, les liqueurs, le tabac, et peu de liquides aux repas. Il va de soi qu'il faut proscrire absolument tous les aliments qui peuvent contenir des toxines, comme les conserves, la charcuterie, le gibier faisandé et les viandes marinées. C'est là, du reste, un précepte de thérapeutique commun à toutes les affections rénales, quelles qu'elles soient.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juin 1901.

Mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897.

M. Budin lit, à l'occasion d'un travail de MM. Balestre et Giletta de Saint-Joseph (de Nice), un rapport dont voici le résumé : il résulte des statistiques établies par le Ministère de l'Intérieur que, sur 1,000 décès de tout âge, il y en a, en moyenne, 167 concernant des enfants de moins d'un an. Dans certaines villes, cette proportion s'élève jusqu'à 294 (Lille), 342 (Dunkerque), 414 ‰ (Marcq-en-Barœul), et même au-delà dans quelques localités de la Bretagne.

De 1,000 décès d'enfants au-dessous d'un an, 385 sont dus à la gastro-entérite, 147 aux maladies des voies respiratoires, 171 à la débilité congénitale, 25 à la tuberculose, 50 aux maladies contagieuses et 222 à toutes les autres causes réunies.

D'après M. Budin, il serait facile d'éviter la plupart de ces maladies et, par conséquent, de diminuer dans une très forte proportion la mortalité des nouveau-nés, en veillant d'une façon plus rigoureuse à l'application de la loi Roussel et à la stricte observation des prescriptions hygiéniques et alimentaires qui peuvent assurer la santé des enfants.

M. Fournier. — Il est regrettable que la syphilis héréditaire ne figure pas parmi les causes de mortalité des nouveau-nés qui viennent d'être énumérées par M. Budin. Il n'est pas douteux que la mortalité infantile par syphilis, et particulièrement par la syphilis du père, soit considérable. Sur 100 naissances survenant dans des familles syphilitiques appartenant à la classe aisée ou riche, on compte, en effet, 48 morts; à l'hôpital, cette proportion atteint jusqu'à 80 %.

Je profite de cette occasion pour rappeler qu'en prescrivant le traitement spécifique pendant la grossesse aux femmes syphilitiques, on peut, dans un très grand nombre de cas, prévenir la mort du fœtus.

M. Budin fait remarquer que si la syphilis ne figure pas parmi les causes de décès invoquées par MM. Balestre et Giletta de Saint-Joseph, c'est parce que ces auteurs ont puisé les matériaux de leur travail dans les statistiques officielles où la syphilis des parents n'est jamais mentionnée.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 juin 1901.

Un cas de trichosporie (piedra nostras) observé en France.

M. P. Vuillemin. — Chez un homme de trente-six ans, habitant Nancy, j'ai eu l'occasion d'observer une affection particulière des poils de la moustache, lesquels étaient entourés dans leur partie moyenne d'une sorte de gaine plus ou moins saillante, constituée par des cellules végétales à parois épaisses, incrustées dans une substance fondamentale. Ces éléments végétaux appartenaient à ce qu'on a appelé le « champignon du chignon », parasite trouvé dans des chevelures vivantes ou coupées, et rapporté par certains auteurs aux algues, par d'autres aux champignons ou aux bactéries; les caractères morphologiques relevés dans ce cas me paraissent bien démontrer qu'il s'agit d'un champignon; je propose de le nommer *Trichosporum Beigelii*, et d'appeler, par suite, « trichosporie » les lésions qu'il détermine.

Celles-ci offrent les plus grandes analogies avec la *piédra* de Colombie (*trichomycose noueuse* des auteurs français), dont deux cas ont été signalés en Allemagne; mais le parasite de cette trichomycose a des éléments plus volumineux que le trichospore que j'ai rencontré chez mon malade; en outre, il demeure toujours extérieur au poil, tandis que dans mon observation l'enduit parasitaire, sans pénétrer jusqu'à l'écorce, avait cependant contracté des adhérences intimes avec l'épidermicule dont il était impossible de le séparer.

Je dois ajouter que j'ai obtenu la guérison au bout de quatre semaines, à la suite de brossages de la moustache dans une solution de sublimé à 2 ‰.

Les origines de l'iode de l'organisme.

M. P. Bourcet envoie un travail dans lequel il étudie l'origine de l'iode que l'on rencontre dans presque tous les organes de l'homme. Ce métalloïde existe dans l'air et dans les eaux; aussi les végétaux, croissant sur des terrains et arrosés par des eaux qui contiennent de l'iode, assimilent cet élément et le transmettent aux animaux herbivores, lesquels, à leur tour, le repassent aux carnivores dont ils sont la proie.

L'homme, étant omnivore, dispose d'une assez grande quantité d'iode, car les végétaux qui forment la base de son alimentation renferment une plus forte proportion de ce corps que les substances animales dont il se nourrit également.

M. E. Branly adresse une note relative à l'*électrolyse des tissus animaux*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juin 1901.

Tétanos post-opératoire.

M. Reynier. — J'ai eu ces temps derniers, dans mon service, une petite épidémie de tétanos.

Le premier sujet frappé fut un homme de vingt-quatre ans, opéré le 31 janvier pour une hernie par un de mes internes, sous la surveillance de mon assistant, M. Bouglé; dix jours après l'intervention, ce malade fut pris de raideur de la nuque; des injections de sérum antitétanique furent faites, on administra du chloral et de l'opium, mais la mort n'en survint pas moins au cinquième jour.

Une femme, opérée le 4 février par M. Bouglé pour un pyosalpinx, fut également atteinte de tétanos treize jours plus tard; elle succomba au bout de huit jours, malgré un traitement énergique par le sérum antitétanique, le chloral et l'opium.

Enfin, le 16 février, M. Bouglé opéra un homme pour une hernie inguinale et, en raison des faits précédents, il crut devoir faire une injection préventive de sérum antitétanique. Néanmoins, le malade présenta, le 3 mars, du trismus et de la raideur de la nuque; on pratiqua immédiatement une injection de sérum antitétanique, et on donna en outre du chloral à très hautes doses. Ce patient guérit.

J'ai reçu une observation analogue de M. Manceau (de Nossi-Bé); elle concerne un soldat de la légion étrangère qui, à la suite d'une injection de quinine faite avec toutes les précautions antiseptiques, fut pris de tétanos et succomba trente heures après le début des accidents.

M. Quénu. — Le troisième cas rapporté par M. Reynier est particulièrement intéressant, en ce que l'injection préventive a complètement échoué.

Je ne m'explique pas très bien comment la contagion du tétanos peut s'effectuer d'un malade à l'autre, dans un service de chirurgie, lorsque toutes les précautions d'isolement ont été prises.

M. Delbet. — J'ai eu dans mon service, il y a deux mois environ, un cas de tétanos pour lequel M. Borrel a pratiqué une injection intracrânienne de sérum antitétanique; je dois dire qu'à partir de ce moment les phénomènes se sont singulièrement aggravés, et je ne puis m'empêcher de penser que ce malade ne serait peut-être pas mort aussi rapidement si on ne lui avait pas fait cette injection intracrânienne.

M. Brun. — Dans un cas, j'ai vu également une injection intracérébrale être suivie de mort rapide, dans des conditions qui m'ont fortement impressionné.

M. Monod. — J'ai observé dans mon service, il y a quelques années, un exemple de tétanos post-opératoire, pour lequel le mode de contagion est resté bien obscur.

M. Bazy. — Je crois que l'efficacité des injections préventives de sérum antitétanique est suffisamment démontrée, mais, chez les malades qui suppurent, il est nécessaire de répéter les injections.

Dans un fait que j'ai eu l'occasion d'observer, et où l'on employait simultanément le chloral et les injections de sérum antitétanique, la suppression momentanée du chloral coïncida avec une aggravation immédiate; l'emploi de ce médicament à hautes doses fut aussitôt repris, et la guérison survint.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juin 1901.

Pseudo-myxœdème dû à une dystrophie orchidienne chez un syphilitique.

M. Dalché communique l'observation d'un homme de trente-six ans, ayant eu autrefois un chancre syphilitique, qui se plaignait d'éprouver depuis cinq ou six ans une lassitude générale et une faiblesse accentuée surtout au niveau des membres inférieurs : ceux-ci étaient le siège d'une bouffissure, d'une sorte d'infiltration œdémateuse des téguments, qui s'étendait même à l'abdomen; les bras et le haut du tronc étaient respectés, mais la face était également un peu bouffie.

La glande thyroïde ne semblait pas augmentée de volume; par contre, les testicules étaient petits, atrophiés et offraient tous les caractères des testicules syphilitiques. Le malade se plaignait, du reste, d'une impuissance génitale absolue depuis plusieurs mois et d'une grande paresse cérébrale. Il existait, en outre, une polyurie très accusée, sans albuminurie ni glycosurie. Enfin, la vision était complètement abolie du côté gauche, et l'examen du fond de l'œil permit d'y constater des lésions de choroïdite syphilitique.

En présence de ces accidents dystrophiques, dont l'origine spécifique ne semblait pas douteuse, on crut devoir soumettre le malade à une cure par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Ce traitement n'ayant donné aucun résultat, on eut recours à l'opothérapie testiculaire; quelques jours après, on assista à la disparition de la bouffissure des membres inférieurs, ainsi qu'au retour des forces et de l'activité cérébrale.

Cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales.

M. Dupré. — J'ai pratiqué avec M. Devaux l'étude cytologique du liquide céphalo-rachidien chez huit malades atteints de cérébropathies ou de psychopathies diverses. Chez deux d'entre eux, qui étaient atteints de paralysie générale, nous avons constaté une lymphocytose abondante, qui faisait, au contraire, complètement défaut dans les six autres cas, comprenant une démence sénile, une démence consécutive à une lésion cérébrale en foyer, une démence précoce, et trois délires mélancoliques.

Ces recherches prouvent l'utilité de l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien quand on hésite entre une affection organique des centres nerveux avec participation des méninges, telle que la paralysie générale, et diverses encéphalopathies, organiques ou non, sans lésions méningées.

M. Nageotte déclare n'avoir jamais rencontré de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien de sept malades atteints de démence précoce.

Sur les septicémies staphylococciques du type général.

M. Etienne (de Nancy). — A côté des infections staphylococciques se manifestant par des accidents divers (abcès sous-cutanés, pleurésies purulentes, méningites suppurées, etc.), il existe des infections de même origine à type général, c'est-à-dire évoluant sans aucune localisation déterminée.

J'ai observé récemment une jeune femme qui fut prise, pendant la convalescence d'une angine, d'une fièvre intense avec sueurs profuses, prostration, etc. L'état général s'aggrava progressivement, l'amaigrissement devint rapidement considérable et la mort survint au bout de quelques jours, sans aucune localisation du processus infectieux.

A l'autopsie, les principaux viscères étaient le siège de lésions infectieuses banales, mais le sang, recueilli par piqûre du cœur quelque temps après la mort, contenait un grand nombre de staphylocoques; l'examen histologique des différents tissus permit également d'y constater le même microbe.

C'est là, je crois, un exemple de septicémie foudroyante à staphylocoques, dont l'angine a vraisemblablement été le point de départ.

A côté de cette forme suraiguë de staphylococcie à type général, il en existe d'autres à marche moins rapide, quelquefois même prolongée, dont la terminaison n'est pas toujours mortelle. Quelle que soit leur durée, ces septicémies staphylococciques à type général se caractérisent dès le début par une adynamie profonde, par des sueurs profuses et par un amaigrissement extrême. Ces caractères, à la vérité, ne suffisent pas pour permettre de les différencier d'avec les septicémies dues au streptocoque; aussi, en l'absence de toute détermination suppurative locale, c'est à l'examen bactériologique du sang qu'il faudra recourir pour déterminer la nature de l'infection.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 juin 1901.

De l'échinococcose secondaire embolique.

M. Devé. — La greffe des germes mis en liberté par la rupture d'un kyste hydatique primitif peut se faire localement, ou sur toute la surface d'une séreuse, ou encore à distance, par la voie sanguine; dans ce dernier cas, elle donne naissance à l'échinococcose secondaire embolique. Il existe dans la littérature médicale un certain nombre d'exemples de kystes hydatiques du poumon reconnaissant cette pathogénie.

Nous avons réussi à reproduire expérimentalement chez le lapin cette échinococcose métastatique du poumon, en inoculant, dans la veine de l'oreille, des vésicules proligères et des scolex. Ces germes constituent des embolies capillaires qui, n'occasionnant pas de troubles circulatoires notables, permettent la survie et le développement ultérieur des kystes pulmonaires secondaires. Les vésicules filles, au contraire, lorsqu'elles pénètrent dans les vaisseaux, produisent des embolies brutales déterminant des accidents ischémiques rapidement mortels.

Sur la fatigue résultant des excitations de l'odorat.

M. Féré montre une série d'ergogrammes représentant en kilogrammètres le travail accompli soit sans excitation préalable (travail normal), soit après une excitation olfactive plus ou moins prolongée. Ces graphiques prouvent que les odeurs, qu'elles soient agréables ou désagréables, déterminent une excitation passagère, mais qu'en somme elles diminuent la capacité de travail. Cette conclusion ne saurait surprendre : des excitations sensorielles qui n'apportent aucun élément à la nutrition ne peuvent que modifier la distribution de l'énergie disponible; ce qu'elles font gagner en rapidité et en qualité, on le perd en quantité.

Technique des injections épidurales par voie sacrée.

M. Cathelin. — Il résulte de mes recherches que la flèche de courbure du canal sacré est toujours plus petite que celle du sacrum. J'ai constaté, en outre, que le cône dural se termine à une distance variable (de 5 à 9 centimètres) de l'ouverture inférieure du canal sacré. Enfin, il existe presque toujours un point rétréci au niveau de la troisième vertèbre sacrée et un aplatissement du canal dans la région de la cinquième vertèbre, ce qui justifie la direction oblique que l'on doit donner à l'aiguille dans la ponction du canal sacré.

En terminant, je ferai remarquer que la méthode des injections épidurales est applicable à tous les médicaments solubles et facilement assimilables, en particulier aux sels solubles de mercure (benzoate et cyanure), ainsi qu'aux différents sérums thérapeutiques, etc.

Propriétés chimiotactiques du sérum immunisant contre le charbon symptomatique et leur neutralisation par l'acide lactique.

M. F. Arloing. — J'ai constaté, par la méthode des sacs de baudruche inclus dans le péritoine de lapins, que le sérum anticharbonneux présente un pouvoir chimiotactique très élevé : il attire environ 389 leucocytes par millimètre cube, au lieu que le sérum de génisse normale n'en attire que 49.

L'addition de 1 à 2 % d'acide lactique, substance douée de propriétés chimiotactiques négatives, neutralise dans une grande mesure ce pouvoir du sérum anticharbonneux. En proportion plus élevée et à la température de l'organisme, l'acide lactique détermine une sorte de gélification du sérum. Dans ces conditions, toute action chimiotactique est suspendue.

De la toxicité de la macération de viande.

MM. Cassaët et **Saux** (de Bordeaux.) — Nous avons étudié récemment la toxicité, à l'égard des animaux, du produit de la macération d'une partie de viande finement triturée dans dix parties d'eau.

Le suc ainsi obtenu, injecté par la voie veineuse à des lapins, détermine la mort à la dose moyenne de 53 c.c. par kilogramme de poids.

Nous croyons pouvoir conclure de ces expériences que le suc de viande ne possède qu'une très faible toxicité.

De la présence de l'oxyde de carbone dans le sang des nouveau-nés parisiens.

M. Nicloux. — Le sang normal contient une certaine quantité d'oxyde de carbone, que l'on évalue à 0 c.c. 145 %. La question de savoir si cet oxyde de carbone provient de l'air atmos-

phérique ou de l'organisme n'est pas encore parfaitement élucidée; ce qui tendrait cependant à faire admettre la seconde hypothèse de préférence à la première, c'est que j'ai pu constater la présence de ce gaz dans le sang d'un certain nombre de nouveau-nés parisiens n'ayant pas encore respiré : sa proportion y était de 0 c.c. 11 %.

Sur les propriétés de la bile rabique.

MM. Galavielle et **Aoust** (de Montpellier) adressent une note de laquelle il résulte que si la bile, soit rabique, soit normale, possède une certaine action neutralisante à l'égard du virus fixe de la rage, cette neutralisation ne se produit que lorsqu'il y a un contact direct entre les deux substances. D'autre part, les injections de bile normale ou rabique ne paraissent pas avoir d'action préventive, qu'elles soient faites avant l'inoculation du virus ou pendant la période d'incubation.

De l'existence de fibres vasomotrices dans les nerfs du plexus brachial.

M. Egger. — Chez deux sujets atteints d'une paralysie du plexus brachial par arrachement des cinquième, sixième, septième et huitième racines cervicales, j'ai observé une hyperhémie neuroparalytique de la main, du poignet et de la partie inférieure de l'avant-bras. Il semble résulter de ces deux faits que, comme Schiff l'avait autrefois soutenu, le plexus brachial contient des fibres vasomotrices se distribuant à tout le segment inférieur du membre supérieur.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 6 juin 1901.

Lymphangite infectieuse de la Guyane.

M. J. Darier. — Je vous présente, au nom de M. de Christmas et en mon nom, un malade atteint d'une affection cutanée tropicale qui ne me paraît pas avoir encore été classée. Après trois séjours d'une année dans la Guyane hollandaise, cet homme a vu apparaître l'hiver dernier, au moment de la saison des pluies, un tubercule sous-cutané, violacé, qui siégeait sur le dos de la main droite et fut bientôt suivi de formations analogues le long des lymphatiques de la région; ultérieurement, des indurations semblables se produisirent sur le poignet gauche. Ces sortes de gommes lymphangitiques s'ulcérèrent dans la suite; après avoir résisté pendant plusieurs mois à divers traitements, elles sont actuellement en voie de cicatrisation.

D'après les renseignements que nous a fournis le malade lui-même, cette affection est connue dans la Guyane sous le nom de *pian-bois*. Elle se développe toujours primitivement dans l'hypoderme et n'est jamais consécutive à une excoriation cutanée. Elle serait fréquente dans les forêts vierges de l'Amérique tropicale, et on la croit identique au craw-craw du Congo. Elle n'apparaît qu'à la saison des pluies, ne se transmet pas d'homme à homme par contagion et ne semble pas inoculable aux animaux.

Les tubercules sous-cutanés par lesquels débute la maladie ne siègent que dans les régions découvertes (mains, face, extrémités inférieures chez les gens qui marchent pieds nus). Il est de règle que ces lésions guérissent; les ulcérations se cicatrisent au bout de six mois en moyenne.

On ne sait rien de l'étiologie de cette affection, sinon qu'elle s'observe uniquement dans les régions des forêts vierges. Aussi les habitants de la Guyane attribuent-ils une influence dans sa production aux moisissures qui se développent sous les ombrages luxuriants de ces forêts.

Notre malade n'est ni syphilitique, ni tuberculeux, mais il a eu quelques atteintes d'impaludisme.

On avait fait sans succès, dans la Guyane, des applications antiseptiques au niveau des lésions. Ici, les ulcérations ont été traitées, d'un côté par le thermocautère, de l'autre par une pommade au perchlorure de fer; elles sont en pleine voie de cicatrisation.

Une biopsie ne nous a rien révélé de particulier; nous avons retrouvé l'aspect histologique d'une simple plaie qui se cicatrise.

M. L. Wickham. — J'ai eu l'occasion de voir à Londres un cas de craw-craw; il était surtout caractérisé par un prurit intense qui avait précédé les ulcérations et était aussi marqué que dans la gale. Chez le malade qui nous est présenté, il ne s'est à aucun moment produit de trouble fonctionnel analogue; aussi je ne pense pas qu'on puisse confondre les lésions dont il est porteur avec celles du craw-craw.

M. Gallois. — Je ferai des réserves analogues à celle de M. Wickham. Dans un cas de craw-craw que j'ai observé, il s'agissait d'une dermatose pustuleuse en corymbe, donnant une teinte chocolat aux téguments, mais il n'y avait rien de semblable aux gommes du malade de M. Darier.

M. E. Besnier. — Il résulte des observations faites sur ce patient, comme des renseignements qui nous ont été fournis dans une de nos dernières séances à propos d'un cas d'ulcère du Gabon (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 86), que toutes ces ulcérations propres aux régions tropicales suivent une marche cyclique, et ne sont guère influencées par la thérapeutique. Il faut cependant s'attacher à ne pas prolonger leur durée par l'application intempestive de substances antiseptiques et irritantes; les pansements aseptiques donnent généralement les meilleurs résultats.

Mycosis fongoïde à forme cyanotique traité par la médication cacodylique.

M. Gaucher. — Voici une femme de quarante-trois ans qui présenta en septembre 1899 une éruption d'abord localisée aux lobes des oreilles, puis étendue à la totalité de la face et du cuir chevelu. Les cheveux étaient presque tous tombés; la peau s'était épaissie et offrait une coloration d'un rouge violacé; de fines squames recouvraient les régions envahies. La face postérieure des bras, le dos des mains, la partie supérieure du thorax étaient aussi atteints, mais à un bien moindre degré. Cette éruption céda en quelques semaines à la médication cacodylique, mais elle reparut un an plus tard, envahissant de nouveau les mêmes régions avec une grande rapidité.

Vous voyez que l'aspect de la face rappelle celui des malades atteints de cyanose; les oreilles, le cuir chevelu sont rouges, infiltrés, couverts de squames. Les ganglions sterno-mastoïdiens forment un chapelet induré, qui se prolonge jusque dans les creux sus-claviculaires.

Il s'agit bien de mycosis; l'examen du sang montre une légère lymphocytose. Mais les apparences tout à fait particulières et la rareté de cette forme peuvent rendre le diagnostic hésitant.

M. L. Wickham. — Dans un cas de mycosis fongoïde dont j'ai parlé au Congrès de dermatologie de 1900, j'ai obtenu un résultat très encourageant des injections sous-cutanées de cacodylate de soude à dose progressivement croissante et par séries intermittentes. Mon malade, qui est en traitement depuis deux ans, ne présente plus aucune lésion. De temps à autre, les démangeaisons réapparaissent chez lui, mais quelques injections de cacodylate les font rapidement disparaître.

M. Danlos. — Je dois dire que, dans un cas, cette thérapeutique m'a paru, au contraire, hâter l'évolution de l'affection.

Eruption bromique.

M. Hallopeau présente, en son nom et au nom de M. Watelet, un nourrisson dont les joues, le front, les membres et le tronc sont couverts de placards papuleux, hypertrophiques, végétants, suppuratifs par places. L'aspect de ces lésions permet de les rattacher à une intoxication bromique. Cet enfant a pris, en effet, un sirop contenant du bromure de calcium.

M. E. Besnier. — Les enfants paraissent avoir une intolérance particulière pour les composés bromés, même administrés à faible dose.

M. A. Fournier. — Ces lésions papulo-hypertrophiques bromiques sont le plus souvent sèches et peuvent être confondues avec des manifestations syphilitiques. Chez un malade atteint de syphilis cérébrale, j'ai observé une éruption analogue, généralisée, à la suite de l'usage prolongé de bromure de potassium. Il est à remarquer qu'après guérison de son érythème, ce sujet a continué à absorber du bromure à forte dose et qu'il n'en a plus jamais été incommodé.

M. Barthélemy. — Dans les cas de dermites bromiques que j'ai eu l'occasion d'observer, les lésions étaient franchement bulleuses et suppuratives.

Glossite dépapillante circinée au cours d'une syphilis datant de vingt-huit ans.

M. A. Fournier montre un homme ayant contracté la syphilis en 1873, et ayant eu, après son chancre, de la roséole, puis, au bout de plusieurs années, des syphilides tuberculeuses, ensuite une hémiplégie; dans ces dernières années, il a présenté des gommes; actuellement, enfin, sa langue est le siège d'une glossite dépapillante circinée. En général, cette lésion appartient plutôt à la période secondaire de la syphilis, mais on peut la rencontrer également à une phase tardive de la maladie. Il y a lieu de se demander si cette forme de glossite peut transmettre la syphilis; quelques observations sont très favorables à cette hypothèse.

M. E. Besnier. — Je suis d'avis qu'on ne doit pas permettre un mariage prochain à un syphilitique porteur d'une telle lésion.

Kératose folliculaire (type Brooke).

M. Barbe. — J'ai observé chez deux frères, âgés l'un de sept ans et demi, l'autre de huit ans et demi, des lésions cutanées identiques, consistant en saillies cornées, analogues à de petites épines de 1 à 2 millimètres de long, de couleur gris jaunâtre et disposées sur les parties latérales et postérieures du cou. En promenant la main sur la région, il semble qu'on touche une râpe. A l'aide d'une pince, on arrache aisément quelques-unes de ces saillies, qui donnent un peu l'impression de cheveux trichophytiques courts et cassés; toutefois, l'examen microscopique démontre qu'il ne peut être question de trichophytie.

Ces deux frères sont hérédo-syphilitiques; sous l'influence du traitement mercuriel et ioduré, ces altérations cutanées se sont effacées pour reparaître quinze jours après qu'on eut cessé l'administration de ces médicaments. Il ne s'agit pourtant pas là de manifestations syphilitiques, mais d'une variété de kératose folliculaire qui serait contagieuse et d'origine parasitaire : elle a été observée par Brooke (de Manchester), chez plusieurs sujets d'une même famille habitant ensemble.

Cette affection guérit aisément, mais récidive avec la plus grande facilité.

Le succès que j'ai obtenu du traitement mercuriel est favorable à l'hypothèse de l'origine parasitaire de cette kératose.

Eruption due à l'antipyrine.

M. Danlos présente une femme dont toute la surface cutanée est couverte de taches lenticulaires bronzées. Cette éruption est actuellement en voie de disparition; au début, les macules étaient noirâtres, et cette coloration permettait de reconnaître un exanthème provoqué par l'ingestion d'antipyrine.

M. E. Besnier. — Je crois utile d'insister sur cette coloration spéciale des éruptions dues à l'antipyrine, coloration que M. Brocq nous a appris à connaître. J'ai le souvenir d'une jeune femme qui vint me consulter au sujet de trois taches à la face, noires comme si elles avaient été produites par de l'encre. L'apparition de chacune de ces macules avait coïncidé avec l'absorption d'une dose d'antipyrine. Ces lésions persistaient depuis plusieurs mois; il arrive fréquemment, en effet, que les éruptions consécutives à l'usage d'antipyrine mettent longtemps à s'effacer.

Nævus vasculaire développé chez un hérédo-syphilitique et affectant une disposition myélomérique.

M. G. Gasne. — Ce jeune homme, qui offre de nombreux stigmates d'hérédo-syphilis, est porteur, à la face postérieure du membre inférieur gauche, d'un nævus s'étendant de la fesse jusqu'au talon.

Le nævus n'avait pas encore été signalé parmi les nombreuses dystrophies dues à l'hérédo syphilis. Celle-ci, dans le cas présent, a probablement exercé son action sur la moelle; les taches vasculaires sont, en effet, distribuées suivant les territoires myélomériques signalés

par Head; l'hyperesthésie à la température et à la douleur, que l'on constate au niveau de cette région, confirme l'origine probablement médullaire des troubles observés.

Hérédo-syphilide lupiforme du nez.

M. Gaucher. — Voici la photographie d'une femme atteinte d'une lésion tuberculo-ulcéreuse du nez, considérée depuis quinze ans comme un lupus. J'ai eu l'idée de soumettre cette malade à des injections mercurielles, bien qu'elle ne présentât aucun signe de syphilis; en quelques mois, elle était complètement guérie. L'examen oculaire, pratiqué par la suite, montra que le fond de l'œil était le siège de modifications imputables à l'hérédo-syphilis.

Je me demande si l'amélioration de certains cas de lupus, sous l'influence d'un traitement mercuriel, n'indique pas que les lésions sont sous la dépendance d'une syphilis méconnue, héréditaire ou acquise, beaucoup plus que de la tuberculose.

M. Du Castel. — L'amélioration par le mercure de lupus sûrement tuberculeux me paraît incontestable. En général, ce sont les lésions inflammatoires qui disparaissent, alors que les tubercules persistent.

Nævi fibromateux.

M. Hallopeau présente un cas de maladie de Recklinghausen, offrant certaines particularités, telles que le volume très considérable de quelques-unes des tumeurs sous cutanées, leur mollesse si prononcée qu'on pourrait les prendre pour des angiomes, le défaut de pigmentation de la face, l'absence de douleurs, indiquant que les lésions sont indépendantes des trajets nerveux.

Cette dernière constatation montre, d'après l'orateur, l'inanité de la dénomination de neurofibromatose, qui a été souvent appliquée à cette affection.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 3 juin 1901.

Indications de l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses.

M. Kaminer. — Alors que certains auteurs se montrent tout à fait opposés à l'interruption de la grossesse en cas de phtisie pulmonaire, d'autres, comme M. Maragliano, s'en déclarent partisans convaincus, trouvant à cette manière de faire le double avantage de sauvegarder les intérêts de la mère et d'empêcher la mise au monde d'enfants tuberculeux ou prédisposés à la tuberculose.

Sans adopter ce dernier argument, je crois que nous devons, en effet, interrompre la grossesse, étant donnés les graves inconvénients que présentent pour les phtisiques la gestation et l'accouchement.

En ce qui concerne l'influence défavorable de la grossesse, je l'ai constatée 33 fois sur 50 cas, soit dans la proportion de 66 %; 8 fois la situation des patientes resta stationnaire; dans les 9 derniers cas, le résultat fut douteux. Cette aggravation est imputable, d'une part, à l'état nauséeux et à l'absence d'appétit qui accompagnent la grossesse et mettent obstacle à la nutrition; d'autre part, aux vomissements, cause fréquente d'hémoptysie; enfin, à la compression du diaphragme et à la rétraction des poumons, qui déterminent des troubles de la respiration et de la circulation pulmonaire.

Quant aux effets fâcheux du travail, les chiffres suivants en rendent bien compte : de 23 tuberculeuses ayant accouché, 14 (61 %) ont succombé durant les suites de couches, dont 7 dans les premiers jours de cette période. En outre, chez 3 de ces femmes, sont survenues, à la suite de l'accouchement, des métastases tuberculeuses.

La nécessité d'interrompre la grossesse chez les phtisiques étant admise, est-ce à l'avortement ou à l'accouchement provoqué que nous devons avoir recours? Je n'hésite pas à donner la préférence à la première de ces interventions, infiniment moins grave que la seconde; d'ailleurs, puisque c'est dans les premiers mois de la gestation que la santé de la mère est le plus compromise, c'est aussi le plus près possible de son début que nous devons mettre fin à la grossesse.

J'ai pratiqué 15 avortements, et j'en ai vu 2 se produire spontanément : de ces 17 femmes, une a succombé quatorze mois, une autre six mois plus tard; chez 5, les lésions ont continué à progresser; donc, dans 30 % des cas, la situation s'est aggravée malgré l'avortement et même, dans 12 %, l'issue fatale est survenue; par contre, chez les dix dernières patientes, représentant 70 % du total, l'état est resté stationnaire.

Quelque favorables que soient ces résultats, je n'en conclus pas que toutes les grossesses survenant chez des tuberculeuses doivent être interrompues; je crois qu'il faut réserver l'avortement à trois catégories de cas : à ceux où l'on peut espérer une amélioration durable des lésions pulmonaires; à ceux où la grossesse a sur ces lésions une influence aggravante évidente; à ceux enfin où les premières manifestations tuberculeuses ont coïncidé avec la grossesse.

M. Jacob. — Sur un total de 3,000 cas de tuberculose que j'ai rassemblés, 970 concernent des femmes, dont 337 sont mariées. Or, chez un grand nombre de ces malades, la tuberculose a débuté à l'occasion d'une grossesse, et chez 84 d'entre elles, soit 25 %, la gestation a été la cause d'une aggravation sensible des lésions; en outre, un état morbide accentué s'est manifesté dans les mêmes conditions chez 71 patientes dont 21 n'avaient auparavant aucun signe de tuberculose, les 50 autres présentant seulement des manifestations discrètes de cette affection. Toutefois, je suis moins optimiste que M. Kaminer à l'égard de l'avortement, car cette intervention est, elle aussi, susceptible d'aggraver l'état des phtisiques. Je crois que le plus sûr, chez ces malades, est d'éviter toute grossesse.

M. Strassmann déclare préférer, comme M. Kaminer, l'avortement à l'accouchement provoqué; le moment le plus favorable à cette intervention est compris entre la huitième et la dixième semaine; plus tôt, le diagnostic manque de certitude.

L'opération n'exige pas plus d'une demi-heure à trois quarts d'heure; après un bain chaud, on dilate le col et on peut extraire aussitôt le produit de la conception, le plus souvent sans hémorrhagie notable; ce dernier accident est d'autant plus à redouter que l'intervention est plus tardive; aussi, quand il s'agit d'une grossesse déjà avancée, vaut-il mieux recourir à l'avortement lent, en plaçant un tampon durant vingt-quatre heures; l'expulsion de l'embryon se fait alors en deux ou trois jours.

M. Strassmann fait observer qu'un côté important de la question a été négligé par les précédents orateurs : c'est l'opinion de la mère, qui peut désirer ou, au contraire, refuser l'interruption de la grossesse. Comme M. Jacob, il estime qu'en somme le plus prudent est de prévenir la conception chez les phtisiques.

La diazo-réaction chez les tuberculeux.

M. Burghart déclare, à propos de la récente communication de M. Stadelmann sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 182), que la diazo-réaction paraît témoigner d'une intoxication, et non d'une bactériehémie comme l'ont admis certains auteurs; ce qui le démontre, c'est que l'injection au lapin de toxine tuberculeuse détermine l'apparition d'une diazo-réaction intense.

L'orateur partage absolument la réserve de M. Stadelmann, relativement à la valeur pronostique de cette réaction; quant à son utilité au point de vue du diagnostic, il croit qu'on ne saurait la nier entièrement. Toutefois, il importe de retenir que certains médicaments employés chez les tuberculeux (tannin, iode, etc.) sont susceptibles de provoquer la diazo-réaction; en outre, l'urine de ces malades renferme des substances encore mal connues au point de vue chimique, dont certaines donnent également la diazo-réaction; il en est de même des phénols, lesquels proviennent soit de la créosote ou de l'acide phénique absorbés, soit des putréfactions intestinales. Ces réserves faites, il est incontestable que la recherche de la diazo-réaction peut rendre des services, en permettant, par exemple, de différencier une pneumonie franche d'avec une pneumonie caséeuse.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 8 juin 1901.

Transplantations expérimentales de fragments de muqueuse du tube digestif.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. E. Ullmann** a relaté le résultat de ses expériences sur la greffe des muqueuses digestives. Il a fait chez de jeunes porcs un certain nombre de transplantations de lambeaux, pédiculés ou non, de la muqueuse gastrique dans l'intestin grêle, et vice versa, de la muqueuse du gros intestin dans l'estomac, de la muqueuse du cæcum dans l'intestin grêle, etc. La réunion de tous ces lambeaux a été parfaite et les fragments greffés ont conservé leurs caractères spécifiques, mais la muqueuse intestinale transplantée dans l'estomac a toujours été le siège d'ulcérations. Les animaux ne furent sacrifiés que trois mois après l'opération.

M. von Eiselsberg déclare que les ulcérations observées sur les lambeaux de muqueuse intestinale greffés dans l'estomac démontrent qu'il serait dangereux, chez l'homme, de vouloir combler des pertes de substance gastriques avec de la muqueuse de l'intestin.

M. Exner fait remarquer que, puisque dans les expériences de M. Ullmann les lambeaux transplantés se sont soudés, il faut admettre que la muqueuse digestive possède la propriété spécifique de se défendre contre les agents pathogènes, même quand elle baigne dans un suc autre que celui qu'elle sécrète.

Des lymphangites de la verge consécutives aux affections vénériennes.

M. Nobl a communiqué le résultat de ses recherches sur les lymphangites de la verge, que l'on voit assez souvent survenir au cours de la blennorrhagie ou aux premières périodes de la syphilis. Dans la première de ces affections, cette lymphangite affecte habituellement la forme exsudative; dans la seconde, elle est plutôt scléreuse; elle reste toujours localisée aux vaisseaux superficiels de la face dorsale de la verge en respectant le réseau profond. Dans un certain nombre de cas de lymphangite blennorrhagique, l'orateur a pu constater la présence de gonocoques dans les canaux lymphatiques; il a également rencontré le bacille de Ducrey dans des lymphangites survenues à la suite d'un chancre mou. Quant à la lymphangite syphilitique, elle est caractérisée par une infiltration des tuniques interne et externe des lymphatiques, sans que jamais les vaisseaux sanguins prennent une part quelconque à ce processus.

Des suppurations amicrobiennes chez l'homme.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. K. Kreibich** a fait connaître les conclusions de ses expériences sur les suppurations amicrobiennes.

On sait que quelques agents chimiques sont susceptibles, dans des conditions déterminées, de provoquer de la suppuration, tout comme les microbes pyogènes. Partant de ce principe, l'orateur a badigeonné avec de l'huile de croton certaines parties du corps qu'il a recouvertes ensuite de pansements occlusifs. Après plusieurs applications semblables, il a constaté la présence de pustules dont le contenu est resté absolument stérile. Le pus de ces pustules offrait cependant tous les caractères de celui qui est produit par des bactéries ou des toxines microbiennes; il contenait un très grand nombre de leucocytes.

M. Kreibich a également examiné, chez plusieurs sujets, le contenu, devenu purulent, de vésicules d'eczéma, et dans tous les cas, sauf deux, il n'y a pas trouvé d'agents microbiens; bien entendu, les zones eczémateuses avaient

été mises à l'abri de toute influence extérieure au moyen de pansements occlusifs.

Ces recherches tendent, en somme, à prouver que la suppuration est de même nature que l'inflammation, et qu'il n'y a entre ces deux processus qu'une différence d'intensité. C'est évidemment à l'extrême sensibilité de la peau vis-à-vis de l'inflammation que sont dues les suppurations amicrobiennes. On observe, du reste, des phénomènes identiques dans les milieux de l'œil : il est à peu près certain que l'hypopyon qui accompagne l'iritis des diabétiques est toujours amicrobien.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur l'attitude hanchée accompagnée de scoliose d'origine hystérique, par M. J. K. WERTHEIM SALOMONSON.

L'auteur a observé à la policlinique des maladies nerveuses d'Amsterdam deux cas de cette manifestation rare de l'hystérie.

Chez son premier malade, un homme de vingt-quatre ans, l'affection était survenue à la suite d'une chute sans gravité; neuf semaines après l'accident, le patient se plaignit d'avoir de la difficulté à marcher, et on remarqua en même temps chez lui une inclinaison anormale du corps : la jambe droite était raide et le torse penchait à droite. Le sujet ne pouvait faire que quelques pas en s'appuyant sur une canne et, quand il se tenait debout même depuis peu de temps, l'inclinaison du corps augmentait notablement.

Au repos, le poids du corps portait entièrement sur la jambe droite et sur une canne très inclinée à droite. La jambe gauche était légèrement fléchie et portée en avant, dans l'attitude du soldat au repos. L'épine iliaque antéro-supérieure droite était plus haute d'environ 6 centimètres que la gauche, l'épaule du même côté était presque de 8 centimètres plus basse que sa congénère. Il existait une scoliose prononcée de toute la colonne vertébrale avec convexité gauche. Après un certain temps de station debout, le bord des côtes arrivait à quelques centimètres de la crête iliaque et l'inclinaison s'exagérait peu à peu, à tel point que la station sur la jambe droite devenait impossible. La tonicité musculaire de la masse lombaire du côté droit était augmentée.

Pour marcher, le malade s'élevait sur la jambe gauche et projetait la jambe droite en avant sans plier le genou; à la fin du pas, il fléchissait légèrement la jambe gauche de façon que la droite touchât terre.

La motilité de la tête et des bras était intacte. Dans le décubitus horizontal, les mouvements de la jambe gauche ne présentaient rien d'anormal. A droite, par contre, on observait une légère résistance aux mouvements passifs; le déplacement du membre jusque dans les positions extrêmes n'offrait cependant pas de difficultés. L'abduction active de la cuisse était très réduite, de même que la flexion; il n'existait pas de point sensible à la pression.

Outre ces symptômes, il y avait du dermographisme négatif, ainsi qu'un notable rétrécissement du champ visuel, intéressant également la perception des couleurs.

Un beau jour, cet homme, sortant d'un cabaret, laissa tomber sa canne à la porte. Au lieu de descendre avec précaution les quatre marches de l'escalier, il fit un saut pour rattraper son bâton; à ce moment il sentit quelque chose craquer dans sa hanche droite, qui subitement reprit sa position normale; il était guéri.

Le second cas présente une grande analogie avec le précédent. Une jeune fille de dix-sept ans, à antécédents hystériques, ayant fait un effort en soulevant sa mère malade, avait observé, depuis lors, une proéminence de sa hanche droite, en même temps qu'une attitude penchée de son torse. Comme le sujet de l'observation que nous venons de résumer, cette jeune fille se tenait sur la jambe droite, le bassin fortement incliné à gauche et la colonne vertébrale présentant une courbure dorso-lombaire à convexité gauche. Elle pouvait cependant redresser complètement son rachis en inclinant le tronc à gauche. Il existait de l'hémianesthésie droite et du rétrécissement du champ visuel. L'application d'un courant faradique sur le point moteur du grand fessier suffit pour faire disparaître la difformité.

On possède en tout six exemples de contracture hystérique de la hanche. Il est généralement admis que l'attitude pathologique, en pareille occurrence, est due à une contracture des muscles, provoquant la courbure dorso-lombaire du rachis. M. Salomonson n'est pas de cet avis : il estime qu'il s'agit, au contraire, d'asthénie musculaire. L'attitude vicieuse n'est, à son avis, pas autre chose qu'une exagération de la position physiologique décrite par Richer sous le nom d'attitude hanchée; aussi donne-t-il aux cas relatés dans le présent travail la dénomination d'attitude hanchée hystérique avec scoliose. La scoliose, pour lui, ne serait pas le phénomène essentiel, ce serait un symptôme secondaire, très important il est vrai, car le degré de cette déformation est hors de proportion avec l'attitude hanchée. On constate cependant une certaine résistance lorsqu'on essaie de corriger la position vicieuse; cette résistance est le fait d'une contracture qui s'établit au moment où l'on veut exécuter le mouvement, et qui fixe le membre dans l'attitude pathologique. Ce phénomène n'est pas rare dans l'hystérie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 1.) — A. J.

Recherches anatomiques sur l'hypertrophie de la prostate et les affections semblables, par M. S. CIECHANOWSKI.

Les recherches qui font l'objet du présent travail ont eu pour but d'étudier les troubles vésicaux des vieillards désignés par Guyon et Launois sous le nom de prostatisme, et notamment l'histologie et l'étiologie de l'hypertrophie prostatique.

La première partie de cet important mémoire a trait aux rapports existant entre l'artériosclérose et les altérations pathologiques de la prostate. Sur 42 cas d'artériosclérose prononcée, M. Ciechanowski n'a constaté que 10 fois que les artérioles de la prostate fussent atteintes, et dans 2 seulement de ces 10 cas, il y avait une légère hypertrophie de l'organe; par contre, en examinant des prostates manifestement hypertrophiées, il ne trouva le plus souvent aucune altération des artères. Il en conclut qu'on ne saurait admettre l'existence de relations étiologiques entre l'artériosclérose et l'hypertrophie prostatique.

Ajoutons que l'influence de la sclérose artérielle sur le rein, particulièrement en ce qui concerne la production de la néphrite interstitielle, lui paraît également problématique, et qu'il en serait de même des prétendus rapports existant entre l'artériosclérose et les altérations pathologiques de la vessie. L'insuffisance vésicale des vieillards serait due, d'après lui, à une atrophie du muscle vésical sans qu'il y eût nécessairement augmentation du tissu conjonctif; cette hypertrophie, quand elle existerait, ne serait que le produit de la cystite chronique. L'apparition de l'atrophie musculaire dépendrait essentiellement de l'âge du malade, et non de l'artériosclérose.

Pour ce qui est de la prostate, l'auteur arrive à la conclusion que l'hypertrophie et certains cas d'atrophie de cet organe ont une cause identique, les caractères histologiques des lésions étant essentiellement les mêmes. Il s'agirait surtout d'une production de tissu conjonctif, lequel, dans l'hypertrophie, se localiserait au voisinage immédiat des éléments épithéliaux, et déterminerait ainsi un rétrécissement des conduits excréteurs avec dilatation ultérieure des glandes et prolifération consécutive de l'épithélium glandulaire, le tissu musculaire de la prostate ne jouant aucun rôle dans l'évolution de ces lésions; dans l'atrophie, au contraire, cette prolifération se ferait à la périphérie de l'organe, autour des glandes mêmes, amenant la diminution de la prostate par la compression des éléments épithéliaux. En d'autres termes, le même processus pathologique produirait tantôt l'hypertrophie, tantôt l'atrophie de la prostate, suivant qu'il affecterait le centre ou la périphérie de l'organe.

Quant à la cause de cette hypertrophie du tissu conjonctif, l'auteur admet qu'il s'agit — il en était ainsi, du moins, dans les cas examinés par lui — d'une inflammation chronique. Il pense, sans pouvoir en fournir la preuve indiscutable, que la prostatite blennorrhagique joue un rôle important à ce point de vue; il rappelle que le seul animal domestique chez lequel on ait pu constater une hypertrophie prostatique est le chien; or, c'est aussi le seul qui puisse être atteint d'une uréthrite purulente de nature probablement infectieuse. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, VII, 2-3.) — F. DE Q.

Nouvelles expériences sur la gastro-entérostomie, par M. V. CHLUMSKY.

Dans ce travail, l'auteur résume les progrès réalisés, au cours des deux dernières années, dans le domaine de la gastro-entérostomie, en prenant comme base les interventions pratiquées durant ce laps de temps à la clinique de M. von Mikulicz.

Sur 78 malades ayant subi la gastro-entérostomie, 21 sont morts dans le courant du premier mois; 20 étaient atteints d'une affection maligne et un seul d'un rétrécissement bénin. Ces résultats sont à peu près analogues à ceux qui ont été obtenus pendant la même période dans les cliniques de MM. Czerny, von Eiselsberg et Carle, tandis que la statistique publiée par M. Albert donne une mortalité plus élevée.

Comme cause de décès, la pneumonie est signalée 10 fois, et il n'est pas inutile de noter que cette complication est aussi fréquente quand l'opération est faite avec l'anesthésie locale. Lorsque toute une série de pneumonies surviennent en peu de temps, il pourrait s'agir, d'après l'auteur, d'une véritable endémie. Aussi M. Chlumsky insiste-t-il sur l'importance des mesures à prendre pour éviter le refroidissement des malades sur la table d'opération. Il attribue à ces précautions, notamment à l'emploi du thermophore, une diminution sensible du nombre des accidents pulmonaires.

Sept opérés succombèrent à une péritonite, consécutive 4 fois à une perforation intestinale autour du bouton de Murphy. Dans un cas, une petite hémorrhagie de la paroi stomacale détermina l'issue fatale. Enfin les autres décès furent dus à l'inanition; aucun ne fut déterminé par la régurgitation du contenu intestinal dans l'estomac.

Cinq malades présentèrent, au cours de la période post-opératoire, les signes d'une obstruction intestinale passagère de diverse nature. L'obstacle était constitué le plus souvent par la torsion de l'anse intestinale fixée à l'estomac, torsion provoquée elle-même par la fixation de cette anse dans une mauvaise direction.

Parmi les sujets ayant subi la réouverture de l'abdomen, un seul survécut.

Quant au procédé opératoire employé par M. von Mikulicz, il s'agissait, à l'exception d'un cas, de la gastro-entérostomie antérieure d'après la méthode de Wölfler. Une fois, on pratiqua la gastro-duodénostomie, pour une coudure du pylore par bride cicatricielle. Chez 23 malades, la gastro entérostomie fut combinée immédiatement avec une entéro-anastomose entre les extrémités intestinales afférente et efférente; cette opération fut suivie 4 fois de décès.

En ce qui concerne le bouton de Murphy, il fut appliqué dans 52 cas, avec 17 morts dont 4 par perforation, tandis que la mortalité, chez les sujets traités par la suture, ne fut que de 3 sur 26. L'auteur estime, par conséquent, que l'usage du bouton de Murphy est dangereux, et qu'il est préférable de s'en tenir autant que possible à la suture.

Dans la dernière partie de son travail, M. Chlumsky, après avoir énuméré les différents procédés opératoires proposés au cours des cinq dernières années, discute les règles qui doivent présider au choix de l'intervention. Il estime avant tout que la gastro-entérostomie doit être préférée à la jéjunostomie, préconisée récemment par M. Maydl. Il pense, en outre, que l'on devrait pratiquer la résection toutes les fois que l'on soupçonne l'existence d'un cancer, au risque d'extirper un simple ulcère calleux, mais que l'on devrait se borner à une intervention purement palliative quand il s'agit de tumeurs très étendues, lors même que l'extirpation en paraîtrait possible. Quant à la pyloroplastie, elle ne lui paraît que rarement indiquée. Il n'est pas partisan non plus de la gastro-entérostomie prophylactique lorsque le néoplasme

n'a pas encore produit de rétrécissement pylorique au moment de l'intervention.

Comme traitement post-opératoire, les malades, dans le service de M. von Mikulicz, sont nourris durant les quatre ou cinq premiers jours à l'aide de petites quantités d'aliments liquides et par des lavements nutritifs. Les aliments solides ne leur sont permis qu'à partir de la deuxième semaine, contrairement à la pratique suivie avec succès par M. Roux (de Lausanne). Dès la troisième semaine, le régime n'exige plus de précautions particulières. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 1 et 2.) — F. DE Q.

De l'obturation des pertes de substance du crâne à l'aide de substance osseuse, par M. V. E. Mertens.

Au cours des recherches expérimentales dont il expose ici les résultats, et qui concernent l'étude des diverses méthodes ostéoplastiques, M. Mertens a pu constater que l'application d'os décalcifié, bien loin de favoriser la néoformation osseuse, la retarde au contraire. Quant à l'os calciné, il provoque la néoformation en question, mais oblige au port prolongé d'un appareil protecteur. L'emploi de petites esquilles d'os présente également de nombreux inconvénients, notamment celui d'exposer à l'infection. Aussi paraît-il à l'auteur bien préférable de se servir de fragments osseux bouillis : ceux-ci permettent de combler sûrement des pertes de substance osseuse même étendues; M. Mertens estime qu'on peut sans danger emprunter ces fragments à des cadavres humains.

Au point de vue du manuel opératoire, il suffit d'adapter la greffe aussi minutieusement que possible à la perte de substance osseuse, en ménageant deux orifices destinés à assurer l'écoulement d'un épanchement sanguin, s'il venait à s'en former un.

L'auteur pense que ce procédé est applicable au traitement des pseudarthroses; on pourrait aussi l'utiliser pour combler la perte de substance osseuse résultant d'une résection, et enfin pour assurer le succès d'une arthrodèse. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 5-6.) — F. DE Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le massage direct du foie.

Si le massage général et le massage de l'abdomen occupent aujourd'hui une place assez importante dans la thérapeutique de certaines affections chroniques du foie (congestions, cirrhoses, lithiase biliaire), on n'a guère essayé jusqu'à présent de masser d'une façon systématique et exclusive la glande hépatique elle-même, préférant à un traitement manuel direct, qui semble difficile à réaliser, des moyens indirects, tels que le *massage inspiratoire* préconisé par M. le docteur P. J. Möbius contre les accès d'hépatalgie (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 104). Or, d'après les observations que M. le docteur G. de Frumerie a recueillies dans le service de M. le docteur Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux de Paris, et qu'il a consignées dans sa thèse inaugurale, le massage isolé et direct du foie serait parfaitement praticable et donnerait de très bons résultats.

Voici quelle est la technique adoptée par M. de Frumerie :

Le patient étant placé sur un plan résistant, en décubitus dorsal, les bras étendus sans raideur sur les côtés, les jambes mises en flexion et en abduction et les pieds disposés de façon à ne pas pouvoir glisser, on commence par faire l'*effleurage* au-dessous du rebord costal que l'on suit de très près et en agissant alternativement de droite à gauche et de gauche à droite. Puis on procède à l'*écrasement* en invitant le malade à se livrer à des inspirations profondes, de façon à rendre accessible une plus grande partie de la face antérieure du foie. On peut atteindre également la face inférieure de l'organe, si l'on a soin d'utiliser le retrait de la paroi abdominale qui se produit lors de chaque inspiration profonde. On pratique ensuite le *pétrissage* de la face antérieure du foie; puis, au moment où la paroi abdominale se trouve relâchée, on plie les doigts et on les enfonce sous le rebord costal, de manière à exécuter la même manœuvre sur la face inférieure, laquelle devient encore plus accessible si, après avoir fait asseoir le patient, on l'engage à incliner le thorax en avant (attitude « tombant assis »). La séance se termine par des *vibrations* pratiquées sur le foie pendant quelques minutes.

Dans les cas d'hypertrophie ou de ptose de la glande hépatique, notre confrère, pour finir, procède encore à deux autres manœuvres : la première consiste à embrasser, avec la main droite, la taille du malade au-dessous du rebord des fausses côtes droites, pendant que la main gauche repose sur son épaule droite; dans la seconde, les mains sont placées à peu près comme pour le palper bimanuel du rein droit.

Le massage direct du foie agirait non seulement sur la circulation en diminuant la gêne du système porte, mais encore sur le fonctionnement de la cellule hépatique elle-même. Aussi paraît-il particulièrement indiqué contre les troubles fonctionnels liés à l'insuffisance hépatique. C'est ainsi que dans le diabète par anhépatie chronique (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 385-387) on pourrait voir, sous l'influence du massage du foie, la glycosurie, sinon disparaître tout à fait, du moins s'atténuer considérablement.

Contre les états congestifs et, en particulier, dans les cas de foie cardiaque, lorsque la stase persistante menace la cellule hépatique dans sa vitalité, le massage isolé du foie, pratiqué avec prudence, serait susceptible de rendre des services en décongestionnant l'organe. Ce procédé de traitement semble également indiqué dans les phases initiales des cirrhoses veineuses et des cirrhoses biliaires. Mais c'est surtout dans les cas d'ictère catarrhal, quand, *la période aiguë une fois terminée*, la cellule hépatique se montre paresseuse à reprendre ses fonctions, qu'il conviendrait de recourir au massage du foie, pour favoriser la chasse biliaire et faciliter la circulation.

Il va de soi que dans la phase aiguë des affections hépatiques le massage est contre-indiqué et que, pratiqué d'une manière trop brutale, il expose le malade à des accidents, et notamment à des hémorrhagies gastro-intestinales.

L'hyperémie artificielle dans le traitement de la phtisie pulmonaire.

On se rappelle que, partant de ce fait que la phtisie s'observe très rarement chez les sujets atteints d'affections cardiaques avec stase veineuse dans les poumons, M. le docteur A. Bier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Greifswald, a proposé de traiter certaines tuberculoses locales par l'hyperémie artificielle (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 245; 1893, Annexes, p. CCXXX; 1894, p. 143 et 193; 1901, p. 140). M. le docteur A. Schenk (de Vienne) a eu l'idée de mettre à profit le même principe dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. A cet effet, notre confrère recommande à ses patients de rester à peu près constamment couchés, comme cela se pratique, d'ailleurs, dans la plupart des sanatoria, mais avec cette différence qu'il dispose la chaise longue ou, à défaut de celle-ci, le lit, de façon que la tête et le tronc du malade soient situés plus bas que ses pieds. M. Schenk a pu se rendre compte que, plus la position dans laquelle repose le patient est inclinée, et plus le processus de guérison évolue rapidement, la congestion provoquée de la sorte du côté des sommets pulmonaires rendant le terrain peu favorable à la pullulation du bacille de Koch. Toutefois, contrairement à la pratique adoptée par un certain nombre de médecins et qui consiste à maintenir les phtisiques couchés à l'air libre quelles que soient les conditions météorologiques extérieures, notre confrère ne laisse ses malades dehors que par un temps sec, l'humidité lui ayant paru exercer une influence des plus funestes sur la marche de la tuberculose pulmonaire.

Comme la position inclinée, tout en déterminant une hyperémie plus ou moins considérable des poumons, est cependant impuissante à vaincre l'élasticité des vaisseaux pulmonaires, M. Schenk a en même temps recours à l'hydrothérapie pour augmenter artificiellement le calibre de ces vaisseaux. Se basant sur ce que les applications chaudes exercent une action vaso-dilatatrice, notre confrère, après avoir appliqué sur la poitrine du malade une bande humide, lui fait revêtir une sorte de maillot recouvrant seulement le thorax et constitué par une série de tubes en caoutchouc dans lesquels circule un courant d'eau à la température d'environ 45°. On a soin de maintenir le reste du corps aussi peu couvert que possible, voire même de passer de temps à autre une éponge imbibée d'eau froide sur l'abdomen et sur les membres, sans essuyer ensuite ces parties, afin d'éviter une réaction intense du côté des extrémités.

D'après M. Schenk, ce moyen, associé à la position inclinée, loin de provoquer une hypertension pulmonaire et de favoriser les hémoptysies, mettrait le système vasculaire du poumon au repos, en même temps qu'il calmerait la toux et faciliterait beaucoup l'expectoration.

Ajoutons que notre confrère a eu l'occasion d'appliquer avec succès le traitement en question dans la clientèle de ville, et même dans des milieux pauvres, sans se heurter à des difficultés sérieuses.

L'emploi de l'électro-aimant pour le détubage du larynx.

On sait l'importance qu'il y a, dans l'intubation du larynx, à simplifier l'extraction du tube, de façon à mettre cette manœuvre à la portée du premier venu en cas d'indication urgente. La pratique qui consiste à laisser le fil de sûreté en place ne répond pas toujours à ce desideratum (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 160), et dans un certain nombre de cas le détubage peut présenter des difficultés considérables. M. le docteur Collet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, a cherché à remédier à cet état de choses en ayant recours à l'emploi d'un électro-aimant allongé, assez petit pour tenir parfaitement entre le pouce, l'index et le médius et portant, à l'une de ses extrémités, une armature de fer doux, recourbée et mousse, destinée à pénétrer dans le larynx. Les tubes, dont la face supérieure est plane, sont en acier ou en fer doux, nickelés. Pour pratiquer le détubage, il suffit d'introduire l'extrémité recourbée de l'électro-aimant dans le pharynx, en la poussant derrière la base de la langue, dans la direction du larynx, jusqu'à ce qu'elle ait pris contact avec le tube. Ceci fait, et dès qu'on sent que l'instrument est immobilisé, il ne reste qu'à le retirer pour ramener le tube avec lui.

Cette manière de procéder offre l'avantage d'assurer l'extraction instantanée du tube, sans nécessiter ni connaissances spéciales, ni apprentissage quelconque, car elle rend inutile la manœuvre préliminaire qui consiste à reconnaître le tube avec l'index gauche : l'intervention se fait, la plupart du temps, à l'aide d'une seule main, et on n'a même pas besoin de relever l'épiglotte, l'armature de l'électro-aimant s'insinuant facilement derrière celle-ci, à moins d'une procidence tout à fait exceptionnelle.

Notre confrère estime, en outre, que l'emploi de l'électro-aimant pourrait rendre quelques services dans les cas d'obstruction subite du tube, accident qui d'ordinaire ne tarde pas à entraîner la mort par asphyxie.

Traitement de la pneumonie par des injections sous-cutanées d'acide phénique.

Ayant obtenu, au cours d'une épidémie de grippe, des améliorations sensibles du côté des complications bronchopulmonaires au moyen de phénate de quinine administré par la bouche, un médecin italien, M. le docteur C. De Ruzza (de Colle S. Magno) s'est demandé s'il n'y aurait pas avantage à substituer à cette médication des injections hypodermiques d'acide phénique. Un essai de ce genre, institué chez un sujet atteint d'une bronchopleuropneumonie grave, est venu pleinement justifier cette prévision, et, depuis lors, notre confrère a eu l'occasion de traiter avec succès 19 cas de pneumonie par des injections souscutanées d'une solution d'acide phénique à 3 %, pratiquées d'une à quatre fois par jour.

Ce procédé de traitement, qui ne déterminerait jamais ni douleurs ni suppuration, présenterait l'avantage de n'entraver en rien le fonctionnement régulier de l'estomac, fait dont il importe de tenir compte dans toute cure rationnelle d'une maladie infectieuse. De plus, les injections d'acide phénique, en activant les processus de désintoxication de l'organisme, abrégeraient par cela même la durée de la convalescence dans des proportions considérables.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'hématolyse dans les liquides hémorrhagiques d'origine cancéreuse.

On sait que les globules rouges du sang se dissolvent et cèdent leur hémoglobine, lorsqu'ils sont placés dans des liquides présentant une tonicité inférieure à celle du sérum sanguin; on sait aussi qu'un assez grand nombre de substances exercent sur eux une action dissolvante, alors même que le liquide dans lequel elles se trouvent a une tonicité égale ou supérieure à celle du sérum sanguin. Les composés doués de cette propriété hématolytique sont non seulement des substances corrosives ou toxiques, dans l'histoire desquelles ladite propriété n'a qu'une importance très secondaire, mais aussi des substances organiques, très imparfaitement connues, qui ne révèlent leur existence que par cet effet hématolytique; c'est à ces dernières que convient plus particulièrement le nom de *lysines* sous lequel on les désigne aujourd'hui. Les lysines ont récemment attiré l'attention des expérimentateurs, elles paraissent mériter de fixer aussi celle des cliniciens, plus qu'elles ne l'ont fait jusqu'à ce jour.

A l'état normal et physiologique, les divers liquides de l'organisme ne paraissent contenir aucune *autolysine*, c'est-à-dire aucune lysine susceptible de détruire les globules rouges du sujet lui-même. L'action dissolvante des sucs digestifs sur le sang est évidemment d'un tout autre ordre et ne se rattache pas à la question qui nous occupe. La salive a aussi une influence dissolvante sur les globules rouges, comme l'a montré M. Josserand (de Lyon) dans son étude sur l'hémosialémèse hystérique, mais cette propriété résulte sans doute uniquement de la faible teneur de la salive en sels et, par suite, de son faible pouvoir isotonique; dans le cas de l'hystérie tout au moins, il n'y a pas lieu d'invoquer l'intervention d'une lysine pathologique. L'urine normale conserve intacts les globules rouges qu'on y mêle, sauf quand une polyurie abondante a abaissé sa tonicité au-dessous de celle du sérum sanguin; l'hématolyse qui se produit alors résulte de cette différence de tonicité, et nullement de la présence d'une lysine.

A l'état pathologique, les divers exsudats, les épanchements inflammatoires des séreuses, l'urine elle-même n'exercent, dans la grande majorité des cas, aucune action hématolytique, mais il n'en est pas toujours ainsi et il y a lieu de soumettre à une étude attentive les causes des diverses hématolyses pathologiques. Il importe de bien distinguer, dans cette étude, les faits où l'hématolyse est simplement due à un abaissement de la tonicité du liquide considéré, d'avec ceux où elle se produit indépendamment de cette tonicité, par suite de la présence de lysines spéciales.

I

Il est connu depuis longtemps que la dissolution des globules rouges peut avoir lieu dans le sang circulant, créant ainsi une hémoglobinhémie qui se révèle par l'état laqué du sérum et qui est susceptible de donner elle-même secondairement naissance à de l'hémoglobinurie. Le sérum laqué se rencontre dans un assez grand nombre d'empoisonnements, dans quelques états infectieux; il atteint son plus haut degré dans l'affection, de pathogénie assez mal connue, qui a mérité le nom d'hémoglobinurie paroxystique.

Par contre, les conditions dans lesquelles l'hématolyse peut se produire dans les exsudats pathologiques sont très obscures. J'ai recherché, pour ma part, cette action hématolytique, d'un côté dans le liquide céphalo-rachidien, et, de l'autre, dans les exsudats hémorrhagiques des séreuses et dans les urines hématuriques. Quand le liquide à examiner est spontanément hémorrhagique, il suffit d'apprécier l'action qu'il a exercée sur les globules rouges qu'il renferme; quand il ne l'est pas, on lui ajoute du sang du porteur, retiré par une simple piqûre du bout du doigt. On sépare ensuite les globules rouges d'avec le liquide qui les porte en suspension, par centrifugation ou même, au besoin, par simple dépôt; on juge de la présence d'hémoglobine dissoute dans le liquide superposé à la couche des globules soit à la seule inspection, par sa couleur, soit à l'analyse spectroscopique, soit, mieux encore, par la réaction connue et extrêmement sensible de la teinture de gaïac en présence de l'essence de térébenthine; on sait qu'il se produit alors une teinte bleue caractéristique à la surface de contact du liquide et du réactif.

Je ne veux pas insister ici sur les résultats obtenus dans l'étude du liquide céphalo-rachidien; j'ai communiqué mes premiers résultats à la Société de biologie dans sa séance du 9 février de cette année; j'ai continué, depuis lors, ces examens : qu'il me suffise de dire que le liquide céphalo-rachidien normal, dont la tonicité est d'ailleurs supérieure à celle du sérum sanguin, n'exerce aucune action hématolytique sur le sang du porteur; l'hématolyse ne commence que lorsqu'il est étendu d'eau distillée à un peu plus que parties égales. A l'état pathologique, dans toutes les méningites, aiguës ou chroniques, l'hématolyse se produit avec des dilutions plus faibles, mais le plus souvent elle est surtout influencée par la tonicité abaissée du liquide; elle est utilisable pour le diagnostic, toutefois elle est simplement un moyen clinique d'apprécier cet abaissement. Dans quelques cas seulement, le liquide céphalo-rachidien se laque d'emblée, sans addition d'eau distillée, et on pourrait alors admettre la présence d'une lysine pathologique; mais, dans tous les faits de cet ordre que j'ai observés jusqu'à présent, la cryoscopie du liquide montra un abaissement de tonicité suffisant pour expliquer à lui seul l'action hématolytique.

Il n'en est plus de même dans les épanchements hémorrhagiques des séreuses et dans les urines hématuriques. Dans la grande majorité des cas, les épanchements pathologiques n'exercent pas d'influence hématolytique sur le sang qu'ils contiennent en suspension; par contre, j'ai pu me convaincre que l'hématolyse existait quelquefois, et notamment qu'elle était constante, du moins pour les faits que j'ai observés jusqu'ici, toutes les fois que ces liquides avaient une origine cancéreuse.

J'ai signalé cette particularité pour la première fois à la Société de biologie (1), en opposant à ce point de vue les résultats qui m'avaient été fournis par cinq pleurésies hémorrhagiques, dont deux étaient cancéreuses, tandis que les trois autres étaient de nature infectieuse, septique ou tuberculeuse : le liquide des deux premières contenait, après centrifugation, de l'hémoglobine dissoute, qui faisait défaut dans les trois dernières.

A une des séances suivantes, M. Milian a communiqué un cas de pleurésie cancéreuse confirmatif, et, par contre, une observation d'hémothorax sans hématolyse, et une de pleurésie hémorrhagique gangreneuse avec hématolyse.

II

Dans cette première note, je me contentais de signaler l'importance clinique de ce phénomène, sans insister sur la part qui pouvait revenir dans sa production aux variations de tonicité du liquide et à la présence de lysines spéciales d'origine cancéreuse. J'ai continué ces recherches et j'ai observé, depuis, quelques faits nouveaux, qui me permettent tout à la fois de confirmer mes premières constatations et d'en préciser plus exactement la signification.

(1) L. Bard. Du diagnostic par l'hématolyse de la nature cancéreuse des pleurésies et des péritonites hémorrhagiques. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 16 février 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 60.)

Tout d'abord, j'ai rencontré encore un certain nombre de pleurésies hémorrhagiques septiques ou tuberculeuses, et dans aucune il ne s'était produit d'hématolyse.

En second lieu, j'ai pu m'assurer, dans plusieurs cas, que les épanchements *séreux* d'origine cancéreuse n'exercent pas d'action hématolytique sur le sang du doigt, et qu'il en est de même des urines des cancéreux; j'ai répété cette dernière expérience sur plusieurs malades atteints de cancers viscéraux divers. Ces faits montrent que les exsudats séreux, de même que les urines et que le sang circulant, ne contiennent pas de lysines dans le cancer, ou du moins n'en renferment pas en quantité suffisante pour provoquer l'hématolyse *in vitro*.

Enfin, j'ai noté quatre fois encore une hématolyse d'origine cancéreuse dans des liquides hémorrhagiques : une première fois, dans les poches à contenu hémorrhagique d'un kyste multiloculaire de l'ovaire à développement malin; une seconde fois, dans un épanchement péritonéal en rapport avec de volumineuses tumeurs d'origine utérine; une troisième fois, dans les urines hématuriques d'un sujet atteint de cancer du rein; une quatrième fois, enfin, dans le liquide d'une pleurésie cancéreuse. Les détails relevés dans les trois premiers de ces cas ont présenté un intérêt spécial, de nature à éclairer utilement la question clinique que j'ai soulevée.

J'ajouterai que je n'ai jamais vu de liquide hémorrhagique d'origine cancéreuse sans hématolyse, de sorte que si cette dernière n'est pas exclusive aux épanchements cancéreux, du moins elle paraît être dans ces derniers, *lorsqu'ils sont spontanément hémorrhagiques*, une règle assez générale, peut-être même un phénomène absolument constant.

III

Le fait que l'hématolyse ne se produit que dans les épanchements spontanément hémorrhagiques, et qu'elle fait défaut dans les épanchements séreux même d'origine cancéreuse, permet déjà de penser que cette propriété est en rapport avec la présence de la tumeur au contact immédiat du liquide, avec la provenance directe du sang d'un noyau néoplasique. Les divers faits que j'ai observés confirment la réalité de cette manière de voir.

Chez mes deux premiers malades, il s'agissait de cancers pleuropulmonaires, l'un primitif, l'autre par généralisation d'un cancer éloigné; il en était de même dans mon troisième cas de pleurésie cancéreuse.

Dans le cas de kyste de l'ovaire, on constata à l'autopsie, à côté des poches à contenu hémorrhagique hématolysé, des poches de plus petites dimensions, à contenu séreux ne provoquant aucune hématolyse dans le sang dont on l'additionnait. Or, les premières présentaient une paroi bourgeonnante dans laquelle l'examen histologique révéla l'existence d'une tumeur embryonnaire épithéliale cornée, tandis que les poches séreuses offraient tous les caractères du kyste à tissus épithéliaux multiples, mais adultes et à marche lente.

Dans le fait d'ascite symptomatique de masses cancéreuses volumineuses, le liquide séreux retiré par une ponction aspiratrice faite avec une petite seringue n'exerçait non plus aucune hématolyse sur le sang du doigt. Une tentative de ponction évacuatrice exécutée avec un trocart un peu volumineux ne donna d'abord issue à aucun liquide, le trocart s'étant engagé dans une masse néoplasique; après l'ablation du trocart, du liquide s'écoula par l'orifice de pénétration, d'abord séreux, puis, avec quelque pression, rapidement hémorrhagique, par le fait du mélange de sang provenant de la perforation de la tumeur; or, ce liquide secondairement hémorrhagique présentait une hématolyse très marquée.

Chez le sujet porteur d'un cancer du rein,

l'hématurie que j'ai observée s'est produite brusquement, très abondante, aussitôt après un examen un peu prolongé avec palpation répétée de la région rénale; elle a persisté, en s'atténuant progressivement, durant trois jours. Pendant ces trois jours, l'urine a présenté la réaction caractéristique de l'hématolyse, alors que son degré cryoscopique oscillait au voisinage de — 1°40, chiffre à peu près normal, ou du moins trop élevé pour qu'on pût attribuer l'hématolyse à une diminution du pouvoir isotonique. Quand l'hématurie eut complètement cessé, on vit que les urines n'exerçaient pas d'action hématolytique sur le sang du bout du doigt, d'où il résulte que l'urine sécrétée par un rein cancéreux ne contient pas de lysine en dehors des périodes d'hématurie.

En présence de ces faits, on peut se demander si l'hématolyse se produit dans le liquide grâce au déversement simultané d'une lysine, qui ne serait assez abondante que dans les cas de rupture hémorrhagique, ou si l'hématolyse ne se fait pas plutôt dans la tumeur elle-même, de telle sorte que le sang arriverait dans le liquide récepteur déjà altéré, contenant de l'hémoglobine en liberté qui n'aurait plus qu'à se dissoudre dans le liquide.

IV

Quoi qu'il en soit de ces deux hypothèses, on doit conclure des faits observés que l'hématolyse n'est pas en rapport simplement avec la nature cancéreuse de la maladie, mais bien avec l'origine cancéreuse directe du sang hématolysé; par conséquent, elle est, en pareil cas, un signe de la présence locale d'un foyer cancéreux, soit primitif, soit secondaire.

Il serait dès lors intéressant de rechercher si le sang retiré d'une tumeur maligne par ponction présente ainsi toujours de l'hématolyse, et s'il peut y avoir là un moyen utilisable pour le diagnostic de cet ordre de lésions; le fait cité plus haut rend assez vraisemblable une pareille supposition.

Il est possible aussi, probable même, que l'hématolyse n'appartienne pas à toutes les variétés histologiques de tumeurs malignes, ou qu'elle offre de notables différences de degré suivant la nature originelle du néoplasme.

La destruction des hématies dans une tumeur peut être, en effet, un des facteurs de la cachexie que cette tumeur détermine, et j'ai insisté autrefois sur les différences fondamentales qui séparent les diverses cachexies cancéreuses; ces variations sont en rapport avec les propriétés biologiques particulières des différentes espèces cellulaires de l'organisme, lesquelles sont toutes susceptibles de donner naissance à des cancers qui leur sont propres.

Des recherches étendues seront nécessaires pour trancher cette question; toutefois, la variété des cas dans lesquels je l'ai observée jusqu'ici tend à prouver que, si l'hématolyse n'est pas une propriété absolument générale des cancers, elle est tout au moins commune à un grand nombre d'entre eux.

V

Bien que les faits où j'ai noté l'hématolyse dans des liquides cancéreux ne soient pas encore très nombreux, ils me paraissent suffire pour qu'on puisse affirmer que l'absence d'hématolyse dans un liquide pathologique spontanément hémorrhagique crée une présomption capitale contre son origine cancéreuse. Il est plus difficile de dire dans quelle mesure la présence de ce phénomène est un indice important de l'origine cancéreuse. Il est certain que les lysines cancéreuses sont une cause d'hématolyse, peut-être la cause la plus importante, mais il est certain aussi qu'il en existe d'autres, et des recherches très multipliées seront nécessaires pour préciser leur nature et leur rôle.

Tout d'abord, l'hématolyse n'a de valeur diagnostique, au point de vue qui nous occupe, que si elle est indépendante d'un abaissement du pouvoir isotonique, ce dont il est facile de s'assurer par la cryoscopie. En second lieu, il ne faut pas oublier que certaines infections et quelques toxiques exercent une influence hématolytique même sur le sang circulant, jusqu'à produire le laquage du sérum sanguin. Enfin, l'étude doit être poursuivie liquide par liquide, séreuse par séreuse, aucune loi générale ne pouvant être applicable à toutes ces dernières, comme le montrent, par exemple, les différences observées à ce point de vue entre les propriétés des épanchements pleurétiques et les modifications apportées par les méningites au liquide céphalo-rachidien : dans ce dernier, l'hématolyse se rencontre dans toutes les variétés de méningites, dans les tuberculeuses comme dans les cérébro-spinales; sa présence ne peut donc être invoquée comme un signe de cancer; dans les pleurésies, au contraire, l'hématolyse fait défaut dans la tuberculose et dans le plus grand nombre des infections, et sa présence est une présomption importante de cancer pleural ou pleuro-pulmonaire.

Dans les urines hématuriques, la question est plus complexe; les différences, sans être négligeables, sont peut-être moins tranchées. L'hémoglobinurie appartient à divers états pathologiques; notamment, les urines hémorrhagiques des néphrites épithéliales aiguës contiennent aussi de l'hémoglobine dissoute. Depuis que mon attention a été attirée sur ce point, j'ai eu l'occasion d'étudier cinq cas d'hématurie : le cas, déjà signalé, d'hématurie par cancer du rein, avec hématolyse intense; un cas d'hématurie sans hématolyse, probablement dû à une tuberculose rénale; un cas de pyélonéphrite hémorrhagique avec urines très purulentes, et un de néphrite épithéliale subaiguë, dans lesquels il existait un très léger degré d'hématolyse, inappréciable à l'inspection, mais décelable par la réaction de la teinture de gaïac; enfin un cas d'hématurie d'origine septique, avec melæna et hémoptysies concomitantes, où l'hématolyse était très nette, aussi accusée pour le moins que dans le cas d'hématurie d'origine cancéreuse. On voit par ces cinq observations que la présence de l'hématolyse urinaire, de même que son degré, pourront être utilisés dans le diagnostic du cancer du rein, surtout quand il y a lieu de le distinguer d'avec la tuberculose du même organe; mais on voit aussi qu'elle est loin d'appartenir exclusivement aux tumeurs rénales malignes.

Il résulte de l'ensemble des faits qui précèdent que l'étude de l'hématolyse dans les liquides pathologiques spontanément hémorrhagiques, aussi bien dans les excrétions que dans les exsudats des séreuses, mérite d'entrer dans la pratique clinique courante; elle paraît appelée à jouer un certain rôle dans le diagnostic de multiples localisations cancéreuses.

Dr L. Bard,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Genève.

MÉDECINE PRATIQUE

Un signe précoce et pathognomonique de la grippe.

Les phénomènes de début de la grippe ne différant guère des manifestations initiales d'un grand nombre d'autres affections générales, le diagnostic de cette maladie se trouve souvent entouré de difficultés considérables, alors même que l'évolution clinique n'offre, à proprement parler, rien d'anormal. Le problème devient à plus forte raison particulièrement ardu, quand il s'agit d'une de ces formes larvées ou frustes qui tantôt simulent les maladies les plus diverses et les plus graves, telles que le choléra ou la fièvre typhoïde, tantôt au contraire ne se traduisent que par un symptôme isolé et n'ayant aucune relation avec le tableau clinique habituel de la grippe. Cela étant, on comprend l'importance qu'il y aurait à connaître un signe dont la présence permettrait toujours de poser, d'une façon catégorique et dès le début, le diagnostic de l'influenza. M. le docteur L. Kolipinski (de Washington) croit avoir trouvé ce signe constant et pathognomonique dans une éruption particulière de la muqueuse du voile du palais, éruption qui précéderait de quelques jours les frissons du début et la fièvre, et persisterait encore à un moment où la convalescence semble complètement terminée.

L'énanthème en question se présenterait sous la forme de petites élevures convexes, complètement transparentes ou d'un blanc nacré, reposant sur un fond de coloration variable suivant les individus : modérément rouge chez les sujets normaux, il est d'une teinte plus vive chez les fumeurs et les alcooliques, d'une pâleur de cire chez les tuberculeux et, d'une façon générale, chez les personnes atteintes de maladies consomptives, etc.; d'autres fois, des hémorrhagies punctiformes viennent communiquer à l'éruption une couleur écarlate. Les petites saillies sont tantôt abondantes et disséminées sur toute la face antérieure du voile du palais, tantôt peu nombreuses et limitées exclusivement à certaines parties de la voûte palatine membraneuse et de ses piliers. Dans ce dernier cas, elles siègent de préférence sur la base de la luette, sur le raphé médian du voile et de chaque côté de ce raphé, ainsi que sur la face antérieure du repli palatoglosse, immédiatement au-dessus de l'amygdale. Au toucher, l'éruption donne une sensation très nette de surface dure et rugueuse.

Pour mettre en évidence les éléments éruptifs, le mieux est d'examiner le voile du palais à la lumière solaire directe ou diffuse, l'éclairage artificiel se montrant la plupart du temps insuffisant à cet effet, à moins qu'il ne soit très intense. Les saillies dont il s'agit sont également difficiles à percevoir par un jour sombre. On aura soin, bien entendu, de ne pas prendre pour ces vésicules les petites gouttelettes de mucus ou de salive qui recouvrent souvent la muqueuse palatine. D'autre part, il importe aussi de se rappeler que l'éruption peut être complètement masquée par des produits de sécrétion glandulaire, très visqueux et adhérents à la muqueuse buccale. Si l'on essaie, en pareil cas, de détacher ces mucosités à l'aide d'une compresse, d'une spatule ou du manche d'une cuiller, on ne tarde pas à éprouver une sensation particulière de rugosité, qui révèle la présence de petites élevures.

L'éruption ne donnant lieu à aucun symptôme subjectif, les malades les plus attentifs la méconnaissent généralement, et c'est ce qui explique dans une certaine mesure qu'elle ait pu échapper jusqu'ici à l'observation clinique.

A en juger d'après l'aspect des éléments éruptifs et leur siège de prédilection, il s'agirait d'une congestion ou d'une inflammation des glandes de la muqueuse du voile du palais. Quoi qu'il en soit, et en attendant que l'anatomie pathologique vienne résoudre la question de nature du phénomène en question, celui-ci mérite d'ores et déjà d'attirer l'attention du praticien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juin 1901.

De l'emploi thérapeutique de la lécithine.

M. Lancereaux communique les observations de deux malades atteints de diabète pancréatique et qui, comme cela est la règle, maigrissaient et dépérissaient journellement.

Sous l'influence de la lécithine, administrée à la dose quotidienne de 0 gr. 40 à 0 gr. 50 centigrammes, non seulement l'amaigrissement a

cessé, mais encore ces patients ont augmenté rapidement de poids et leur état général s'est trouvé du même coup considérablement amélioré.

Ces faits tendent à prouver que la lécithine constitue un excellent aliment qui peut rendre de grands services dans les cas de dénutrition rapide.

M. Robin. — A côté de ses avantages, la lécithine présente un certain nombre d'inconvénients qu'il est utile de connaître. Parmi ceux-ci, il faut placer en première ligne un accroissement de l'élimination de l'acide urique.

La viciation hémo-urinaire dans la pelade.

M. Jacquet. — Au cours d'études entreprises avec M. Portes sur la pelade, nous avons observé une série de troubles urinaires dont les plus importants sont : la polyurie, l'élévation du coefficient de déminéralisation, l'hyperchlorurie, l'hypophosphaturie, l'hyposulfaturie, etc. (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 86).

Ces résultats démontrent que la nutrition est toujours plus ou moins profondément troublée chez les peladiques. Cette viciation de la sécrétion urinaire n'est, du reste, que le reflet d'une altération parallèle du sang. L'analyse de ce liquide chez deux de nos malades nous a révélé, en effet, une diminution considérable du taux des composés chlorés et sodiques.

En présence de ces constatations, et en tenant compte, d'une part, de l'action tonique des injections chlorurées, de l'autre des hypotonies locale et générale des peladiques, on est en droit de supposer qu'il y aurait de grands avantages à introduire largement dans la cure de la pelade les injections de solutions de chlorure de sodium.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 juin 1901.

Sur la présence d'un stade grégariniforme dans le cycle évolutif de l'hématozoaire du paludisme.

M. A. Billet. — Dans le cours du processus de multiplication de l'hématozoaire par voie endogène ou asexuée, j'ai observé un *stade grégariniforme*, intermédiaire entre le stade de début — où le parasite est représenté par un petit corps ovalaire, non pigmenté, à cytoplasma annulaire muni d'un noyau vacuolaire et d'un karyosome punctiforme — et le stade adulte, où il prend l'aspect d'un corps sphérique volumineux, fortement pigmenté, qui donne naissance à un sporocyste. Il constitue la forme la plus habituelle de ce qu'on a appelé les *corps amiboïdes* de l'hématozoaire.

Sous cet état grégariniforme, le parasite se compose de deux parties séparées par un étranglement; la première, ovalaire, non amiboïde, renferme le noyau et son karyosome, entourés d'une mince couche de protoplasma; la seconde, comprenant la presque totalité du cytoplasma, est munie de pseudopodes très déliés qui s'étendent jusqu'à la périphérie du globule; elle contient de très nombreux grains de pigment.

Ce stade grégariniforme s'observe principalement au début de la période d'apyrexie qui sépare deux accès de type tierce simple; je l'y ai rencontré dans plus de la moitié des cas. Je crois qu'il représente la phase véritablement active de la vie du parasite, celle où l'hématozoaire se développe aux dépens du globule rouge qu'il altère profondément.

Sur une méthode de recherche du bacille typhique.

M. Cambier. — J'ai pu m'assurer que si une bougie poreuse contenant une culture pure de bacille d'Eberth plonge dans un vase renfermant du bouillon, ce bouillon se trouble au bout de quelques heures par suite du passage des microorganismes à travers la paroi poreuse. Des espèces microbiennes autres que le bacille typhique jouissent de la même propriété, mais leur passage est beaucoup moins rapide.

J'ai basé sur ce fait un procédé de séparation du bacille d'Eberth, qui consiste à ensemencer avec l'eau suspecte du bouillon stérile contenu dans un tube poreux plongeant dans un vase également plein de bouillon stérile; quelques heures plus tard, on recueille le bouillon renfermé dans le vase extérieur : quand la recherche est positive, le bacille typhique s'y trouve en culture pure ou presque pure; il ne reste qu'à le différencier au moyen de ses caractères culturaux, des résultats de son inoculation et de la réaction agglutinante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 juin 1901.

Traitement chirurgical des néphrites.

M. Pousson (de Bordeaux). — J'ai eu l'occasion d'intervenir dans 4 cas de néphrite aiguë, avec 2 succès et 2 morts. En comptant ces 4 observations personnelles, jai pu réunir un total de 15 interventions analogues, ayant donné 4 décès et 11 succès opératoires.

Un des premiers avantages de la néphrotomie, dans la néphrite aiguë, réside dans la saignée de l'organe infecté, saignée ayant pour résultat de décongestionner celui-ci. En outre, elle permet l'évacuation des petits abcès miliaires intéressés par l'incision.

Je suis intervenu seulement dans 3 cas de néphrite chronique. L'opération a eu pour effet d'augmenter la sécrétion rénale et, en même temps, de relever le taux de l'urée, des phosphates et des chlorures.

M. Legueu. — Il y a quelques années, j'avais pensé que l'on pourrait améliorer certains cas de pyélonéphrite aiguë; j'ai, dans ce but, pratiqué 3 néphrostomies, mais je n'en ai pas obtenu le résultat que j'en attendais.

M. Albarran. — Dans les néphrites aiguës avec abcès miliaires, le traitement chirurgical ne s'est pas, jusqu'ici, montré très efficace. D'une façon générale, en ce qui concerne les néphrites médicales, je crois devoir faire de grandes réserves sur l'opportunité de l'intervention.

Kyste hydatique du rein.

M. Legueu. — J'ai observé une volumineuse tumeur du rein, qui s'étendait du huitième espace intercostal jusqu'au-dessous de la ligne ombilicale, et qui, à la palpation, était dure, non fluctuante. Le malade rendant depuis deux mois des vésicules hydatiques par l'urèthre, le diagnostic n'était pas douteux. Ayant incisé la tumeur par la région lombaire, j'ai évacué 3 kilogrammes de vésicules et de membranes; je n'ai pas trouvé le rein à côté du néoplasme. J'ai fermé le kyste sans le drainer, mais j'ai établi un drain à la surface, de telle sorte que, si une fistule venait à se produire, le malade se trouverait dans les mêmes conditions que si je lui avais fait la marsupialisation de la poche.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius traitée par la réduction sanglante.

M. Delanglade (de Marseille). — J'ai traité récemment une fracture de l'extrémité inférieure du radius par la réduction sanglante. La radiographie avait permis de reconnaître qu'il s'agissait d'une fracture à plusieurs fragments, et les manœuvres de réduction par les moyens classiques s'étaient montrées inefficaces. Dans ces conditions, je me décidai à intervenir. L'opération fut des plus simples; une fois la réduction obtenue, je me bornai à faire une suture du périoste au catgut. La radiographie me démontra le jour même que la réduction était parfaite. Le résultat de l'opération, suivie de massage, semble excellent, mais le fait est trop récent pour qu'on puisse juger de l'état fonctionnel définitif.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 juin 1901.

Existence de la sensibilisatrice dans le sérum des typhoïdiques.

M. Widal. — Les recherches de M. Bordet ont montré que les propriétés bactéricides ou cytolytiques des sérums spécifiques sont dues à l'action combinée de deux substances, l'*alexine* ou substance destructrice, qui existe dans le sérum normal et peut être anéantie par la température de 56°, et la substance *sensibilisatrice*, seule spécifique, qui se développe dans le sérum des vaccinés, résiste au chauffage à 56°, et agit en prédisposant le microbe ou la cellule à l'absorption de l'alexine.

Pour démontrer l'existence d'une sensibilisatrice dans un sérum antimicrobien, M. Bordet a précisément utilisé la propriété qu'a cette substance de faire absorber l'alexine par le microbe qu'elle impressionne. Si l'on mélange, par exemple, un sérum normal non chauffé avec une émulsion isotonique de bacilles typhiques et avec du sérum préalablement chauffé à 56° de cobayes vaccinés, les bacilles ainsi sensibilisés absorbent l'alexine ou matière destructrice qui disparaît du milieu; et si à ce mélange, préparé depuis cinq heures, on ajoute une certaine quantité de globules rouges sensibilisés par un sérum spécifique chauffé, lui aussi, à 56°, l'hémolyse ne se produit pas, puisque l'alexine du sérum non chauffé, qui aurait pu la déterminer, a été absorbée dans le premier mélange par les bacilles typhiques. Si, au contraire, ce premier mélange avait été fait avec un sérum non typhique, par conséquent ne contenant pas de sensibilisatrice spécifique, l'alexine n'aurait pas été fixée par les bacilles non sensibilisés, et, laissée libre, elle serait venue hémolyser les globules rouges ajoutés. MM. Bordet et Gengou ont vu que le mélange préparé avec le sérum de deux convalescents de fièvre typhoïde empêchait l'hémolyse, et contenait, par suite, de la sensibilisatrice.

Nous avons recherché avec M. Le Sourd si ce phénomène pouvait apparaître pendant l'évolution, et même au début, de la maladie. Nous l'avons constaté chez 10 dothiénentériques en cours d'infection; chez 3 autres malades, nous l'avons trouvé au neuvième jour; nous n'avons pas eu jusqu'à présent l'occasion d'observer à ce point de vue des typhoïdiques à une phase moins avancée de leur affection.

Des recherches de contrôle que nous avons faites avec le sérum de quatorze patients atteints de tuberculose, d'érysipèle, d'embarras gastrique, d'angine ou d'affection cardiaque ne nous ont donné que des résultats négatifs. Les bacilles typhiques, dans ces cas, ne fixaient pas d'alexine, et les globules rouges subissaient l'hémolyse.

Tumeur tuberculeuse du cervelet.

M. Bergouignan communique, au nom de M. Huchard et au sien, l'observation d'une femme de trente-deux ans ayant présenté au cours d'une tuberculose pulmonaire tous les signes d'une tumeur du cervelet (céphalalgie occipitale, vomissements bilieux, état vertigineux, titubation, etc.) et qui succomba dans le coma.

L'autopsie confirma le diagnostic porté pendant la vie : on trouva dans le lobe droit du cervelet une volumineuse tumeur tuberculeuse, et deux masses de même nature dans les hémisphères cérébraux. La pie-mère était également infiltrée de nombreuses granulations tuberculeuses et les deux poumons étaient ramollis.

M. Pierre Merklen. — Le syndrome cérébelleux est souvent réduit à la céphalée, mais celle-ci offre alors des caractères presque pathognomoniques : elle siège à la région occipitale et se manifeste surtout à l'occasion des efforts, ces derniers déterminant une exagération de l'hypertension intracrânienne dépendant de l'hydropisie ventriculaire, due elle-même à la compression des veines de Galien par le néoplasme.

Ce mécanisme pathogénique ressort clairement d'un fait que j'ai observé il y a quelques années. Il s'agissait d'un jeune homme d'une vingtaine d'années chez lequel une telle céphalalgie débuta à la suite d'un effort. Les douleurs de tête devinrent bientôt si atroces qu'on fut obligé d'avoir recours à une trépanation palliative. A la suite de cette intervention, la céphalalgie s'amenda très notablement, mais bientôt il se forma, au niveau de la cicatrice, une poche volumineuse, remplie de liquide céphalo-rachidien et constituée, comme on le vit à l'autopsie, par la hernie, à travers la plaie opératoire, de la corne postérieure dilatée du ventricule latéral. Il existait, en outre, une hydropisie des ventricules latéraux et un tubercule solitaire dans le lobe gauche du cervelet, qui avait le volume d'une mandarine et comprimait les veines de Galien.

Chez un autre malade, n'ayant aussi comme seul symptôme que des douleurs de tête extrêmement violentes et revenant au moindre effort, la trépanation fit reconnaître un kyste du cervelet qu'il suffit de vider pour amener la guérison définitive.

M. Triboulet. — Il ne faudrait pas croire cependant, d'après ces deux exemples, que la céphalalgie fût constante dans les tumeurs du cervelet : j'ai vu un enfant qui pendant toute la durée de sa maladie ne s'était jamais plaint de la tête, mais qui vomissait chaque jour; il finit par succomber après une série de crises apoplectiformes. Or, l'autopsie permit de constater une tumeur cérébelleuse.

M. Galliard. — J'ai eu l'occasion d'observer, il y a une vingtaine d'années, un malade qui souffrait de douleurs occipitales exaspérées par le moindre effort. Cet homme mourut subitement et on trouva à l'autopsie un kyste hydatique du cervelet.

De l'albuminurie orthostatique.

M. Méry relate un cas d'albuminurie orthostatique, concernant une jeune fille de quatorze ans qui présentait de la cyanose des extrémités et un abaissement de la pression artérielle; chaque fois qu'elle restait plusieurs heures debout, on constatait de l'albumine dans les urines, mais, contrairement à ce qui s'observe d'ordinaire, cette albuminurie était toujours plus marquée dans la première partie de la journée que dans la seconde; en outre, elle était assez considérable, car chaque miction pouvait fournir une quantité d'albumine variant de 2 à 8 grammes. La cause de ces poussées albuminuriques est restée inconnue.

M. Achard. — Je vous ai communiqué l'an passé, avec M. Lœper, un cas d'albuminurie orthostatique chez une fillette de douze ans (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 221). La sœur aînée de cette jeune malade est elle-même atteinte d'albuminurie orthostatique. Cette albuminurie est, en réalité, permanente; seulement, elle est légère pendant la position couchée et subit de fortes recrudescences orthostatiques. L'épreuve du bleu de méthylène et les examens cryoscopiques ont montré l'existence, dans ce cas, d'une insuffisance rénale notablement plus accusée que chez la jeune fille qui faisait l'objet de la première observation.

Ce fait établit une transition entre les albuminuries purement orthostatiques et les albuminuries permanentes. Il nous paraît indiquer que l'albuminurie orthostatique est un groupe morbide comprenant des faits dont l'évolution, les causes et le pronostic sont divers.

Pleurésie purulente datant de quarante ans.

M. Faisans montre une coque pleurale très épaisse, offrant une consistance cartilagineuse en certains points, osseuse en d'autres, et contenant un liquide trouble, dépourvu de tout élément cellulaire. Cette pleurésie datait de quarante ans, d'après les commémoratifs; le malade qui en était atteint, et qui depuis était devenu cirrhotique, succomba peu après une thoracentèse rendue nécessaire par le déplacement du cœur.

M. Rendu rappelle que, si l'on doit toujours se hâter de pratiquer l'empyème en cas de pleurésie purulente récente, il est prudent, au contraire, de ne pas toucher aux vieux épanchements à pus mort, renfermant de la cholestérine, mais pas d'éléments cellulaires.

Sérothérapie intensive dans la diphtérie.

M. Barbier. — L'épidémie de diphtérie qui sévit en ce moment à Paris semble être d'une gravité exceptionnelle. Tantôt les fausses membranes persistent ou même continuent à s'étendre malgré les injections de sérum; tantôt, après une guérison apparente, elles reparaissent, accompagnées de phénomènes généraux inquiétants.

Pour remédier à ces inconvénients, j'ai eu recours avec M. Lobligeois, pour tous les cas que j'ai eus à traiter depuis un certain temps, à des injections de sérum répétées aussi souvent que cela était nécessaire, si bien que quelques enfants ont reçu jusqu'à 80, 100 et même 140 c.c. de sérum. Cette sérothérapie intensive doit être appliquée également toutes les fois qu'il existe de la diphtérie trachéo-bronchique.

Il résulte, en outre, de nos recherches que pour prévenir l'apparition des paralysies tardives, il est prudent de faire de la sérothérapie intensive dès qu'apparaissent les phénomènes morbides qui précèdent habituellement ces paralysies.

Adéno-lipomatose tuberculeuse de la région cervicale.

M. Labbé communique l'observation d'une jeune femme de dix-huit ans dont le cou a commencé à grossir vers la huitième année; actuellement, cette malade présente à la partie antérieure de la région cervicale un collier adipeux semi-fluide, mal limité, dans la profondeur duquel on perçoit un certain nombre de ganglions petits et durs. On ne constate pas trace d'adénopathie dans les autres régions du corps. Il existe une légère éosinophilie sanguine.

Une injection de 0 gr. 0002 décimilligr. de tuberculine a donné une réaction positive typique. Cette adéno-lipomatose est donc d'origine tuberculeuse; elle est remarquable surtout par l'âge précoce auquel elle s'est développée et par sa localisation cervicale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 juin 1901.

De la fréquence de la cholémie.

MM. Gilbert, Lereboullet et **Herscher.** — Nous avons examiné systématiquement le sérum de 180 sujets sains ou malades de tout âge, en vue de déterminer la fréquence de la cholémie. Sur ces 180 sujets, 31 présentaient une cholémie appréciable, soit 17 %; chez 11 d'entre eux, cette cholémie était même assez marquée pour donner la réaction de Gmelin.

La cholémie nous a paru un peu plus commune chez la femme : nous l'avons trouvée 14 fois sur 55 femmes, alors qu'elle n'existait que chez 9 hommes sur 65. C'est toujours chez des malades atteints d'une affection hépatique passagère ou définitive que nous l'avons constatée, et, d'après nos recherches, on peut ranger sous trois chefs les causes susceptibles de lui donner naissance :

1° L'ictère acholurique simple sous ses diverses formes (cholémie subictérique ou cholémie anictérique); ce sont les cas les plus fréquents;

2° Les affections diverses du foie avec ou sans ictère cliniquement appréciable;

3° Les maladies aiguës qui s'accompagnent d'une viciation temporaire des fonctions du foie, qu'il s'agisse de maladies infectieuses (pneumonie, fièvre typhoïde), ou d'affections du cœur, des reins, des poumons, etc.

Variations comparatives de la composition du sang et des sérosités.

MM. Achard et **Lœper.** — Nous avons montré dans des notes précédentes que la cryoscopie comparée du sérum sanguin et des épanchements pathologiques ne peut pas fournir des indices suffisamment précis sur la tendance de ces épanchements à s'accroître ou à se résorber; nous avons établi également que les différences entre les points cryoscopiques des divers liquides pathologiques provenant des cavités séreuses ne sont pas assez marquées pour qu'on puisse conclure à la nature de la lésion productrice de ces épanchements.

De nouvelles recherches nous ont permis de constater que, si l'on fait absorber à des malades ayant de l'œdème, un hydrothorax, de l'ascite, etc., 10 grammes de chlorure de sodium, le taux de cette substance augmente dans le sang et dans la sérosité; parallèlement, la concentration moléculaire s'élève dans quelques cas, mais non toujours. En outre, tandis que le sang revient rapidement à sa composition chimique et à sa concentration antérieures, la sérosité conserve pendant plusieurs jours les modifications que lui a imprimées l'absorption du chlorure de sodium.

En d'autres termes, la durée du cycle d'augment et de décroissance est inégale pour le sang et les épanchements; le parallélisme n'existe pas entre le cycle du sang et celui des tissus, le premier étant déjà terminé quand le second est encore en pleine activité.

Cette inégalité permet au système de la circulation vasculaire de se décharger dans le système de la circulation interstitielle; elle constitue un des éléments fondamentaux du mécanisme régulateur de la composition du sang.

Le liquide céphalo-rachidien après la rachicocaïnisation.

MM. Ravaut et **Aubourg.** — On sait que la rachicocaïnisation provoque assez souvent de la céphalée, des accidents vertigineux, des vomissements, etc. Pour essayer de diminuer l'intensité de ces troubles, nous avons pratiqué, après l'injection de cocaïne dans le canal rachidien, une seconde ponction lombaire, espérant ainsi débarrasser le malade d'une partie de la cocaïne libre contenue dans son liquide céphalo-rachidien. Nous avons observé, d'une part, que la céphalée diminue ou disparaît à la suite de cette seconde ponction et, d'autre part, que plus la céphalée est intense, plus la tension du liquide est forte, et plus aussi son aspect est trouble.

L'examen histologique nous a montré, en outre, dans la sérosité retirée par cette seconde ponction, des éléments polynucléaires d'autant plus abondants que le liquide est plus opalescent. Au bout de trois ou quatre jours, la sérosité est plus limpide et l'on constate alors que les polynucléaires sont remplacés par des lymphocytes et des mononucléaires. Enfin, après quinze à vingt jours, la réaction lymphocytique a disparu et le liquide est redevenu normal.

Il semble bien, d'après nos recherches, que la cocaïne soit la cause de cette réaction; ses effets sur l'enveloppe arachnoïdo-pie-mérienne sont comparables à ceux d'une toxine, et la céphalée est l'expression clinique des modifications inflammatoires de cette enveloppe.

Cryoscopie de quelques expectorations.

MM. Sabrazès et **Mathis** (de Bordeaux). — Nous avons soumis à l'examen cryoscopique, après les avoir rendus homogènes par agitation, des crachats provenant de sujets atteints d'affections pulmonaires diverses.

L'expectoration muco-purulente, contenant des bacilles de Koch, d'un certain nombre de tuberculeux avancés, avait un point de congélation variant de — 0°34 à — 0°50, soit en moyenne — 0°40; la teneur de ces crachats en chlorures oscillait entre 2 gr. 34 centigr. et 3 gr. 98 centigr. par litre.

Chez des pneumoniques à la période d'état, les crachats rouillés, renfermant 5 gr. 15 centigrammes de chlorures ‰, nous ont donné, comme point cryoscopique moyen, — 0°58.

Ce point était voisin de — 0°35 pour l'expectoration muco-purulente d'une bronchopneumonie grippale; il variait de — 0°41 à — 0°47 pour les crachats de sujets atteints de bronchite chronique avec emphysème.

La salive mixte d'individus normaux congèle entre — 0°12 et — 0°14.

Influence de la lécithine de l'œuf sur les échanges nutritifs.

MM. Desgrez et **Zaky.** — Injectée sous la peau ou administrée par voie stomacale à des cobayes ou à des chiens, la lécithine détermine, à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 06 centigr., une augmentation de poids atteignant en quarante jours, pour le cobaye, de 60 à 109 %, pour le chien, de 94 à 100 % du poids initial, alors que le poids des témoins ne s'élève, dans le même temps, que de 43 à 52 % pour les premiers de ces animaux et de 66 % pour les seconds.

L'influence de la lécithine sur la composition des urines n'est pas moins marquée : on observe toujours, chez les animaux traités, une augmentation de l'urée et de l'azote total, accompagnée d'une élévation constante du coefficient azoturique. Il y a donc amélioration de l'élaboration azotée. Nous avons noté également une diminution de l'acide phosphorique éliminé par les urines, c'est-à-dire, selon toute apparence, une utilisation plus parfaite du phosphore par l'économie.

Du retard des perceptions douloureuses et thermiques dans la syringomyélie.

M. Egger. — Le retard de la perception douloureuse et thermique, qu'on n'a signalé qu'ex-

ceptionnellement dans la syringomyélie, paraît cependant très fréquent dans cette affection. Sur 10 malades atteints de lésions de la substance grise, 9 présentaient ce trouble de la sensibilité; chez 3 d'entre eux, la période de latence durait plusieurs heures, mais le plus souvent elle ne dépasse guère cinquante secondes. Après quelques secondes, la sensation primitive est habituellement suivie d'une sensation secondaire plus intense que la première. J'ai pu m'assurer enfin, au moyen d'un instrument pouvant réaliser 50 piqûres par seconde, qu'il est possible de réveiller la sensibilité au niveau des régions considérées comme les plus anesthésiques.

Fixation des préparations de sang par le chloroforme.

M. Josué. — Le chloroforme est un excellent fixateur pour les préparations de sang. En effet, ce moyen de fixation, outre la simplicité de son emploi, offre l'avantage de permettre des colorations parfaites, notamment à l'aide du triacide d'Ehrlich. Voici comment on y procède.

Le sang est d'abord étalé sur la lame de verre avec une baguette de verre ou une seconde lame rodée, puis rapidement séché par agitation à l'air. On plonge pendant deux minutes environ la lame, ainsi préparée, dans un vase contenant du chloroforme; on l'en retire, on l'égoutte, puis on la laisse sécher à l'air. On peut aussi verser directement le liquide fixateur sur la lame, l'enlever au bout de deux minutes et laisser sécher la préparation. Il n'y a aucun inconvénient à prolonger le contact du sang avec le chloroforme, mais il faut avoir soin de ne pas laver à l'eau avant de faire agir le réactif colorant.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

L'amputation de Chopart; étude sur le renversement du moignon, par M. Lapointe.

D'une façon presque générale, l'amputation de Chopart, si souvent suivie de renversement du moignon, est considérée comme une mauvaise opération et l'on peut dire qu'elle est à peu près abandonnée, malgré les progrès considérables réalisés par l'asepsie dans le mode de guérison des plaies d'amputation. Cependant il semble qu'une réaction en sa faveur tende à se produire depuis quelques années.

Grâce à la radiographie, M. Lapointe a pu étudier à nouveau le mécanisme du renversement du moignon après l'amputation médiotarsienne, en considérant la déviation dans deux circonstances différentes, suivant que le moignon est soustrait au poids du corps ou qu'il en a la charge.

A son avis, le renversement est l'attitude inévitable des moignons de Chopart; il résulte des conditions nouvelles créées, par la suppression de l'arceau antérieur de la voûte plantaire, dans le jeu réciproque des muscles antagonistes et dans la statique du bloc astragalo-calcanéen.

Dans le renversement au repos, dit renversement primitif, la tonicité musculaire est le facteur principal. La prédominance normale des muscles postérieurs s'exagère par la perte d'énergie des muscles antérieurs, consécutive à la diminution de longueur du bras de levier qu'ils actionnent.

Au contraire, dans le renversement pendant la station verticale, dit renversement secondaire, le poids du corps intervient presque seul. Les ligaments agissent par leur résistance passive pour limiter ce renversement, mais les muscles n'ont qu'un rôle secondaire. Le bloc astragalo-calcanéen, sollicité par la charge qu'il supporte, tend sans cesse à réaliser sa position d'équilibre, et il faudrait, pour qu'il résistât, qu'il fût cloué au tibia ou sur un plan d'appui.

Il est absolument classique de considérer ce renversement inévitable du moignon comme justifiant l'abandon de la désarticulation médiotarsienne, et lorsque, dans l'ancienne chirurgie, on rencontrait exceptionnellement un bon moignon de Chopart, on n'y voyait d'autre cause que l'absence ou le faible degré du renversement. Or, autant que M. Lapointe a pu en juger chez trois anciens opérés dont les moignons ont été radiographiés, les bons moignons, comme les mauvais, sont renversés, et, si les mauvais le sont d'ordinaire plus que les bons, l'importance de la déviation n'est pas toujours en rapport avec le degré de l'impotence fonctionnelle.

Malgré le renversement, les avantages de la désarticulation médio-tarsienne paraissent évidents pour l'auteur, lequel partage sur ce point l'opinion de MM. Berger, Kirmisson, Ricard, qui considèrent cette opération comme un excellent procédé d'amputation partielle du pied. En ce qui concerne les trois opérés qui ont servi de base à son travail, M. Lapointe n'hésite pas à affirmer que, chez eux, aucune autre intervention n'aurait pu faire, non seulement mieux, mais même aussi bien, que l'amputation de Chopart.

Dans les cas où l'état des parties molles ne permet pas la taille de lambeaux suffisants pour recouvrir le bloc astragalo-calcanéen, M. Lapointe conseille, plutôt que de recourir d'emblée à l'opération de Syme ou de Pirogoff, de donner la préférence à l'amputation de Ricard, qui consiste à diminuer la hauteur du bloc astragalo-calcanéen par l'astragalectomie complémentaire. (*Rev. de chir.*, février et mars 1901.) — M. C.

De la localisation du bacille d'Eberth sur les bronches (broncho-typhus), par M. P. Albarel.

Les manifestations pulmonaires ou bronchitiques sont fréquentes, on le sait, au cours de la dothiénentérie; aussi n'est-ce pas de ces troubles que s'occupe M. Albarel dans le présent travail, mais bien de fièvres typhoïdes à localisation presque exclusivement bronchitique, de ce qu'il appelle le *broncho-typhus*.

Il a eu l'occasion d'en observer 4 cas au cours d'une épidémie récente. Le premier concerne un garçon de sept ans qui fut d'abord traité pour une bronchite aiguë; au bout de quelques jours, une légère douleur dans la fosse iliaque droite, ainsi que les troubles de l'état général, firent porter le diagnostic de dothiénentérie. Peu à peu, les phénomènes pulmonaires prirent une acuité extraordinaire; on entendait des râles humides sur toute la hauteur des poumons, on les percevait même à une faible distance de la paroi; en même temps, le malade maigrissait beaucoup, la température se maintenait très élevée, il y avait un délire intense et une grande agitation; par contre, les légers symptômes abdominaux du début avaient à peu près disparu. En présence de ces signes, on crut à une tuberculose aiguë et on considéra le petit malade comme perdu. Or, deux mois environ après le commencement de la maladie, tout était rentré dans l'ordre, et la courbe des températures présentait les trois phases caractéristiques de la dothiénentérie : une période d'ascension, une période d'état fort longue, et une période de descente coïncidant avec la fin des manifestations pulmonaires.

Au reste, le diagnostic de fièvre typhoïde fut confirmé par la contagion des deux sœurs du petit malade, respectivement âgées de treize et de quatre ans, qui, toutes deux, contractèrent un broncho-typhus ayant évolué chez la première en un mois, chez la seconde en trois semaines.

Enfin, un enfant de sept ans, n'habitant pas la même localité que les précédents, fut aussi atteint de troubles analogues mais plus bénins encore, car ils disparurent en quinze jours.

Il semble donc que le broncho-typhus ait une prédilection marquée pour les enfants : on sait, d'ailleurs, combien les bronchites sont fréquentes dans le jeune âge. M. Albarel attribue l'évolution rapide et favorable de la maladie dans les 3 derniers cas à ce que, le diagnostic précis ayant été porté, il n'hésita pas à prescrire la médication habituelle de la fièvre typhoïde, à savoir les bains froids. (*Nouveau Montpellier méd.*, 14 avril 1901.) — F. F.

Sérum néphrotoxique, par M. N. Néfédieff.

L'existence d'un sérum néphrotoxique ayant été tour à tour admise et niée, M. Néfédieff vient de reprendre l'étude de cette question au moyen de recherches ayant porté sur le lapin et le cobaye. Des lapins recevaient sous la peau, tous les huit ou dix jours, 2 à 5 c.c. d'une émulsion préparée avec un ou deux reins de cobaye; après un laps de temps égal, une saignée de la carotide fournissait le sang dont les propriétés néphrotoxiques devaient être vérifiées. Pour sensibiliser le cobaye avec du rein de lapin, un quart de rein suffit pour l'émulsion nécessaire à chaque injection.

Dix centimètres cubes, par kilogramme, du sérum d'un lapin ainsi obtenu constituent pour le cobaye la dose mortelle. Dès le lendemain de l'injection — la mort ne survient qu'au bout de plusieurs jours — on constate dans l'urine une certaine quantité d'albumine témoignant d'une altération rénale et prouvant ainsi l'effet néphrotoxique du sérum. Cette albuminurie est constante, mais son taux varie en raison directe du nombre des injections faites à l'animal dont provient le sérum toxique. C'est ainsi qu'avec le sérum d'un lapin ayant reçu deux injections on ne détermine l'apparition que de traces d'albumine, tandis que le sérum d'un animal traité par quatre ou cinq injections successives d'émulsion provoque une albuminurie notable. Le degré des altérations rénales que l'on constate à l'autopsie des cobayes est fonction de l'activité du sérum néphrotoxique; ces lésions varient depuis la simple hyperémie jusqu'à la néphrite aiguë caractérisée.

Il est intéressant de noter que la propriété néphrotoxique acquise par le sérum de lapin s'atténue progressivement et disparaît trois mois et demi après la dernière injection d'émulsion de rein de cobaye.

Le sérum néphrotoxique est également hémolytique; mais ce n'est pas à cette propriété qu'il doit son action sur le rein, ainsi que le montrent d'autres expériences de M. Néfédieff. En effet, quand on injecte à des cobayes 10 c.c., par kilogramme, d'un sérum hémolytique très actif, la mort survient bien du quatrième au cinquième jour; mais jamais, en pareil cas, l'urine ne renferme d'albumine, même à l'état de traces, et à l'examen nécropsique, on note constamment l'intégrité des reins. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janvier 1901.) — F. M.

Antagonisme entre l'état de la peau et de la muqueuse bucco-pharyngée dans le cours de la syphilis secondaire, par M. A. Renault.

La syphilis secondaire se traduit ordinairement, comme on sait, par l'association d'une angine plus ou moins intense aux accidents cutanés, lesquels consistent soit en une simple roséole, soit en une éruption papuleuse discrète. Parfois cependant — par suite, sans doute, d'une activité plus grande du virus spécifique —, les manifestations cutanées prennent une gravité particulière, et la surface presque entière du corps est recouverte de nombreuses papules couleur « jambon maigre » dont certaines peuvent même arriver à l'ulcération. Or, M. Renault, ayant eu l'occasion d'observer en un an 12 cas de cette nature, a pu s'assurer que dans 9 d'entre eux la gorge, malgré cette abondance de l'exanthème, était demeurée absolument indemne, et cela bien que la plupart de ces sujets fussent à la fois buveurs et fumeurs.

Comme contre-partie, l'auteur croit, sans que ce fait soit aussi clairement démontré que le précédent, que l'éruption est susceptible de se limiter presque exclusivement à la gorge. C'est particulièrement chez les individus entachés d'arthritisme — on connaît bien la susceptibilité toute spéciale de la muqueuse buccolaryngée dans cette diathèse — qu'il serait donné d'observer parfois, alors qu'il existe des lésions gutturales très tenaces et récidivant indéfiniment, que la peau reste indemne ou, du moins, n'est que très légèrement touchée.

Ces faits ne sont pas sans intérêt au point de vue pratique, car ils permettent de prédire avec quelque certitude, aux sujets atteints d'une syphilide papuleuse confluente, que leurs lèvres et leur gorge seront épargnées par l'infection. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, février 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Ueber die vom Processus vermiformis ausgehende diffuse eitrige Peritonitis und ihre chirurgische Behandlung. In-8°, 240 p. avec tracés. Iéna, 1901. — De la péritonite purulente diffuse d'origine appendiculaire et de son traitement chirurgical, par M. A. Krogius.

Parmi les nombreux problèmes qui se posent à l'occasion de l'appendicite, le traitement chi-

rurgical de la péritonite suppurée diffuse est un des plus obscurs, des opinions fort contradictoires ayant été émises à ce sujet. M. Krogius a donc accompli une œuvre méritoire en faisant un exposé complet de l'état actuel de la question, et en s'efforçant de tracer une ligne de conduite précise, établie sur l'étude de 50 cas de péritonite diffuse d'origine appendiculaire qu'il a observés à la clinique chirurgicale de Helsingfors.

En ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie de l'appendicite, les recherches bactériologiques qu'il a faites lui permettent de conclure que les microorganismes le plus souvent en cause sont le colibacille et diverses espèces de diplocoques. Le bacille pyocyanique, le *proteus vulgaris* et le streptocoque pyogène sont beaucoup moins fréquents; quant au staphylocoque pyogène, M. Krogius ne l'a jamais rencontré.

La péritonite purulente diffuse est généralement la conséquence d'une perforation de l'appendice, mais elle peut également survenir quoique la paroi de cet organe soit restée intacte. Au point de vue pratique, les faits les plus importants sont ceux où la péritonite diffuse provient d'un abcès circonscrit au début, mais rompu au bout de quelques jours, souvent à la suite d'une imprudence du patient, de l'administration de purgatifs ou même d'une palpation trop brusque; tel était le cas de 14 malades sur les 50 qu'a observés l'auteur. La mortalité consécutive à la péritonite appendiculaire atteindrait, d'après les calculs faits par M. Krogius, 1 % environ de la totalité des décès.

L'auteur distingue trois formes de péritonite appendiculaire :

D'abord, une variété ne déterminant ni adhérences notables, ni exsudat abondant; c'est celle qu'on désigne généralement sous le nom de péritonite septique diffuse; elle a un pronostic extrêmement grave; sa durée est de trois à dix jours.

Ensuite une forme sans adhérences notables, mais avec un exsudat séro-purulent ou purulent abondant, ordinairement d'odeur fécaloïde, très rarement inodore; la couleur et la consistance du pus sont très variables non seulement d'un sujet à un autre, mais aussi sur le même malade dans les différentes parties de l'abdomen; dans les cas à issue mortelle, la durée de l'affection a été de trois à vingt et un jours; 8 fois sur 24, l'intervention fut couronnée de succès.

Enfin une péritonite caractérisée par un exsudat fibrino-purulent, par de nombreuses adhérences et par des abcès circonscrits plus ou moins volumineux, localisés entre les anses intestinales; cette variété a une évolution habituellement assez lente, au point que le décès a pu ne survenir qu'au bout de quatre-vingts jours; ailleurs, par contre, la mort a eu lieu dès le cinquième jour. La statistique de M. Krogius ne comprend qu'une guérison opératoire pour les cas de cette catégorie, ce qui provient de ce que nombre de faits où le caractère diffus de la péritonite était probable, mais n'a pu être prouvé par l'inspection directe, n'ont pas été comptés.

Pour ce qui est de la marche clinique, l'auteur insiste sur ce point que 13 de ses 50 malades avaient eu antérieurement des crises d'appendicite, et 17 des symptômes intestinaux que l'on pourrait assimiler également à de légères poussées inflammatoires du côté de l'appendice.

Relativement aux symptômes de la péritonite, M. Krogius appelle tout particulièrement l'attention sur l'importance de la défense musculaire comme signe initial, puis sur les renseignements importants, au point de vue du diagnostic et du pronostic, que donne le facies du malade, avant même l'apparition du facies péritonitique bien connu. Quant aux variations constatées souvent dans la fréquence et les caractères du pouls, l'auteur pense que des défaillances passagères assez fréquentes correspondent à des crises douloureuses, et cette opinion est corroborée par l'influence favorable qu'exerce une injection de morphine sur ce symptôme.

La température peut fournir des données intéressantes; M. Krogius recommande de la prendre à la fois dans l'aisselle et dans le rectum, la différence entre les températures rectale et axillaire étant beaucoup plus grande dans la péritonite appendiculaire qu'à l'état normal, ce qui est déjà un signe diagnostique important. En outre, une divergence croissante entre les courbes des deux températures permettrait de porter un pronostic fâcheux.

Comme complications de la péritonite appendiculaire, l'auteur a noté 7 fois la pneumonie; il a observé une fois un phlegmon fessier, et une fois une gangrène du pénis et du scrotum. Dans trois cas, la péritonite se propagea à un sac herniaire, en déterminant généralement une symptomatologie analogue à celle de l'étranglement. Chez 4 malades survinrent des perforations intestinales secondaires, et chez 3 une occlusion intestinale.

Les trois types de péritonite décrits plus haut ont d'habitude des signes distinctifs suffisants pour qu'on en puisse faire le diagnostic précis. Il importe toutefois de ne pas oublier que dans la péritonite septique diffuse, les symptômes généraux sont beaucoup plus prononcés que les signes abdominaux.

Quant au diagnostic différentiel, M. Krogius conclut que l'on peut admettre l'origine appendiculaire de toute péritonite paraissant s'être développée spontanément, dans le sexe masculin du moins, et ceci alors même que les symptômes douloureux seraient plus prononcés à gauche qu'à droite.

Dans l'important chapitre qu'il consacre au traitement, l'auteur ne se déclare point interventionniste à outrance dès le début de l'appendicite, mais il conseille d'individualiser, et de n'opérer que les malades chez lesquels les premiers symptômes sont très violents et affectent une marche rapidement progressive. Il est partisan de l'ablation de l'appendice lors de l'opération à chaud, à condition, cependant, que l'on réussisse à le trouver sans trop de difficultés.

En cas de péritonite développée, il est d'avis qu'il faut renoncer à intervenir quand le patient se trouve déjà dans le collapsus péritonitique complet; il estime, d'autre part, que l'on peut soumettre à l'opération tous les malades à qui leur état général permet de supporter une laparotomie, qu'il s'agisse d'une péritonite à allures septiques ou non. Il conseille de faire précéder l'opération, quand il y a de la faiblesse cardiaque, d'une injection de sérum artificiel. Il croit qu'une anesthésie générale légère est indispensable. Quant à l'incision abdominale, il conseille de la faire parallèlement au bord externe du grand droit, avec une contre-ouverture du côté opposé ou dans la région sacrée ou lombaire.

Les opinions étant encore fort divergentes au sujet du lavage de la cavité abdominale, il estime que cette question devrait être résolue par des expériences sur des animaux. L'exsudat évacué d'une manière ou d'une autre, on établira un drainage à l'aide de drains en caoutchouc entourés de gaze, ou bien par un tamponnement à la Mikulicz.

Comme traitement post-opératoire, M. Krogius préconise vivement les injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérum artificiel. Il conseille, en outre, l'administration de la morphine par la voie sous-cutanée, mais proscrit l'emploi de l'opium, afin de ne pas empêcher l'évacuation du contenu intestinal. En cas de météorisme progressif ou de symptômes d'obstruction intestinale, il recommande d'établir une fistule intestinale.

Sur 30 cas qu'il a opérés, l'auteur compte 9 guérisons, dont la plupart se rapportent à des malades chez lesquels il est intervenu le troisième jour de la péritonite. Dans une statistique établie sur 680 faits publiés ces dernières années par de nombreux chirurgiens, il a trouvé 28.5 % de guérisons. Ce résultat, sans être brillant, justifie amplement, à son avis, l'intervention active dans la péritonite diffuse d'origine appendiculaire. — F. DE Q.

Du développement d'un cancer sur la base d'un kyste dermoïde, par M. H. Wolff.

La littérature médicale renferme un certain nombre d'observations de cancers développés sur la base d'un kyste dermoïde, mais il s'agissait *toujours*, en pareille occurrence, de kystes dermoïdes de l'ovaire. Les deux faits relatés par M. Wolff dans le présent travail, et recueillis à la clinique chirurgicale de M. von Bergmann, font exception à cette règle, jusqu'ici absolument générale.

Le premier a trait à un homme de vingt et un ans, chez lequel une petite tumeur, située au niveau du rebord orbitaire supérieur, avait été prise pour un simple kyste dermoïde. Ce néoplasme, qui était congénital, avait lentement augmenté de volume au cours des deux dernières années; toutefois, il n'avait jamais provoqué de douleurs. Son extirpation fut aisée, et l'on n'avait pas le moindre soupçon à son sujet, quand l'examen microscopique fit découvrir qu'il s'agissait bien d'un kyste dermoïde, mais que sa paroi présentait une dégénérescence cancéreuse indiscutable.

La deuxième observation concerne une malade de vingt et un ans, admise dans le service de M. von Bergmann pour une tumeur siégeant à la région sacrée, qui s'était développée depuis quelques mois. Après extirpation, le microscope permit de reconnaître un simple kyste dermoïde sans dégénérescence maligne. Six mois plus tard apparut une nouvelle tumeur, douloureuse cette fois, et située au même point que la précédente; or, une nouvelle opération montra l'existence d'un épithélioma typique. M. Wolff admet qu'il s'est produit ici une dégénérescence cancéreuse d'un reste du kyste dermoïde primitif, laissé dans la plaie lors de la première intervention. Ce dernier fait est à rapprocher des cas relativement fréquents où un cancer apparaît sur un athérome suppuré et transformé en fistule. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 4.) — F. DE Q.

Du traitement chirurgical de la pancréatite hémorrhagique aiguë, par M. E. Hahn.

Les indications opératoires dans la pancréatite hémorrhagique aiguë sont encore fort discutées : à cause des mauvais résultats que donne généralement la laparotomie dans les cas récents, certains chirurgiens vont jusqu'à s'abstenir de toute intervention au cours de la période initiale et attendent, pour opérer, que l'affection soit arrivée à sa phase chronique.

M. Hahn estime que c'est là se montrer trop conservateur, car la plupart du temps la mort survient dès la première période de la maladie. Aussi conseille-t-il de pratiquer aussi vite que possible, non une opération étendue, mais une petite incision médiane au dessous de l'ombilic, afin de permettre l'élimination du contenu sanguinolent de la cavité abdominale et l'introduction d'une mèche de gaze iodoformée. Il a suivi cette ligne de conduite dans deux cas qui, tous deux, eurent une issue favorable. (*Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 1-2.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Rapport sur l'expédition envoyée en Guinée pour l'étude de la malaria, par MM. H. E. Annett, J. Everett Dutton et J. H. Elliott.

Les acquisitions récentes concernant l'étiologie du paludisme ont suscité dans ces dernières années toute une série d'expéditions scientifiques destinées à élucider, dans le pays même où elle exerce le plus de ravages, certains points encore obscurs de l'histoire de cette redoutable maladie. MM. H. E. Annett, J. E. Dutton et J. H. Elliott, qui avaient été envoyés dans le Bas-Niger par l'Ecole de médecine tropicale et de parasitologie médicale de Liverpool afin de rechercher les moyens prophylactiques les plus efficaces pour combattre la malaria dans ces régions de la Guinée anglaise, rendent compte, dans le présent travail, des résultats de leur mission.

Un premier point — sur lequel M. Koch avait déjà appelé l'attention — paraît définitivement acquis, à savoir que c'est principalement par l'intermédiaire des enfants indigènes, presque tous infectés, que les Européens se contagionnent. Aussi le rapport que nous résumons insiste-t-il sur la nécessité de n'établir les habitations indigènes qu'à un demi-mille au moins de tout établissement européen.

Si l'on s'attaque au parasite lui-même, on peut tenter de l'atteindre soit pendant son séjour chez l'hôte intermédiaire, l'homme (au moment de la période d'incubation ou dans le cours de l'affection), soit alors qu'il a envahi

l'hôte définitif, le moustique du genre *Anopheles*, en empêchant cet insecte de piquer ou en le détruisant à l'une quelconque des phases de son développement (œuf, larve, adulte).

La quinine constitue le seul moyen connu jusqu'ici que l'on puisse opposer au parasite une fois qu'il s'est établi chez l'homme. Aussi semblerait-il logique d'user de ce médicament *larga manu*. Mais si l'on songe, d'une part, à la promiscuité dans laquelle vivent Européens et indigènes dans l'Ouest africain, d'autre part à la fréquence de l'hématozoaire dans le sang des enfants au-dessous de dix ans, on reconnaîtra sans peine que, pour que l'administration de la quinine à titre prophylactique pût donner la mesure de son efficacité, il serait indispensable d'y soumettre la totalité de la population indigène; or, il est peu vraisemblable que celle-ci soit assez intelligente et assez docile pour accepter une pareille mesure.

C'est chez l'hôte définitif, l'*Anopheles*, qu'on a le plus de chances de combattre avec succès le parasite du paludisme. Toutefois il n'est guère facile de prévenir les piqûres de cet insecte, car les parasiticides et les fumigations si souvent prônés n'ont jamais rendu de service réel; quant aux maisons dont les fenêtres et les portes sont garnies de filet pour empêcher le moustique de pénétrer dans l'intérieur de l'habitation, ce ne sont là que des procédés tout à fait insuffisants et illusoires, non moins, d'ailleurs, que les classiques moustiquaires; pour s'en convaincre, il suffit de rappeler les habitudes des Européens, lesquels recherchent, le soir, la fraîcheur sous leur véranda, et renoncent ainsi au bénéfice des moustiquaires au moment précis où les moustiques présentent leur maximum d'activité.

Dès lors, c'est de la destruction des lieux de ponte de l'*Anopheles* que, d'après les auteurs, on pourrait espérer l'extermination du parasite. Ces lieux de ponte sont plus ou moins faciles à reconnaître et à atteindre suivant les cas. On en rencontre dans les nombreuses flaques d'eau qui se forment à la saison des pluies autour des habitations et des comptoirs européens; il suffirait de niveler le terrain et d'en assurer le drainage par quelques caniveaux pour écarter cette source de contagion. Ce procédé, malheureusement, n'est guère applicable aux marnières que l'on rencontre dans le voisinage de presque tous les villages indigènes, en dehors de la zone des marécages à mangliers, et d'où les noirs tirent les matériaux pour la construction de leurs huttes; le moyen le plus simple pour obvier à ces inconvénients consisterait à interdire l'accès de ces terrains quand ils sont situés dans le voisinage d'un quartier européen. L'entretien des routes et des sentiers étant chose inconnue en Guinée, on comprend que les eaux de pluie s'y accumulent aisément en flaques et en mares constituant autant de foyers d'infection, car MM. Annett, Dutton et Elliott y ont toujours trouvé de nombreuses larves; là, seul un drainage bien entendu et soigneusement entretenu apporterait le remède. Enfin, dans les régions accidentées, il est également nécessaire de surveiller attentivement, pendant la saison sèche, les ruisseaux et les rivières et d'assurer l'écoulement de leurs eaux.

En résumé, pour les auteurs, le but essentiel à atteindre en Guinée, est d'éviter la stagnation des eaux, quelle qu'en soit l'origine. (*The Thompson Yates Laboratories Report*, III, 2.) — F. M.

Une forme particulière d'épanchement indolore du genou chez la femme, par M. W. BENNETT.

L'auteur a eu assez souvent l'occasion d'observer, chez de jeunes filles arrivées à la période de puberté ainsi que chez des femmes ayant atteint l'âge critique ou sujettes à des ménorrhagies ou à tout autre trouble de la menstruation, une affection articulaire qui, en raison de ses particularités étiologiques et cliniques, mérite d'être connue, d'autant plus qu'elle peut donner lieu à des erreurs de diagnostic entraînant un traitement plus ou moins irrationnel.

Il s'agit d'un épanchement qui intéresse généralement le genou; une fois seulement M. Bennett l'a vu frapper le coude. Dans la plupart des cas, les deux genoux sont pris en même temps, mais d'habitude l'exsudat intra-articulaire est beaucoup plus abondant à droite. Toutefois, même de ce côté, il ne détermine pas une distension considérable de la capsule et, partant, ne s'accompagne guère de douleurs intenses. Aussi l'affection peut-elle souvent passer complètement inaperçue, à moins qu'un traumatisme, tel qu'une chute sur le genou, ne vienne attirer l'attention sur la jointure malade. Et c'est alors que le praticien non prévenu est exposé à commettre une erreur de diagnostic et à confondre l'affection dont il s'agit avec une arthrite traumatique. Or, il est à peine besoin d'ajouter que, au point de vue thérapeutique, cette faute d'interprétation n'est pas indifférente : le repos et l'immobilisation du membre, souverains contre l'arthrite traumatique, resteront absolument sans effet sur un épanchement lié à un trouble de la menstruation. L'indication fondamentale est d'instituer un traitement rationnel — gynécologique ou général — contre l'affection première, qui tient sous sa dépendance l'exsudat articulaire au point que, dans certains cas de métrorrhagies de l'âge critique, l'épanchement est proportionnel, comme abondance, à l'hémorrhagie utérine, disparaissant et réapparaissant avec cette dernière.

On ne confondra guère cette affection avec une tumeur blanche si l'on se rappelle que celle-ci est ordinairement unilatérale.

Ajoutons que M. Bennett a pratiqué, chez 3 de ses malades, une ponction du genou, qui a fourni deux fois de la sérosité synoviale et dans le troisième cas une quantité assez considérable de sang, sans qu'il fût possible de préciser s'il s'agissait ici d'un phénomène purement accidentel ou relevant, au contraire, du mécanisme pathogénique de l'affection. (*Lancet*, 23 février 1901.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Des abcès rétro-pharyngiens chez les nourrissons, par M. STRAZZA.

Tandis que chez l'adulte les abcès rétro-pharyngiens sont le plus souvent secondaires et résultent d'une suppuration étrangère au pharynx (carie des vertèbres, etc.), chez les enfants, les nourrissons en particulier, ces abcès sont généralement idiopathiques, intra-pharyngés, c'est-à-dire qu'ils naissent dans les parois mêmes du pharynx.

On a voulu attribuer les abcès rétro-pharyngiens infantiles à une suppuration des ganglions dits rétro-pharyngiens, qui ont été signalés par plusieurs auteurs. Pour M. Strazza, le rôle de ces ganglions, en admettant même qu'ils existent réellement, a été singulièrement exagéré. Lorsqu'on songe, dit-il, à toutes les chances d'infection auxquelles ils sont exposés, étant donnés les rapports qui les unissent aux fosses nasales, au pharynx, aux oreilles, il est impossible de ne pas être frappé de la rareté des abcès rétro-pharyngiens, laquelle devient alors tout à fait inexplicable. D'un autre côté, à tout processus inflammatoire localisé à une portion quelconque des voies respiratoires supérieures devrait correspondre, sinon une suppuration, tout au moins une tuméfaction, un engorgement de ces ganglions; or, jamais, malgré le grand nombre de petits malades qu'il a examinés sous ce rapport, l'exploration digitale n'a révélé à l'auteur l'existence du moindre ganglion rétro-pharyngien, tuméfié ou non. Il n'a relevé qu'un seul exemple de suppuration ganglionnaire rétro-pharyngée; il s'agissait d'un ganglion appartenant au groupe situé dans la région carotidienne supérieure, et qui, ayant augmenté de volume, avait fini par pénétrer dans la région rétro-pharyngée, où il avait atteint la ligne médiane.

Se basant sur dix faits d'abcès rétro-pharyngien observés par lui chez des nourrissons dont le plus âgé avait dix mois, M. Strazza croit pouvoir affirmer que, dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, le point de départ de ces abcès se trouve dans les amygdales, et, en général, dans tout le tissu adénoïde qui entoure le pharynx et dont l'ensemble constitue ce que l'on appelle l'anneau lymphoïde de Waldeyer. Ce tissu constitue, surtout chez les enfants scrofuleux ou hérédo-syphilitiques, un des points faibles de l'organisme; il est constamment exposé à l'infection par les nombreux germes qui pullulent dans la bouche, les fosses nasales et le pharynx du nourrisson. Le plus souvent, ce tissu subit une hyperplasie qui le rend encore plus vulnérable; en pareille occurrence les poussées inflammatoires augmentent de fréquence et d'intensité et se terminent parfois par un véritable abcès, par une angine ou une périamygdalite phlegmoneuses. Mais au lieu de se porter, comme chez l'adulte, vers le voile du palais ou l'un des piliers, le pus, dans l'enfance, et surtout chez le nourrisson dont le voile et les piliers présentent des dimensions infiniment plus réduites, se fraie un chemin vers la paroi postérieure du pharynx, déterminant la formation d'un abcès dans cette région.

La symptomatologie de cette affection, telle que la décrit l'auteur, ne présente, au début notamment, rien de particulier ni de caractéristique. Plus tard surviennent des troubles de la déglutition et de la respiration, signes pour ainsi dire pathognomoniques; au reste, l'exploration digitale assurera le diagnostic.

En ce qui concerne le traitement, après s'être assuré de l'intégrité de la colonne vertébrale, on procédera à l'ouverture de l'abcès. L'auteur, qui voit dans l'abcès rétro-pharyngien des nourrissons une affection purement locale et ne partage pas la crainte de la plupart des auteurs relativement à la possibilité de sa propagation vers le médiastin, préfère à l'incision par la voie externe (au niveau des bords antérieur ou postérieur du muscle sterno-mastoïdien), généralement adoptée jusqu'ici, l'ouverture par la cavité buccale. Il se sert à cet effet d'un trocart légèrement courbe et de moyen calibre, à l'aide duquel il commence par vider l'abcès dans sa partie la plus déclive : on évite de cette façon la pénétration du pus dans le larynx. Il fait ensuite, avec un bistouri également recourbé et qu'il introduit en se guidant sur la canule du trocart, une longue incision de bas en haut, à partir du point où a été pratiquée la ponction; cette incision permet à l'abcès de se vider complètement et l'empêche de se reformer trop tôt. (*Arch. ital. di otol.*, XI, 2.) — S. J.

Contribution à l'étude du pouls négatif de la saphène interne, par M. A. LANZERINI.

Chez un homme de cinquante-neuf ans, ancien rhumatisant atteint d'insuffisance mitrale avec lésion aortique complexe, aortite chronique et artériosclérose généralisée, l'auteur a eu l'occasion d'observer, du côté de la saphène interne, un phénomène singulier qui ne paraît avoir jamais été signalé, au moins dans les mêmes conditions. Il s'agit d'une pulsation qui débutait avant la diastole cardiaque, atteignait son maximum avant que commençât la diastole de l'artère fémorale et cessait avec la systole de cette même artère; cette pulsation n'était perceptible que quand le malade était couché; dans la position verticale, elle manquait; les pauses respiratoires étaient sans effet sur elle; elle persistait quand on comprimait l'artère fémorale contre l'arcade inguinale. Par la compression de la veine en un point quelconque, la pulsation était perceptible, voire même exagérée, dans le bout central; elle s'arrêtait, au contraire, dans le bout périphérique. Il importe de signaler qu'il n'existait de pouls veineux dans aucune autre région, notamment dans les vaisseaux du cou.



François-Franck et Daguini ont publié chacun un cas un peu analogue, mais concernant des pulsations systoliques ou post-systoliques, que ces auteurs expliquent de la façon suivante : l'élévation de la pression abdominale que produit chaque systole cardiaque favorise, par augmentation de la *vis a tergo*, la circulation de retour vers les veines intra-abdominales, tant que les valvules du système veineux sont suffisantes; mais dès que cette condition n'est plus remplie, elle a pour effet de déterminer, au contraire, un courant rétrograde vers les veines extra-abdominales, d'où pulsation systolique ou post-systolique.

Assurément, cette explication n'est pas applicable au cas présent puisque, nous l'avons vu, la pulsation était diastolique. Aussi M. Lanzerini admet-il que le pouls veineux de la saphène, chez le malade dont il rapporte l'observation, était l'expression des oscillations de la pression négative; ces oscillations étaient rendues apparentes par une sclérose des veines crurale et iliaque externe gauche, sclérose que l'autopsie permit de constater ultérieurement. (*Clinica medica italiana*, mars 1901.) — F. F.

La cryoscopie du sang pour le diagnostic médico-légal de la mort par submersion, par M. Carrara.

Les mouvements d'inspiration qui se produisent chez les individus en train de se noyer ont pour effet de faire pénétrer de l'eau dans les poumons et, de là, dans les veines pulmonaires et le cœur gauche; aussi le sang contenu dans ce dernier est-il altéré dans sa composition, et sa comparaison avec le sang provenant du ventricule droit montre une diminution de la densité, du nombre des globules et du taux de l'hémoglobine, qui peut être utilisée pour le diagnostic médico-légal de la mort par submersion; toutefois, diverses causes d'erreurs interviennent ici, qui ne permettent pas d'attribuer une confiance absolue aux résultats ainsi obtenus.

C'est une méthode analogue, l'étude comparative du point de congélation du sang recueilli dans le cœur droit et le cœur gauche, que M. Carrara propose dans le même but, en se basant sur des recherches expérimentales qui paraissent fort démonstratives. C'est ainsi que, chez un chien tué par submersion, le point cryoscopique, qui était de — 0°42 pour le cœur droit, n'atteignait que — 0°29 pour le cœur gauche.

Chez un autre chien, submergé non plus dans de l'eau douce, mais dans de l'eau de mer, le point de congélation du sérum provenant du cœur gauche fut naturellement abaissé, l'eau de mer ayant une tonicité très supérieure à celle du sang; aussi, ce point, qui était de — 1°01 seulement pour le ventricule droit, descendit-il à — 1°23 pour le ventricule gauche. On obtint un résultat analogue avec le sang d'un soldat qui se noya accidentellement dans la mer: le point cryoscopique du sang recueilli dans le cœur gauche était de — 1°18, au lieu de — 1°04 à droite.

L'auteur a eu soin de s'assurer qu'il n'existe aucune différence de tonicité dans le sang des deux moitiés du cœur, lorsqu'il s'agit non d'un individu tué par submersion, mais d'un *cadavre* plongé dans l'eau, car la pénétration du liquide dans l'arbre broncho-pulmonaire n'a pas lieu en pareil cas. Par contre, la méthode perd beaucoup de sa valeur quand l'examen n'est pratiqué qu'au bout de quelques jours, les points cryoscopiques des deux sangs ne tardant pas à redevenir sensiblement égaux. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 1.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des kératites purulentes par des injections de cyanure de mercure dans la chambre antérieure.

Les injections sous-conjonctivales de liquides antiseptiques se montrant parfois insuffisantes pour arrêter la marche progressive de l'infection cornéenne, M. le docteur Fage, médecin en chef de l'hospice Saint-Victor et chargé du cours de clinique ophtalmologique à l'Ecole de médecine d'Amiens, a eu l'idée de leur substituer l'introduction directe de substances bactéricides dans la chambre antérieure. Une série d'essais institués sur des animaux permit de s'assurer que cette manière de procéder, tout en étant complètement inoffensive, exerce sur le processus infectieux une action beaucoup plus énergique et plus rapide que les injections sous-conjonctivales. Aussi notre confrère n'a-t-il pas hésité à appliquer le procédé en question chez l'homme, et il en a obtenu des résultats très satisfaisants, comme en témoignent les observations que M. le docteur F. Perrin a recueillies à la clinique ophtalmologique d'Amiens et qu'il a consignées dans sa thèse inaugurale.

Après avoir essayé différents antiseptiques, M. Fage s'est arrêté à l'emploi du cyanure de mercure en solution à 1/10000°. On injecte chaque fois, à l'aide d'une seringue de Pravaz, 3 gouttes de ce liquide, en ayant soin d'introduire la canule à travers la zone marginale de la cornée, pour ne pas blesser l'iris ni le cristallin. Par surcroît de précaution, il est bon de resserrer préalablement la pupille au moyen d'une instillation myotique. L'injection faite, on retire brusquement la seringue, de manière à empêcher l'issue de l'humeur aqueuse.

Ayant eu l'occasion de soumettre à ces injections 11 malades, dont 5 étaient atteints d'abcès simples de la cornée, tandis que les 6 autres présentaient des kératites graves avec hypopyon et iritis, notre confrère n'a vu le traitement échouer que chez un. A cette exception près, les injections de cyanure de mercure dans la chambre antérieure se sont toujours montrées rapidement efficaces, sans jamais donner lieu à des douleurs aussi vives et aussi persistantes que celles qui accompagnent d'ordinaire les injections sous-conjonctivales.

Ajoutons que M. Fage n'a vu survenir chez aucun de ses patients de sclérose de la cornée, ce qui semble indiquer que, introduit dans la chambre antérieure à la dose sus-mentionnée, le cyanure de mercure reste tout à fait inoffensif pour l'endothélium cornéen.

Le nitrite d'amyle comme préventif des accidents dus à la cocaïnisation de la moelle.

Pour remédier dans la mesure du possible aux phénomènes plus ou moins pénibles dont s'accompagne habituellement l'anesthésie médullaire (nausées, vomissements, céphalalgie, hyperthermie assez élevée, etc.), M. le docteur A. Bier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Greifswald, a récemment proposé d'appliquer, autour du cou, une bande élastique modérément serrée, destinée à empêcher la diffusion du poison jusqu'à l'encéphale (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 126). Ce moyen ne paraissant pas toujours efficace, M. le docteur A. Cordero, assistant de M. le docteur Ceccherelli, professeur de médecine opératoire et de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Parme, a cherché la solution du problème dans une autre voie. Etant donné que l'injection de cocaïne sous la peau et surtout dans le canal rachidien exerce une action vasoconstrictive très énergique avec pâleur de la face et des mains, décoloration des muqueuses, refroidissement des extrémités, notre confrère s'est demandé s'il n'y aurait pas lieu de combattre ces symptômes par l'emploi d'un médicament antagoniste de la cocaïne, tel que le nitrite d'amyle. On sait que cette substance, qui possède un pouvoir vasodilatateur considérable, a même été préconisée à titre d'antidote en cas d'empoisonnement par la cocaïne.

Voici quelle est la manière de procéder adoptée par M. Cordero :

Quelques minutes après avoir pratiqué l'injection intrarachidienne de cocaïne, on fait inhaler au patient trois ou quatre gouttes de nitrite d'amyle qu'on verse sur une pièce de gaze. On ne tarde pas alors à constater un certain degré de rougeur de la face, en même temps qu'on voit les pupilles se rétrécir. Pour maintenir cet état de légère congestion de la tête, il suffit de continuer l'administration du médicament, en en versant de temps à autre quelques gouttes Si la congestion devient trop accentuée, on retire complètement la compresse, quitte à reprendre les inhalations aux premiers symptômes d'anémie cérébrale. On pourrait employer de la sorte une vingtaine de gouttes de nitrite d'amyle, sans autre inconvénient qu'une irritation très légère des voies respiratoires supérieures.

Notre confrère a eu l'occasion d'appliquer la cocaïnisation médullaire ainsi modifiée dans 27 cas, et toujours il a pu se convaincre que le nitrite d'amyle empêche l'apparition des accidents habituels ou, tout au moins, les atténue d'une manière considérable.

L'emploi du tulle en guise de protective dans les greffes de Thiersch.

On sait les soins minutieux que nécessite le pansement dans les cas de transplantation de larges lambeaux dermo-épidermiques. Malheureusement, le procédé habituel, qui consiste à couvrir la surface greffée avec du protective, ou avec de la gutta-percha laminée, est loin de répondre à tous les desiderata, surtout si le tissu protecteur est employé, non pas sous forme de petites lames imbriquées, mais en feuille unique et fenêtrée. La surface greffée se trouve alors protégée d'une façon très inégale : d'une part, au niveau des orifices de la toile imperméable, les matériaux de pansement finissent par adhérer aux lambeaux dermo-épidermiques sous-jacents, et, d'autre part, les parties pleines de cette toile entravant l'écoulement des sécrétions, les fragments transplantés subissent, par places, une macération plus ou moins intense, susceptible de compromettre le succès de la greffe.

Afin de remédier à ces inconvénients, un confrère allemand, M. le docteur F. Kuhn, médecin de l'hôpital Elisabeth à Kassel, a cherché à assurer la protection de la surface greffée par un tissu en réseau à côtes très étroites, et à mailles assez larges pour ne gêner en rien l'écoulement des produits de sécrétion, mais suffisamment petites pour que l'interposition de ce tissu sépare d'une façon efficace les lambeaux cutanés d'avec les matériaux de pansement. D'après l'expérience de M. Kuhn, le tulle, imprégné d'une solution de celluloïde destinée à le rendre imperméable, remplirait parfaitement ces conditions et présenterait, entre autres avantages, celui de pouvoir être laissé en place jusqu'à guérison définitive. De plus, en fixant les bords du tulle aux téguments avoisinants intacts — au moyen de la solution de celluloïde ou bien, lorsque la chose est possible (aux doigts, par exemple), à l'aide d'un fil —, on parviendrait à immobiliser complètement les lambeaux transplantés, ce qui constitue un des facteurs les plus importants de la réussite de l'opération.

Le soufre dans le traitement de la dysenterie.

Un médecin anglais, M. le docteur G. E. Richmond, a essayé, à l'hôpital militaire de Deelfontein (Sud de l'Afrique), d'utiliser les propriétés antiseptiques du soufre dans le traitement de la dysenterie. Notre confrère administre, toutes les quatre heures, un mélange composé de 1 gr. 20 centigr. de soufre sublimé et de 0 gr. 30 centigrammes de poudre de Dower. Cette médication a paru exercer sur les symptômes morbides et, en particulier, sur les phénomènes douloureux et les épreintes, une action beaucoup plus rapide et plus radicale que les moyens thérapeutiques usuels. C'est ainsi que, chez les malades traités par le soufre, M. Richmond n'a jamais observé ni rechute, ni tendance à la chronicité, tandis qu'il n'en a pas toujours été de même dans les cas où l'on avait eu recours aux remèdes habituellement employés contre la dysenterie.

Il importe de faire remarquer que, parfois, le nombre des selles quotidiennes ne diminue pas d'emblée sous l'influence du soufre; toutefois, même en pareille occurrence, on ne tarderait pas à constater une amélioration sensible des douleurs et du ténesme, en même temps que les déjections deviendraient plus normales. Aussi doit-on continuer le traitement, mais il faut avoir soin d'administrer la poudre médicamenteuse moins fréquemment dès que la diarrhée commence à s'atténuer. Faute de se conformer à cette règle, on risquerait de voir s'établir finalement une constipation plus ou moins opiniâtre.

Traitement de l'éclampsie puerpérale par des injections sous-cutanées d'eau salée additionnée d'acétate de soude.

Partant de cette considération que l'éclampsie puerpérale est liée à une intoxication de l'organisme et que, par conséquent, la thérapeutique rationnelle de cette affection doit viser surtout à assurer l'élimination des toxines, M. le docteur R. Jardine, médecin en chef de l'hôpital de la Maternité à Glasgow, a cherché à augmenter le pouvoir diurétique des injections sous-cutanées de solutions de chlorure de sodium, telles qu'on les emploie habituellement contre l'éclampsie, par l'addition d'acétate de soude. Notre confrère injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région sous-mammaire ou de la paroi abdominale, avec toutes les précautions antiseptiques d'usage en pareil cas, de 500 à 1,500 c.c. d'eau stérilisée, portée à la température de 40°, et à laquelle on ajoute, par litre, 8 grammes de sel de cuisine et autant d'acétate de soude. L'absorption du liquide injecté se fait très rapidement, et l'intervention peut, au besoin, être répétée plusieurs fois.

Sur les 200 injections que M. Jardine a eu jusqu'à présent l'occasion de pratiquer, aucune n'a été suivie de complications septiques, et depuis que ce mode de traitement a été adopté à la Maternité de Glasgow, la mortalité par éclampsie, qui auparavant était de 47 %, s'est abaissée à 27 %.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Beaujon. — M. TUFFIER.

L'hémodiagnostic de l'appendicite.

La femme couchée au lit nº 19 de la salle Jarjavay est entrée dans notre service pour une affection dont la physionomie clinique nous a tous très vivement intéressés. J'ai pensé qu'il serait utile de vous rappeler, en les groupant et en essayant de les interpréter, les différents symptômes qu'elle a présentés : cette étude mettra en lumière à vos yeux un fait sur lequel j'insiste si souvent devant vous, à savoir que la clinique chirurgicale doit aujourd'hui s'aider de toutes les recherches de laboratoire pour guider sûrement le diagnostic et, par suite, établir la thérapeutique.

Il s'agit d'une couturière, âgée de quarante-sept ans, qui vint le 4 avril dernier nous consulter pour des douleurs siégeant dans la *fosse iliaque droite* et les lombes du même côté, en même temps que pour une certaine difficulté de la marche.

Mariée à l'âge de dix-huit ans, cette femme fit une fausse couche un an après son mariage; elle eut dans la suite deux accouchements normaux, l'un il y a quinze ans, l'autre trois ans plus tard. En 1891, étant montée sur une échelle pour prendre un fardeau, elle se sentit entraînée en arrière par le poids trop considérable qu'elle venait de soulever. Pour prévenir une chute, elle fit un brusque mouvement de flexion du tronc en avant, et elle éprouva aussitôt une très vive douleur dans la fosse iliaque et la région lombaire droite, avec la sensation que « quelque chose se décrochait ». Transportée chez elle, elle vit apparaître presque aussitôt dans le flanc droit une tumeur très douloureuse, nettement appréciable à la simple inspection du ventre, et qui se compliquait d'une certaine difficulté pour uriner. Un grand nombre de chirurgiens, consultés, auraient prononcé le mot de « tumeur fibreuse » et proposé une intervention. Cette idée ayant été écartée, la malade fut mise au repos au lit, la tête basse. Progressivement, la tuméfaction diminua de volume, les douleurs devinrent moins intenses, et au bout de quatre mois il ne restait aucun vestige de cette affection de nature indéterminée, que nous essayerons d'interpréter tout à l'heure.

Pendant les dix années qui suivirent, cette femme jouit d'une santé parfaite; elle eut un enfant dans cet intervalle.

La ménopause s'est produite il y a un an, sans entraîner de troubles. Vers cette même époque, *au mois de juillet*, elle prétend avoir éprouvé les symptômes d'un empoisonnement par du poisson. Elle avait déjeuné à onze heures et demie du matin; à deux heures de l'après-midi, elle fut prise brusquement de malaise avec bouffées de chaleur et nausées, puis de vomissements abondants et de coliques peu violentes. Cet état dura jusqu'à six heures du soir. Il n'y avait pas de ballonnement du ventre, aucun point de l'abdomen n'était particulièrement douloureux. Cinq jours de repos au lit et deux purgatifs eurent raison des accidents: douleurs dans le ventre et troubles digestifs disparurent pour ne plus revenir.

Au mois de janvier, la patiente éprouva quelques vagues malaises (courbature, douleur dans les jambes) qui furent rapportés à une infection grippale. Enfin, *le 14 mars dernier*, se sentant mal en train, elle prit un purgatif. Dans la journée même, elle ressentit de vives douleurs dans la fosse iliaque droite, irradiant vers la face antérieure de la cuisse et le long de la crête iliaque, caractérisées par des élancements et ne s'accompagnant ni de nausées, ni de tympanisme. Ces douleurs ne cessant pas, elle fut obligée de s'aliter; un médecin appelé la soigna, dit-elle, pour une « inflammation d'intestin », par le régime lacté et de la glace sur le ventre. A partir de ce jour-là, et progressivement, s'accusa la flexion de la cuisse sur le bassin.

Le 4 avril la malade entrait à l'hôpital. L'inspection de l'abdomen ne révélait ni ballonnement du ventre, ni tuméfaction particulière des régions iliaques. Au repos et spontanément, il n'y avait pas de douleurs. Il fallait palper profondément la région de la fosse iliaque, où toute défense musculaire faisait défaut, pour éveiller une sensibilité, peu vive d'ailleurs. Cette exploration permettait de reconnaître que la fosse iliaque entière était comblée profondément par une masse d'une dureté ligneuse, arrondie, saillante, dont les limites étaient assez précises, et qui paraissait s'étendre de la ligne ilio-ombilicale à l'arcade crurale. Cette tuméfaction était de surface régulière et faisait corps avec le plancher osseux de la région.

On constatait également, du même côté, une flexion à 30° environ de la cuisse sur le bassin. On pouvait exagérer cette flexion sans provoquer de douleur dans l'articulation de la hanche, qui était indemne. Mais l'extension du membre était impossible, et toute manœuvre dans ce sens éveillait une légère douleur. J'ajouterai que l'examen de l'utérus et des annexes permettait d'affirmer leur intégrité. Nous ne trouvâmes aucune lésion du côté de la colonne vertébrale ni du squelette du bassin. L'interrogatoire ne révélait pas trace de spécificité tuberculeuse ni syphilitique dans les antécédents de la patiente.

L'état général était bon, l'appétit conservé. Toutefois, la malade avait maigri. Le thermomètre enregistrait 37°5 chaque soir; deux fois seulement, pendant une semaine d'observation, il marqua 38°2; d'ailleurs, la température tombait le matin aux environs de 37°. Dans les premiers jours même, cette femme était à peu près complètement apyrétique.

En présence de ces faits, tumeur de la fosse iliaque droite, progressivement croissante depuis huit mois — tumeur dure, indolente, faisant corps avec l'os iliaque —, quel diagnostic devions-nous porter? Nous ne pouvions émettre que deux hypothèses. Il s'agissait ou bien d'une tumeur solide du bassin, ostéosarcome primitif très vraisemblablement, ou bien d'une suppuration froide siégeant dans la gaine du psoas. Si ce dernier diagnostic était le vrai, encore fallait-il trouver l'origine première du foyer de suppuration iliaque.

Vous m'avez vu longtemps hésiter, un jour séduit par l'idée d'un ostéosarcome, le lendemain me reportant à l'hypothèse de suppuration. C'est que le problème n'était pas simple. La dureté osseuse de cette tumeur, sa forme arrondie, son implantation dans la fosse iliaque avec laquelle elle faisait corps, son immobilité, son indolence, l'âge de la malade me faisaient incliner plutôt vers l'ostéosarcome, d'autant que je ne voyais pas nettement la source d'une suppuration. Il n'y avait pas, en effet, dans les antécédents immédiats, un traumatisme direct ou indirect pouvant expliquer une psoïte. Une infection générale, fièvre typhoïde, infection purulente, etc., ne pouvait pas davantage être invoquée. Il n'existait pas non plus d'infection de voisinage, ostéomyélite de l'os iliaque ou des vertèbres lombaires, foyer de péritonite suppurée péri-appendiculaire, périnéphrite, etc., dont la propagation pût expliquer la suppuration de la gaine du psoas. Or, vous savez que le traumatisme, les maladies infectieuses pyogéniques et la propagation d'une inflammation de voisinage, sont les trois grands facteurs de la psoïtis. Nous admettions donc plus logiquement l'hypothèse d'un ostéosarcome du bassin, malgré l'existence de deux accès fébriles; Verneuil a, du reste, signalé la fréquence de la fièvre pendant l'évolution des tumeurs en question. Ce diagnostic était celui de tous nos collègues, ainsi que des candidats au bureau central qui avaient examiné la malade.

Et, cependant, j'étais hanté par le souvenir de deux faits semblables dans lesquels une banale suppuration de la fosse iliaque fut prise pour un ostéosarcome. Le premier de ces cas surtout était intéressant; il concernait une femme d'une cinquantaine d'années que nombre de chirurgiens avaient vue et chez laquelle le diagnostic unanime avait été « tumeur de la fosse iliaque ». Je fus chargé de tenter l'extirpation de cette tumeur, et dès ma pénétration dans le tissu scléreux du bassin, j'ouvris une collection purulente fétide. Mon second malade, que je vis avec M. le docteur Selle, en 1897, était un homme de soixante ans, souffrant depuis plusieurs mois dans la région de la fosse iliaque droite. L'amaigrissement, la teinte jaunâtre, les troubles digestifs, caractérisés par des alternatives de diarrhée et de constipation, ainsi que la présence d'une tumeur de consistance absolument ligneuse, indolente, bosselée, faisant corps avec l'os iliaque, le tout sans aucune réaction fébrile, me firent penser à un néoplasme adhérent du cæcum. Quelques semaines après, la constipation augmentait, les signes d'obstruction intestinale devenaient évidents, et une intervention — qui devait être l'établissement d'un anus contre nature — s'imposait. Le siège du néoplasme m'obligeait à inciser dans la région iliaque droite. Je trouvai la paroi scléreuse, légèrement infiltrée d'une sérosité transparente; la tumeur adhérant à ce niveau, je voulus me rendre compte de sa structure qui me paraissait anormale; je l'incisai, puis je pénétrai plus profondément avec une sonde cannelée, et je tombai tout à coup dans une collection purulente fétide d'où sortit un calcul stercoral : j'avais ouvert un foyer péri-appendiculaire. Je drainai la cavité. Mon malade guérit complètement, il est encore vivant.

Le souvenir de ces faits me rendait, à votre étonnement, singulièrement perplexe; je craignais de rencontrer ici le même incident.

C'est dans cet état d'esprit que je priai mon chef de laboratoire, M. le docteur Milian, de vouloir bien pratiquer l'examen du sang de cette femme. J'attendais les lumières de l'hématologie avant de me décider à une intervention. Voici textuellement la note que m'adressait M. Milian le matin même de l'opération :

« Globules rouges, 5,637,000 par mm. cube; globules blancs, 49,600, dont 75 % de polynucléaires, 25 % de mononucléaires, et pas d'éosinophiles. Trop de globules blancs pour un sarcome, trop de globules rouges pour un épithélioma; c'est donc une collection suppurée. »

Or, ce diagnostic fut pleinement vérifié par l'intervention. Le 19 avril, sous l'analgésie par injection intrarachidienne de 0 gr. 02 centigr. de cocaïne, je pratiquai une incision de 10 centimètres environ, très rapprochée de l'épine iliaque antéro-supérieure droite de façon à aborder la tumeur par sa face externe. Je fus frappé d'abord par une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire sous-cutané et de la paroi musculaire qui n'avait pas moins de 2 centim. ½ d'épaisseur. Arrivé au niveau de la couche sous-péritonéale, je trouvai une masse dure, blanchâtre, arrondie, lisse, que je déchirai peu à peu à coups de sonde cannelée, de dehors en dedans, sans ouvrir le péritoine. Aussitôt s'écoula une quantité considérable de pus épais, crémeux, verdâtre, d'une extrême fétidité. Le doigt introduit par la brèche pénétrait dans une cavité du volume d'une orange, creusée à la surface et dans l'épaisseur même du muscle psoas dont on sentait les fibres. Je plaçai un drain et une mèche de gaze stérilisée dans le foyer, et le pansement fut fait. L'opération avait duré onze minutes. Les suites furent extrêmement simples. Chaque jour on changea les mèches profondes et on toucha les parois du foyer à l'eau oxygénée. Dès le surlendemain de l'opération, la cuisse se mettait en extension complète, la température tombait

à la normale. Le foyer est aujourd'hui bien près d'être tari et la malade sortira complètement guérie.

L'examen bactériologique a montré que, comme il arrive si souvent dans les suppurations anciennes, le pus était très pauvre en microbes. On n'y voyait que quelques rares bâtonnets grêles dont la nature exacte n'a pas été déterminée; il s'agissait vraisemblablement d'anaérobies, car la plupart des suppurations fétides relèvent de ces espèces microbiennes.

Quelle interprétation pouvons-nous donner des lésions trouvées ? A quelle origine rapporterons-nous cette suppuration de la gaine du psoas ?

Une explication pourrait être trouvée dans l'accident survenu à notre malade il y a dix ans. La tumeur apparue dans la fosse iliaque droite à la suite d'une brusque flexion du tronc pouvait être un hématome consécutif à une rupture du psoas, hématome qui se serait infecté et aurait suppuré à l'occasion de la grippe contractée en janvier. Mais la tumeur avait disparu pendant ces dix dernières années, aucun trouble fonctionnel n'avait persisté, et il semble difficile d'admettre la suppuration d'une collection sanguine demeurée latente et silencieuse pendant un temps aussi long. Il est plus vraisemblable de croire que les accidents survenus en juillet dernier, et que cette femme rapporte à un empoisonnement, n'ont été en réalité qu'une attaque d'appendicite, avec formation d'un abcès péri-appendiculaire ouvert secondairement dans la gaine du psoas. L'examen bactériologique du pus n'a révélé que l'existence de microbes d'espèces banales; mais vous n'avez pas oublié sa fétidité, qui rappelait bien celle des suppurations d'origine intestinale.

Toutefois, ce ne sont pas ces considérations rétrospectives qui font l'intérêt de ce cas. Et je me serais dispensé de m'étendre sur son diagnostic, s'il ne m'avait fourni l'occasion de vous montrer l'utilité des méthodes de laboratoire, et de vous expliquer dans quel esprit celles-ci doivent être poursuivies.

Vous m'avez entendu tout à l'heure exposer les chiffres de la *note hématologique*, dont la conclusion un peu laconique était : trop de globules blancs pour un sarcome, trop de globules rouges pour un épithélioma; c'est donc une collection suppurée. Vous êtes évidemment convaincus de l'exactitude de cette déduction, puisque vous avez assisté à l'évacuation de la collection, mais vous n'en saisissez peut-être pas exactement les facteurs. Aussi dois-je vous les exposer succinctement.

C'est M. le professeur Hayem qui a, le premier, insisté sur la nécessité d'examiner le sang dans les maladies, et montré quel secours on en peut tirer pour le diagnostic. Son livre sur le sang, qui date déjà de 1889, prophétisait à cette époque, dans sa préface, les nombreuses découvertes qui en ont découlé : « L'avenir est à l'hématologie, écrivait-il. C'est elle qui nous apportera la solution des grands problèmes nosologiques .» Il est étonnant qu'on ne se soit pas plus tôt tourné de ce côté, car les croyances populaires y poussaient les médecins : pour le peuple, encore aujourd'hui, ce sont les altérations du sang, « le sang corrompu, le sang tourné, les nerfs plus forts que le sang, etc. », qui sont à la base de tout état morbide. C'est grâce à cette croyance, soit dit en passant, que jamais vous n'éprouverez, de la part du malade, une résistance quelconque à se laisser piquer le doigt pour donner du sang, car il est profondément convaincu que là se trouve la clef de tous les mystères pathologiques.

Quelles sont donc, en quelques mots, les modifications du sang au cours de la maladie? Elles peuvent être physiques, chimiques ou histologiques. Des deux premières catégories nous ne dirons rien, car elles sont à peine connues. Il n'en est pas de même des *modifications histologiques* qui, grâce à l'essor pris dans ces dernières années par l'étude des éléments figurés du sang, commencent à se dégager nettement. Les globules rouges, les globules blancs (polynucléaires, mononucléaires, éosinophiles) subissent, au cours des processus morbides, des variations de formule, d'équilibre, qui peuvent nous renseigner sur l'affection causale.

D'une manière générale, les *infections* produisent une augmentation de la proportion des globules blancs, une leucocytose, qui élève à 20,000, 30,000, 50,000 par millimètre cube, au lieu de 6,000 à 8,000, le nombre des leucocytes. Cette leucocytose porte surtout sur les polynucléaires. Cette formule est particulièrement vraie pour les suppurations chaudes, qui intéressent les chirurgiens.

Les tumeurs, l'*épithélioma* du moins, s'accompagnent également de leucocytose polynucléaire. C'est un fait que M. Hayem a mis en évidence depuis longtemps, et certaines formes latentes du cancer de l'estomac peuvent être dépistées de cette façon. Mais ce qui nous permet de penser au cancer plutôt qu'à la suppuration, c'est l'anémie qui accompagne cette leucocytose (Hayem). Or cette anémie, en dehors des phénomènes cliniques que vous connaissez, se traduit hématologiquement soit par la diminution du nombre des globules rouges, soit par la diminution de la richesse du sang en hémoglobine, de la richesse globulaire comme on dit, soit par les deux à la fois. Nous avons donc le moyen de déceler cette anémie et, par suite, le cancer.

On n'avait pas, jusqu'à ces temps derniers, essayé de différencier l'épithélioma d'avec les *tumeurs sarcomateuses*. Or, il semblerait, d'après des recherches communiquées il y a deux mois à la Société anatomique par M. Milian, qu'il n'est pas impossible d'y arriver. Le sarcome, du moins le sarcome globo-cellulaire, ne provoque généralement pas de leucocytose, ni surtout d'anémie. Au contraire, en ce qui concerne les globules rouges, les quelques chiffres trouvés indiquent l'hyperglobulie, la proportion des hématies pouvant atteindre six à sept millions par millimètre cube, au lieu du chiffre normal de cinq millions. Et, de fait, vous avez dû remarquer cliniquement que les malades atteints de sarcome et qui ne sont pas entrés dans la période de cachexie n'ont pas le teint pâle ni les muqueuses décolorées.

Vous comprenez maintenant, grâce à cet exposé, un peu schématique, il est vrai, mais assez conforme à la réalité, la formule « trop de globules blancs pour un sarcome, trop de globules rouges pour un épithélioma; c'est donc une collection suppurée ».

Pour ce qui est de l'appendicite, les recherches hématologiques sont à son endroit peu nombreuses. On a prétendu récemment que l'éosinophilie était un signe d'appendicite (1). Notre observation n'est pas favorable à cette manière de voir : nous avions bien la polynucléose (75 % de polynucléaires au lieu de 60 %), mais nous ne comptions pas un seul éosinophile dans notre pourcentage, alors que le sujet sain présente 1 ou 2 leucocytes de cette variété sur 100. Dans les infections, l'éosinophilie est bien plus en rapport avec la résistance de l'organisme et la guérison du processus infectieux qu'avec la nature de la maladie, ainsi que cela résulte d'une communication faite en mai dernier à la Société anatomique par MM. Lœper et Milian : l'éosinophilie s'observe à la terminaison des états infectieux, dans les appendicites refroidies, chaque fois, en un mot, que l'organisme sort victorieux de la lutte. L' « épreuve du vésicatoire », dont MM. Roger et Josué (2) ont récemment montré l'utilité en vue du pronostic, est en faveur de cette interprétation, puisque, chez les sujets sains ou qui résistent vigoureusement aux infections, les éosinophiles constituent 25 % des cellules de la sérosité du vésicatoire. L'éosinophilie se produit encore dans les affections dues aux parasites animaux (Milian) : vous pouvez vous rappeler à ce sujet cet homme au kyste hydatique du poumon que j'ai opéré sous la rachicocaïnisation, et à propos duquel je vous ai montré tous les temps de l'intervention photographiés pendant l'opération; l'examen du sang, préalablement pratiqué, nous avait révélé une éosinophilie de 5 %.

Vous voyez donc que l'augmentation du nombre des éosinophiles ne peut servir au *diagnostic opératoire* de l'appendicite, bien au contraire; et puisqu'il y a encore des temporisateurs, partisans de la médication glace-opium sans purgatifs, ils pourraient peut-être demander à cette réaction sanguine l'indication des cas à ne pas opérer.

En ce qui concerne les appendicites *avec abcès* du genre de celle dont nous venons de nous occuper, l'hémodiagnostic nous renseigne, non par l'éosinophilie mais par « la réaction phlegmasique » du sang, dont la polynucléose est l'élément le plus important et qu'on retrouve au cas d'infection ou de collection suppurée.

J'espère que vous tirerez profit de cette leçon et que vous sortirez d'ici convaincus de l'utilité de ces recherches trop souvent négligées en chirurgie. Vous les voyez pratiquer tous les jours dans mon service, et vous comprenez de quels secours elles nous sont. Ne négligez donc jamais l'hémodiagnostic ni le cytodiagnostic quand vous les supposerez capables de vous fournir un renseignement quelconque sur la nature d'une affection; ce sont là des méthodes qui doivent aujourd'hui remplacer la laparotomie exploratrice, ou tout au moins en réduire considérablement les indications.

(1) Laignel-Lavastine. L'éosinophilie sanguine, signe d'appendicite. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 19 avril 1901 et *Semaine Médicale*, 1901, p. 143.)

(2) Roger et Josué. L'épreuve du vésicatoire. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 3 mai 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 157.)

BULLETIN

Le sucre dans l'alimentation.

On sait que le Français consomme très peu de sucre (environ trois fois moins que l'Anglais), ce qui tient surtout à l'élévation du prix de cette denrée chez nous. Aussi des savants et des publicistes autorisés, prenant en considération le fait que le sucre est un aliment dynamogène de grande valeur, préconisent l'abaissement des droits qui frappent ce produit, afin d'aider au développement de sa consommation. Leur initiative paraissait approuvée par tous les biologistes; aussi n'est-on pas peu surpris de lire, signé par M. le professeur von Bunge, un article sur « La consommation du sucre et ses dangers » (1), qui est une véritable charge à fond contre l'emploi du sucre, et qui se termine par le vœu qu'il soit surtaxé. — Hâtons-nous de dire que M. le professeur von Bunge habite Bâle, et qu'il ne demande pas explicitement — ce serait un comble — que le prix du sucre soit augmenté en France.

D'où vient, de la part d'un physiologiste, ce désir immodéré de diminuer la consommation d'un aliment que les gens compétents considèrent comme utile et sain ?

M. von Bunge part de l'observation vulgaire que les enfants mangeant beaucoup de sucre paraissent anémiques et ont de mauvaises dents. Cela tient, dit-il, à ce que le sucre, aliment simple, ne renferme pas de fer ni de chaux ; si un enfant consomme beaucoup de sucre, il ne mangera pas assez d'autres aliments, qui lui apporteraient ces deux éléments indispensables à la nutrition. — Et ce n'est pas seulement en faveur de l'enfant que M. von Bunge jette le cri d'alarme : il en sera de même, ajoute-t-il, pour l'adolescent qui grandit, pour la femme en-

(1) G. von Bunge. Der wachsende Zuckerkonsum und seine Gefahren. (*Zeitsch. f. Biol.*, 1901, XLI, 2, p. 155.

ceinte, pour la nourrice, pour l'homme adulte qui perd, par an, un certain poids de sperme.

Mais, dira-t on, le double mouvement nutritif d'assimilation et de désassimilation de la chaux et du fer est très restreint : l'urine des vingt-quatre heures ne renferme que des traces de fer, et à peine 0 gr. 20 à 0 gr. 40 centigr. de chaux (1).

En raisonnant ainsi, on commet une erreur, et M. von Bunge a le droit de ne pas s'arrêter à une telle objection ; car, s'il est un fait démontré par les recherches récentes des physiologistes, c'est que l'élimination de la chaux, comme celle du fer, se fait *par la muqueuse intestinale* beaucoup plus que par le rein (2), de telle sorte que les quantités de fer et de calcium nécessaires à la nutrition dépassent notablement celles qui sont excrétées par l'urine.

Il ne faut pas, non plus, perdre de vue que certains de nos aliments ne sont pas très riches en chaux et en fer. Voici, pour fixer les idées, quelques chiffres que j'extrais d'un tableau de M. von Bunge (3) :

A l'état sec, 100 grammes de pain blanc renferment 0 gr. 046 milligr. de chaux et 0 gr. 0015 décimilligr. de fer ; 100 grammes de pommes de terre, 0 gr. 100 milligr. de chaux et 0 gr. 0064 décimilligr. de fer ; 100 grammes de blanc d'œuf, 0 gr. 130 milligr. de chaux et pas de fer ; 100 grammes de pois, 0 gr. 137 milligr. de chaux et 0 gr. 0064 décimilligr. de fer.

Mais, d'autre part, 100 grammes de lait de vache (également desséché) contiennent 1 gr. 510 milligr. de chaux ; 100 grammes de viande contiennent 0 gr. 017 milligr. de fer, et 100 grammes de jaune d'œuf jusqu'à 0 gr. 024 milligr. de ce principe.

Aussi les craintes de M. von Bunge ne me paraissent pas justifiées, et je trouve que c'est arbitrairement qu'il redoute pour l'économie une disette de chaux et de fer. Il est inadmissible que quelques morceaux de sucre puissent empêcher un enfant de boire du lait, qui lui apporte la chaux, et d'ingérer quelques jaunes d'œuf, qui lui fournissent le fer dont il a besoin ; et, quant à l'adulte, au travailleur, dont l'alimentation, en général, est plutôt insuffisante, est-ce sérieusement que M. von Bunge imagine qu'il se saturera de sucre au point de dédaigner les aliments dont il a l'habitude ? Pour moi, je verrais, au contraire, avec plaisir la consommation du sucre tripler, et même quadrupler, surtout s'il faisait partie de boissons hygiéniques assez savoureuses pour remplacer les breuvages alcooliques.

Assurément, il n'est pas à désirer, pour le moment, que notre alimentation soit uniquement constituée par des principes chimiques, et que le rêve de M. Berthelot devienne sitôt une réalité. La science n'est pas en état de remplacer, dès aujourd'hui, par des produits de nos laboratoires, les substances alibiles auxquelles nous sommes adaptés depuis des milliers d'années. Mais, à l'égard du sucre, la critique de M. von Bunge a dépassé le but. Je ne vois pas, en notre pays, le sucre se substituer au pain et aux autres féculents qui entrent pour une si grande part dans notre alimentation. Sa saveur est trop intense pour qu'il puisse devenir l'hydrate de carbone préféré : on sait que les confiseurs s'en dégoûtent très vite. Actuellement, pour le Français, le sucre n'est presque qu'un *condiment*. En notre qualité d'hygiéniste, nous souhaitons que l'augmentation de sa consommation le fasse passer au rang d'*aliment* et, pour le moment, nous ne craignons pas que, même devenu une denrée de bas prix, il remplace le pain et les pommes de terre.

R. LÉPINE,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

(1) Ces chiffres sont ceux des ouvrages les plus récents. Je ferai remarquer seulement qu'on les exprime parfois, pour la chaux, en calcium, élément dont le poids moléculaire est 40, tandis que celui de la chaux est 56.

(2) Pour *l'absorption et l'élimination du fer*, voir mes articles parus dans ce journal (*Semaine Médicale*, 1888, p. 61 ; 1891, p. 257 ; 1892, p. 225 ; 1897, p. 197), et celui de M. JAQUET (*Semaine Médicale*, 1901, p. 49).

Pour *l'élimination de la chaux par l'intestin*, voir TEREG et ARNOLD (*Arch. für die gesamte Physiol.*, 1883, XXXII, p. 122), qui ont injecté sous la peau, chez des chiens, des sels de chaux, et ont constaté qu'une partie seulement de celle-ci est éliminée par l'urine, tandis que l'autre partie l'est par l'intestin — ; G. RÜDEL (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1894, XXXIII, 1, p. 79) et J. G. REY (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1895, XXXV, 4-5, p. 295), qui ont répété les expériences précédentes et ont trouvé que la plus grande partie de la chaux est éliminée par l'intestin — ; J. FORSTER (*Arch. f. Hyg.*, 1884, II, p. 385), F. VOIT (*Zeitsch. f. Biol.*, 1892, XXIX, p. 357), HONIGMANN (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, 1896, II, p. 296).

(3) G. VON BUNGE. (*Loc. cit.*, p. 157.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 juin 1901.

Sur le temps de réaction suivant les races ou les conditions sociales.

M. L. Lapicque. — J'ai mesuré le temps de réaction chez un certain nombre de Négritos des îles Andamans, ainsi que sur des Hindous détenus au pénitencier de Haddo. J'ai pu constater ainsi que la durée de cette période latente, qui est de 0 seconde 15 pour les Européens, atteint 0 s. 19 pour les Négritos et 0 s. 22 pour les Hindous.

Les recherches faites dans nos pays ayant toujours porté sur des gens appartenant à des classes cultivées, j'ai cru devoir faire des expériences analogues dans d'autres milieux sociaux : j'ai trouvé 0 s. 17 comme temps moyen de réaction chez des ouvrières parisiennes, et 0 s. 18 chez les individus fréquentant les chauffoirs municipaux de Paris.

Ces résultats, qui rapprochent les travailleurs manuels des races inférieures et qui, parmi celles-ci, placent les Hindous au-dessous des Négritos, démontrent simplement que la durée du temps de réaction ne permet en rien de juger du perfectionnement intellectuel.

Sur l'usage de la levure de bière pour déceler les communications des nappes d'eau entre elles.

M. P. Miquel. — On peut reconnaître qu'un puits, un cours d'eau, une bétoire, etc., communiquent avec une source qu'on se propose de capter, en y jetant une certaine quantité de levure de bière dont on recherche ensuite l'existence dans les eaux recueillies. Pour cela, on répartit celles-ci dans des matras placés à l'étuve à 25° et renfermant une solution de 200 grammes de saccharose et de 1 gramme d'acide tartrique pour 1,000 d'eau : quand l'eau examinée contient de la levure, il se produit en vingt-quatre ou quarante-huit heures une fermentation alcoolique très active. La levure est susceptible de conserver longtemps sa vitalité dans l'eau ; c'est ainsi qu'elle est encore douée de propriétés fermentatives après un parcours de plus de deux mois dans un aqueduc d'une centaine de kilomètres de longueur.

La dose de levure à employer pour ces recherches varie, selon les circonstances, de 10 à 40 kilogrammes.

M. Mendelssohn adresse une note sur *les courants électrotoniques dans les nerfs sans myéline.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 juin 1901.

Traitement du prolapsus du rectum.

M. Delbet. — Je suis chargé de vous rendre compte d'un mémoire qui nous a été envoyé par M. Juvara (de Bucharest), relativement à un nouveau procédé de traitement du prolapsus du rectum, appliqué avec succès dans deux cas. Je dois dire d'abord que la technique employée par M. Juvara présente certains points communs avec d'autres méthodes déjà connues. C'est ainsi que, comme premier temps, notre confrère résèque la muqueuse exactement comme le fait M. Delorme dans l'opération qu'il a préconisée l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 162). Dans un deuxième temps, M. Juvara fait des plicatures de la paroi musculaire du rectum à l'aide de deux ou trois étages de points de suture, et relie ensuite l'un à l'autre ces rangs de plicatures par de nouvelles anses de fil. Là encore, il y a quelque ressemblance avec la manière de faire de M. Delorme, mais je dois ajouter que, sur ce point, M. Juvara semble avoir la priorité.

En comptant les deux observations qui sont relatées par M. Juvara, cette opération a été, à ma connaissance, pratiquée 7 fois, avec 2 décès par infection, l'un chez un malade de M. Delorme, l'autre chez un opéré de M. Poirier ; dans ces 2 cas, l'autopsie a permis de constater que les sutures n'avaient pas tenu, et c'est là ce qui constitue, à mon avis, le danger du procédé.

M. Quénu. — J'ai montré, il y a trois ou quatre ans, un malade chez lequel j'avais fait la rectococcypexie ; cet homme a été revu deux ans après l'opération, et j'ai pu m'assurer que la guérison s'était parfaitement maintenue ; je crois qu'il y a avantage à compléter la fixation postérieure par une fixation latérale.

M. Tuffier. — J'ai eu l'occasion d'exécuter une fois l'opération de M. Delorme, avec un résultat très satisfaisant.

Réduction sanglante des fractures.

M. Tuffier. — La communication que M. Delanglade nous a faite dans la dernière séance me fournit l'occasion de revenir sur le traitement de certaines fractures par la réduction sanglante, dont je vous ai déjà entretenus l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 115).

J'ai fait installer dans mon service une table spéciale, dans laquelle sont ménagées des ouvertures permettant de pratiquer l'examen radioscopique au moment même où l'on procède à la réduction, afin de vérifier directement, grâce aux rayons de Röntgen, si la coaptation est obtenue ; quand celle-ci est impossible, je crois qu'il ne faut pas hésiter à mettre à nu le foyer de fracture et à pratiquer directement la réduction, suivant les règles que j'ai exposées précédemment, à moins toutefois que l'on puisse se rendre compte de l'inutilité, au point de vue fonctionnel, d'une réduction parfaite. Il est bien certain qu'actuellement, grâce à l'asepsie, l'incision d'un foyer de fracture, faite dans de bonnes conditions, ne présente aucune espèce de danger.

Tumeurs osseuses de l'aine.

M. Lejars. — Chez un tabétique, j'ai observé une tumeur osseuse occupant la région du triangle de Scarpa, et apparue deux ans auparavant, à la suite d'une chute. L'ablation de cet ostéome m'a permis de constater que le néoplasme n'avait aucune connexion avec le squelette et s'était développé dans l'épaisseur du psoas. Dans un autre cas, chez un homme de quarante-deux ans, j'ai enlevé une tumeur tout à fait analogue, occupant la région précoxale : ici encore, l'ostéome s'était formé dans le psoas, sans adhérences avec le squelette ; il était également consécutif à un traumatisme.

Tétanos post-opératoire.

M. Rochard. — Dans la seconde des observations que M. Reynier nous a communiquées au cours de l'avant-dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 195), il me semble que l'injection préventive de sérum antitétanique n'a pas été complètement inutile, car le tétanos a été atténué. Ce n'en est pas moins un fait susceptible de diminuer la confiance que nous avions jusqu'à présent dans l'efficacité des injections préventives de sérum antitétanique.

En ce qui concerne les injections intra-cérébrales, j'ai eu pour ma part l'occasion de les employer sans résultat dans un cas, et j'avoue que je ne suis pas très disposé à leur attribuer une grande valeur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 juin 1901.

Des formes rénales de l'ictère acholurique simple : albuminuries intermittentes, albuminuries continues, hémoglobinuries paroxystiques.

M. Lereboullet. — Nous avons eu à différentes reprises l'occasion de constater, M. Gil-

bert et moi, que l'ictère acholurique simple est parfois associé à des symptômes rénaux qui peuvent passer au premier plan et faire méconnaître l'affection primitive des voies biliaires.

Le plus souvent, c'est à une albuminurie intermittente que l'on a affaire : celle-ci affecte tantôt le type de l'albuminurie cyclique, tantôt celui de l'albuminurie digestive, tantôt enfin celui de l'albuminurie orthostatique. Elle ne s'accompagne pas, en général, de signes de brightisme. Dans quelques cas, pourtant, l'épreuve du bleu semble révéler une légère imperméabilité rénale. Aux symptômes de l'albuminurie intermittente peuvent se joindre, mais d'une manière inconstante, les autres manifestations de l'ictère acholurique : dyspepsie, neurasthénie, douleurs articulaires, hémorrhagies, prurit, etc. On peut également constater, au cours de l'évolution de cette complication rénale, l'existence d'accidents hépatiques variés, et notamment de poussées d'ictère, parfois avec pseudo-rhumatisme, purpura, etc.

L'étude des antécédents héréditaires des malades révèle, en pareille occurrence, des troubles biliaires ou rénaux, le plus souvent fort nets. Aussi peut-on admettre une prédisposition individuelle, qui, ici comme pour les autres complications de l'ictère acholurique, explique qu'on observe de préférence telle manifestation plutôt que telle autre. Ces antécédents se retrouvent dans les cas d'albuminurie continue, qui ne diffèrent des précédents que par leur gravité fréquemment plus grande, et par une imperméabilité rénale d'ordinaire plus accentuée.

Enfin, certains sujets atteints d'ictère acholurique simple depuis plus ou moins longtemps, peuvent présenter des crises d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*.

Au point de vue pathogénique, il est probable que ces divers phénomènes relèvent d'une action nocive exercée par le foie sur le rein, action analogue à celle qui détermine les néphrites biliaires consécutives aux angiocholites graves. Ce n'est pas la bile qui semble être en cause, car la cholémie ne paraît pas avoir d'influence fâcheuse sur le rein; peut-être s'agit-il, comme cela a été soutenu pour certaines albuminuries intermittentes, d'une albuminurie hépatogène (Teissier) par trouble fonctionnel du foie; il est plus vraisemblable d'admettre que la lésion rénale est la conséquence de la toxi-infection déterminée par l'angiocholite chronique qui est à la base de l'ictère acholurique simple. Au degré près, le mécanisme serait ici le même que pour les néphrites biliaires graves; ce qu'il importe en tout cas de retenir, c'est le lien pathogénique qui existe entre l'ictère acholurique simple et certains accidents rénaux, et la nécessité d'agir par le traitement à la fois sur la cause et sur l'effet.

Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans un cas de méningite tuberculeuse à forme hémiplégique.

M. Souques. — Je viens d'observer avec M. Quiserne un homme de vingt-neuf ans qui fut pris brusquement, en pleine santé apparente, d'hémiplégie droite. Pendant quelques jours, cette paralysie constitua tout le tableau morbide. Puis survinrent des troubles divers : agitation, délire, contracture de la nuque et des muscles sacro-lombaires, signe de Kernig, dissociation du pouls et de la température, et finalement mort dans le coma, neuf jours après l'entrée du malade à l'hôpital.

Le diagnostic de méningite tuberculeuse, soupçonné dès l'origine en raison des antécédents, fut rendu certain par l'examen histologique du liquide céphalo-rachidien. On constata, en effet, une lymphocytose considérable, en même temps qu'une hypotonie nette du liquide et la perméabilité à l'iodure de la membrane arachnoïdo-pie-mérienne. En outre, l'inoculation intrapéritonéale de quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien détermina chez trois cobayes une tuberculose expérimentale typique.

Cette observation démontre l'utilité de l'examen histologique du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic de la méningite tuberculeuse de l'adulte et de ses formes anormales.

Méningite cérébro-spinale bénigne à marche cyclique chez des adolescents.

M. Launois. — J'ai observé récemment, avec M. Camus, trois cas de méningite cérébro-spinale à évolution cyclique, concernant des adolescents. La maladie avait éclaté subitement; elle se termina chez tous au neuvième jour; la guérison eut lieu sans convalescence, et quatre ou cinq jours après la défervescence, les patients purent quitter l'hôpital.

Le début brusque, la durée, la chute de la température au neuvième jour, éveillent l'idée d'une affection à pneumocoques. Malheureusement, la ponction lombaire n'a pu être pratiquée dans aucun de ces cas.

Occlusion intestinale par volumineux calcul biliaire.

M. Widal. — J'ai eu l'occasion de traiter il y a quelque temps un cas d'obstruction intestinale provoquée par un énorme calcul biliaire.

Il s'agit d'une femme de soixante-dix ans, n'ayant jamais présenté ni coliques hépatiques, ni ictère, qui fut prise brusquement d'une douleur violente dans l'hypocondre droit, suivie bientôt de vomissements biliaires, puis fécaloïdes. La malade ne rendait par l'anus ni gaz, ni matières; il existait donc une obstruction intestinale complète. Un grand lavement d'huile d'olive stérilisée détermina l'expulsion d'un calcul biliaire gros comme un œuf de poule. Cette évacuation fut suivie du rétablissement du cours des matières et du retour complet de la malade à la santé.

Ophtalmoplégie externe partielle d'origine périphérique au début d'une rougeole.

M. Simonin relate l'observation d'un homme de vingt et un ans qui, le jour même de l'apparition d'un exanthème morbilleux typique, accompagné de catarrhe conjonctival mucopurulent de l'œil gauche, présenta un ptosis paralytique incomplet du même œil et un double strabisme convergent, traduisant à la fois la parésie du releveur de la paupière supérieure gauche et une lésion sous-nucléaire du moteur oculaire externe du même côté. Vingt jours après, la guérison était complète.

C'est là un fait assez rare; les ophtalmoplégies des maladies infectieuses et des intoxications sont le plus souvent d'origine nucléaire ou sus-nucléaire, les lésions périphériques affectant plus fréquemment les nerfs des membres.

Extériorisation d'une mélanodermie latente.

M. Trémolières. — Nous observons actuellement, M. Jacquet et moi, un tuberculeux chez lequel l'application de cataplasmes chauds a provoqué rapidement une forte pigmentation locale. On peut supposer que cette pigmentation est l'indice d'une tuberculose surrénale ou d'une lésion du sympathique abdominal, et que l'action de la chaleur a eu pour effet d'extérioriser une mélanodermie latente.

Un fait qui paraît démontrer le bien fondé de cette opinion, c'est que, chez un autre phtisique ayant une pigmentation génitale très accusée, une semblable application de cataplasmes chauds fit naître au bout d'une dizaine de jours une hyperchromie cutanée; or, ce malade ayant succombé, nous avons trouvé ses capsules surrénales remplies de masses caséeuses.

L'adéno-lipomatose chez la femme.

M. Launois. — On sait que l'adéno-lipomatose symétrique manifeste une prédilection marquée pour le sexe masculin : sur près de 100 cas de cette affection qui ont été publiés, on n'en relève que quatre chez la femme; encore différaient-ils du type classique.

La malade que je vous présente, en mon nom et au nom de M. Bensaude, offre, au contraire, tous les caractères de l'adéno-lipomatose de l'homme. C'est une femme de trente-quatre ans, alcoolique; on remarque chez elle des lipomes symétriques diffus dans différents points du corps et un collier graisseux cervico-facial typique. On constate, en outre, un affaiblissement de la mémoire et quelques autres troubles psychiques.

Double phlegmon périnéphrétique suppuré.

M. Hirtz communique l'observation d'une femme de quarante-deux ans, chez laquelle des symptômes typhoïdiques très accusés précédèrent l'apparition d'un double phlegmon de la région périrénale dont le pus contenait des streptocoques. L'orateur suppose que l'agent infectieux s'est introduit dans l'économie à la faveur d'une angine blanche que la malade avait eue quelques jours auparavant. Ce n'est là toutefois qu'une hypothèse, l'exsudat de cette angine n'ayant pas été examiné au point de vue bactériologique.

M. Dupré fait remarquer que l'évolution simultanée de cette double lésion périnéphrétique tendrait à faire croire que la malade a un rein unique, en fer à cheval.

Pneumothorax chez un diabétique avec tuberculose latente.

M. Letulle relate l'observation d'un diabétique entré dans son service pour un pneumothorax du côté droit, et qui succomba subitement au bout de quelques jours. A l'autopsie, on trouva un chapelet de petites dilatations bronchiques : c'est la rupture d'une de ces dilatations, affleurant la plèvre, qui avait déterminé la production du pneumothorax.

Il n'existait aucune lésion tuberculeuse apparente chez ce malade, mais l'examen histologique permit de constater la présence, dans la bronche rompue seulement, de fines granulations tuberculeuses; en outre, la plèvre qui, partout ailleurs, était épaissie, avait conservé en ce point sa minceur normale.

M. Ménétrier communique un fait de péritonite à pneumocoques chez l'adulte : il s'agit d'un homme atteint depuis plusieurs années d'une cirrhose atrophique du foie, chez lequel une infection pneumococcique de l'appareil respiratoire fut le point de départ d'une péritonite de même nature, circonscrite au flanc gauche et rapidement mortelle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 juin 1901.

Un cas de gangrène gazeuse aiguë mortelle, due à un microbe aérobie.

MM. Legros et **Lecène.** — Nous avons observé récemment un homme de quarante ans, reçu à l'hôpital pour une fracture compliquée de la jambe droite avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne. L'accident datait de six heures. Le lendemain, malgré une désinfection minutieuse de la région et de larges irrigations d'eau oxygénée, l'état général était mauvais et l'aspect des lésions peu rassurant, si bien qu'on pratiqua l'amputation de la cuisse au tiers moyen, en pleins tissus sains.

Au moment de l'opération, la partie inférieure de la jambe offrait une coloration bronzée et présentait de la crépitation gazeuse. Après une journée d'amélioration apparente, la température remonta à 39°, le pouls à 110; on remarqua alors que les lambeaux du moignon étaient sphacélés et qu'il s'en écoulait un liquide fétide mêlé de gaz. Il existait, en outre, de l'ictère, de la dyspnée et, à la partie supérieure de la cuisse, la peau avait une coloration bronzée et crépitait. Le malade succomba quatre jours plus tard.

Du liquide fétide recueilli profondément dans le moignon quarante-huit heures après l'amputation, trois espèces microbiennes furent isolées : un colibacille, un diplostaphylocoque et un bacille spécial, prédominant dans les préparations directes.

Ce dernier est très mobile; il mesure 4 μ environ sur 1 μ, forme des spores et garde le Gram; il est *aérobie* de prédilection. Il pousse bien sur les milieux usuels, liquéfie la gélatine en donnant une odeur fétide, attaque la glycérine, la glycose, etc. L'inoculation dans les muscles de la cuisse d'un cobaye de un demi-centimètre cube d'une culture de ce microorganisme sur bouillon, mélangée à un égal volume d'une solution d'acide lactique à 20 %, détermine une gangrène gazeuse mortelle en quarante heures, après une véritable putréfaction cadavérique *in vivo* du membre inoculé.

Par son aérobisme des plus nets, ce bacille diffère essentiellement des espèces décrites jusqu'ici comme susceptibles de produire la gangrène gazeuse.

Traitement de la méningite tuberculeuse expérimentale par la zomothérapie.

MM. Richet et **Ch. Roux.** — Nous avons étudié les effets comparatifs de l'alimentation

par la viande crue et par la viande cuite dans la méningite tuberculeuse expérimentale. Nos expériences ont porté sur vingt chiens, qui ont tous été inoculés aseptiquement par ponction de la membrane occipito-atloïdienne à travers la peau et les muscles du cou.

Un phénomène constant, qui n'avait pas été noté jusqu'à présent, c'est l'hypothermie progressive que présentent les animaux pendant toute la durée de la maladie, et qui persiste jusqu'au moment de leur mort. Sur 11 chiens soumis au régime de la viande crue, 3 ont survécu. Sur les 9 qui, au contraire, ont été nourris avec de la viande cuite, un seul n'est pas mort; encore a-t-il été tué par une injection de tuberculine, tandis que les animaux ayant reçu de la viande crue ont résisté à cette injection.

La réaction de fixation avec les bacilles typhiques morts.

MM. Widal et **Le Sourd.** — Nous avons signalé récemment que la réaction de fixation de Bordet peut se rencontrer au cours de la fièvre typhoïde (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 203).

Les recherches que nous avons poursuivies sur ce sujet nous ont montré que si, au lieu d'employer des bacilles typhiques vivants, on fait usage d'une émulsion préparée avec une culture sur gélose âgée de vingt-quatre heures, délayée dans une solution de chlorure de sodium à 7 ‰ et stérilisée par un séjour de trois quarts d'heure à 61° au bain-marie, la réaction se produit également. Par conséquent, les bacilles morts, sensibilisés par le sérum spécifique, fixent l'alexine ou cytose aussi bien que les bacilles vivants.

Des variations dans la rapidité de la coagulation du sang.

M. F. Arloing. — J'ai eu l'occasion de constater récemment, comme M. Milian, que le sang extrait des vaisseaux se coagule d'autant plus vite qu'il est recueilli à une époque plus éloignée du début de l'hémorrhagie. En outre, j'ai remarqué que la rétraction du caillot est toujours plus prompte et plus complète dans les échantillons dont la coagulation est le plus lente, c'est-à-dire dans ceux qui sont prélevés au commencement de l'émission sanguine.

Je dois faire observer que, dans mes expériences, le sang était extrait grâce à un trocart plongé dans la veine jugulaire; aussi ne saurais-je faire entrer en jeu l'action d'une substance coagulante sécrétée par les cellules cutanées, ainsi que l'admet M. Milian (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 188).

De l'hématolyse dans les épanchements hémorrhagiques traumatiques des séreuses articulaires et prérotulienne.

M. Julliard. — J'ai entrepris une série de recherches sur l'action hématolysante des épanchements des articulations et de la bourse séreuse prérotulienne.

D'une façon générale, j'ai rencontré le laquage du sang dans les liquides examinés peu de temps après l'accident, tandis qu'il faisait défaut dans ceux qui avaient séjourné plus longtemps dans la séreuse.

Le pouvoir hématolytique des épanchements traumatiques de ces séreuses est donc en raison inverse du temps qui sépare le moment de l'examen du début des phénomènes morbides.

M. Féré relate un certain nombre d'expériences prouvant que le café, malgré l'augmentation de travail qu'il produit au début, est un accélérateur de la fatigue; il en est de même de la caféine, de la théobromine, etc.

ETRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 5 et 12 juin 1901.

Les cures d'amaigrissement.

M. Zuntz, à propos de la récente communication de M. Stadelmann sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 188), fait quelques observations sur la valeur respective des hydrates de carbone et des substances grasses dans le régime des obèses. Il fait observer que ces aliments peuvent être considérés comme équivalents, 1 gramme de graisse représentant exactement de 2 grammes à 2 gr. 40 centigr. d'hydrates de carbone. Cependant, nombre de cliniciens donnent la préférence à ces dernières substances, qu'ils croient plus aptes à restreindre la formation de tissu adipeux et, par suite, à activer l'amaigrissement. C'est là une erreur au point de vue physiologique. Toutefois, l'orateur estime qu'il vaut mieux, en effet, avoir recours aux hydrates de carbone, car leur digestion est environ cinq fois plus difficile que celle des graisses; en outre, leur transformation en matière adipeuse exige toute une série de réactions, ce qui n'est pas le cas des substances graisses; pour cette double raison, une partie de l'énergie qu'ils pourraient fournir est utilisée par leur propre assimilation.

Un autre avantage des hydrates de carbone, c'est qu'ils s'opposent d'une façon plus efficace à la désassimilation de l'albumine. C'est ainsi que chez des chiens nourris avec des quantités de substances grasses et albuminoïdes telles que l'équilibre soit à peu près assuré au point de vue de l'albumine, on observe un gain en albuminoïdes si l'on substitue à la graisse une dose équivalente d'hydrates de carbone.

En terminant, M. Zuntz examine la question de savoir s'il existe une obésité congénitale, indépendante de la suralimentation et tenant à un ralentissement des combustions. Pour élucider ce point, il a mesuré les échanges respiratoires chez un garçon de dix ans pesant 100 kilos; il a trouvé chez lui, pour la fixation de l'oxygène et l'excrétion de l'acide carbonique, des chiffres extrêmement élevés; au total, cet enfant produit chaque jour, par kilogramme de poids, 25 calories, soit à peu près ce que fournit un adulte normal; par conséquent, à l'augmentation de poids correspond chez lui une élévation proportionnelle des échanges organiques, et les combustions ne sont nullement ralenties.

Il est néanmoins possible que certains individus aient une prédisposition particulière à emmagasiner sous forme de graisse une partie des substances alimentaires ingérées; peut-être s'agit-il en pareil cas de troubles sécrétoires du corps thyroïde et des organes génitaux.

M. Stadelmann déclare que la substitution d'hydrates de carbone aux graisses a pour avantage de rendre le régime plus supportable; restreindre les substances hydrocarbonées au-dessous d'un certain taux, c'est non seulement aggraver les difficultés de la cure, mais aussi activer la désassimilation des albuminoïdes, ce qu'il faut s'efforcer d'éviter.

M. Heubner fait observer que les échanges organiques étant normalement plus actifs chez l'enfant que chez l'adulte, le garçon qui a fait l'objet des recherches de M. Zuntz pourrait être considéré comme ayant des combustions ralenties, eu égard à son âge; toutefois, il faut tenir compte de la surface de son corps, ce qui le rend comparable à un adulte.

M. Senator estime que l'avantage du régime d'Ebstein consiste surtout en ce qu'il calme très rapidement la sensation de faim; en outre, il diminue l'appétit; la méthode de M. Stadelmann lui paraît également recommandable.

M. Ewald défend, au nom de la clinique, la distinction entre une obésité par suralimentation et une obésité constitutionnelle. Certains individus, sans aucun excès de table, engraissent, et, malgré les régimes les plus sévères, continuent à engraisser; il est possible qu'il s'agisse de troubles de certaines sécrétions internes, mais cette hypothèse ne controuve nullement l'existence d'une prédisposition.

M. Hirschfeld croit qu'on ne saurait établir une alimentation insuffisante sans diminuer la consommation des substances hydrocarbonées; d'après ses recherches, le taux de ces dernières doit être compris entre 50 grammes au *minimum* et 150 grammes au *maximum*; au reste, rien n'empêche de réduire à la fois la proportion des graisses et celle des hydrates de carbone.

Mode d'action de la photothérapie.

M. Lesser présente un certain nombre de lupiques améliorés par le traitement de Finsen; il croit que les bons effets de cette méthode sont surtout imputables à la réaction inflammatoire qu'elle provoque, et peut-être aussi, mais dans une mesure qu'il est impossible de déterminer, à l'action bactéricide propre des rayons lumineux.

Il montre, en outre, deux patients qui ont été complètement guéris par la photothérapie: à ce propos, il attire l'attention sur le grand nombre de séances qui sont nécessaires pour atteindre ce résultat : l'un de ces sujets a été soumis à 300 applications de rayons de Finsen, l'autre à 278.

M. von Bergmann déclare ne pas saisir de différence entre l'effet de la cautérisation et celui de la lumière, car les rayons chimiques possèdent aussi une action caustique; d'ailleurs, il a vu en Hollande des lupiques traités avec un plein succès par l'air surchauffé. Aussi estime-t-il que les divers traitements du lupus proposés dans ces dernières années, y compris la photothérapie, ne sont que des moyens de cautérisation fort ingénieux, mais auxquels on ne saurait attribuer de propriétés spécifiques.

M. Sarason croit que, dans la méthode de Finsen, un facteur particulier intervient, à savoir la perméabilité de la peau et des muscles à l'égard des rayons chimiques; c'est ainsi que si, après avoir placé dans la bouche une plaque photographique recouverte d'une feuille de papier d'étain dans laquelle on a découpé une croix, on dirige les rayons de l'appareil de Finsen sur la joue, la plaque est impressionnée au niveau de la croix; il faut donc admettre que les rayons chimiques ont traversé toute l'épaisseur de la joue.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Contribution à l'étude de la circulation du sang porte dans le foie et des localisations lobaires hépatiques, par M. H. Sérégé.

Un certain nombre de faits cliniques — tels que l'hypertrophie du foie, nettement localisée au lobe droit de cet organe, chez les diabétiques — ont permis à quelques auteurs d'admettre, avec M. Glénard, que les divers lobes de la glande hépatique jouissent d'une certaine autonomie fonctionnelle et pathologique; mais le *pourquoi* de cette autonomie est jusqu'ici demeuré obscur. C'est ce problème que M. Sérégé s'efforce de résoudre dans le présent travail, en s'appuyant à la fois sur des recherches expérimentales, sur des données anatomiques et sur des arguments empruntés à la clinique.

La conclusion à laquelle il arrive est que le sang de la veine porte, loin d'être homogène comme on le pense généralement, est au contraire divisé en deux courants absolument distincts, dont l'un, constitué par le sang de la grande mésentérique (c'est-à-dire par le sang provenant de la partie du tube intestinal comprise entre le milieu du duodénum et le milieu du gros intestin), passe dans la branche droite de division de la veine porte et se distribue au lobe droit du foie, tandis que l'autre, émané de la splénique et de la petite mésentérique réunies — ces deux veines, on le sait, recueillent le sang de l'estomac et de la moitié inférieure du gros intestin —, se rend, par l'intermédiaire de la branche gauche de la veine porte, au lobe gauche de la glande hépatique.

Pour justifier cette manière de voir, l'auteur, après des considérations empruntées à l'anatomie comparée (duplicité ou multiplicité des veines portes chez certains animaux) et à l'embryologie (formation du foie aux dépens de deux bourgeons intestinaux distincts), rend compte du résultat de ses recherches personnelles.

Au moyen de l'injection d'une solution de bleu de méthylène soit par l'une des branches de la veine porte, soit par un des canaux biliaires, soit par une des veines sus-hépatiques, il a d'abord mis en évidence l'indépendance absolue des lobes du foie. Puis, afin de donner la preuve directe de l'existence, dans le tronc de la veine porte, de deux courants sanguins distincts, il a injecté chez des chiens chloroformés, tantôt dans la grande mésentérique ou dans une de

ses branches d'origine, tantôt dans la splénique ou dans une des veinules d'où provient ce vaisseau, une petite quantité d'encre de Chine, en ayant soin de pousser très lentement l'injection, de façon à ne troubler en rien la circulation; il a ainsi déterminé des embolies colorées du foie, affectant toujours le lobe droit dans le premier cas, le lobe gauche dans le second.

Enfin, M. Sérégé étaye son argumentation d'observations cliniques; il a pu recueillir dans la littérature médicale un assez grand nombre de faits où l'autopsie démontra que des lésions diverses (ulcérations dysentériques, cancer, etc.) siégeant dans la portion du tube digestif qui constitue le domaine de la grande mésentérique avaient retenti exclusivement sur le lobe droit du foie, et d'autres où l'on constata que les complications hépatiques d'affections de l'estomac ou de la partie inférieure du gros intestin étaient strictement localisées au lobe hépatique gauche. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 21, 28 avril et 5 mai 1901.) — F. F.

Etude sur une forme non douloureuse d'hypersécrétion chlorhydrique continue avec dénutrition générale, par M. B. de Valmont.

Dans sa thèse inaugurale, l'auteur relate les observations de 10 malades atteints d'une affection gastrique assez particulière, qui avait chez tous des caractères suffisamment tranchés pour qu'on pût la considérer comme une entité morbide.

L'histoire de cette affection peut se résumer de la façon suivante : le plus souvent à la suite de surmenage, il s'établit une dyspepsie déterminant, bien que l'appétit soit conservé ou même exagéré, une diminution notable du poids et une sensation d'asthénie très accusée; au point de vue chimique, cette dyspepsie se caractérise par une hypersécrétion continue assez abondante avec hyperchlorhydrie de forme un peu variable : 8 fois sur 10, en effet, le taux des chlorures était élevé tant dans le liquide de stase que dans le liquide retiré après le repas d'épreuve; une fois, il l'était seulement dans le liquide de stase; une autre fois, la proportion des chlorures fixes était augmentée, témoignant soit d'une hyperchlorhydrie tardive, soit d'une gastrite hyperchlorhydrique ancienne arrivée à la phase d'épuisement.

Fait important à noter, ce trouble de la sécrétion gastrique, quoique suffisant pour amener un dépérissement considérable, ne provoque pas de douleurs d'estomac, ou n'est du moins accompagné que d'une gastralgie insignifiante. Aussi les malades sont-ils d'habitude considérés comme des neurasthéniques, jusqu'au jour où la constatation de liquide dans leur estomac, le matin à jeun, attire l'attention sur cet organe; l'analyse du suc gastrique fixe alors le diagnostic.

Au point de vue thérapeutique, la belladone et les alcalins se montreraient également efficaces contre l'affection dont il s'agit; mais rien ne permettant de prévoir d'avance auquel de ces deux médicaments on devra donner la préférence, il est indiqué, si celui que l'on emploie le premier demeure sans effets, de recourir au second. Bien entendu, le traitement pharmaceutique doit être associé à un régime alimentaire soigneusement approprié, dont le lait et la poudre de viande ou la viande crue pulpée seront les principaux éléments. (*Thèse de Paris*, 1901.) — F. F.

Diabète sucré observé chez une enfant de six mois; guérison, par M. L. Baumel.

Le diabète sucré étant rare dans le jeune âge, et surtout dans la première enfance, il n'est pas sans intérêt de résumer le cas relaté par M. Baumel dans le présent travail.

Il s'agit d'une fillette de six mois sans rien de notable dans ses antécédents héréditaires, mais ayant présenté, quatre jours après sa naissance, une éruption généralisée de nature inconnue (1). Cette enfant avait depuis une quinzaine de jours les paupières, les mains et les jambes enflées; elle urinait souvent et beaucoup plus que ne le font, d'ordinaire, les nourrissons de son âge, et ses urines étaient totalement décolorées, semblables à de l'eau; elle demandait constamment le sein, ne paraissait jamais rassasiée; enfin elle vomissait parfois et avait des démangeaisons.

L'examen des poumons et du cœur ne révéla rien d'anormal; le pouls, plutôt lent pour l'âge de la petite malade, battait à 75 ou 80; le ventre était volumineux et légèrement météorisé.

L'analyse des urines décela la présence d'une certaine quantité de sucre; le dosage ne put être fait que plus tard : il montra que la glycosurie atteignait le taux de 1 gr. 50 centigr. par litre.

Sous l'influence d'un traitement approprié (régularisation des tétées, administration d'eau de lactophosphate de chaux), une amélioration sensible ne tarda pas à se manifester; peu à peu les œdèmes s'amendèrent, le sucre disparut des urines, enfin le poids augmenta légèrement. L'enfant quitta l'hôpital un peu plus de deux mois après le début apparent de l'affection; à ce moment les téguments étaient le siège d'une desquamation furfuracée. (*Arch. de méd. des enfants*, mars 1901.) — F. F.

(1) Il importe de signaler que, dans le même numéro des *Archives de médecine des enfants*, M. Lemonnier publie un cas de diabète sucré apparu chez une petite fille de sept ans et demi manifestement hérédo-syphilitique, et ayant guéri par la médication spécifique. — N. D. L. R.

De l'état des réflexes chez les syphilitiques, par M. Ch. Binet-Sanglé.

Ayant examiné à leur arrivée au régiment un certain nombre de jeunes soldats atteints de syphilis, l'auteur a constaté *chez tous* quelque altération des réflexes. Toutefois, il fait observer avec juste raison que, le critérium du réflexe normal faisant défaut, il est bien difficile de faire état des cas où les réflexes paraissent simplement diminués; aussi n'a-t-il retenu que ceux où ils étaient complètement abolis. Ces réserves étant admises, il a constaté que le réflexe pharyngien manquait 2 fois sur 11, le réflexe abdominal 1 fois sur 12, le réflexe olécrânien 3 fois sur 13 et le réflexe patellaire 5 fois sur 13.

Avant de tirer des conclusions fermes de ces observations, M. Binet-Sanglé déclare qu'il est nécessaire de faire des recherches analogues sur des sujets de même âge, placés dans des conditions identiques, mais non syphilitiques. On sait, en effet, qu'il existe normalement des variations individuelles assez considérables au point de vue des réflexes, et que, chez le même individu, ceux-ci peuvent varier d'un moment à l'autre.

Cependant, si l'on tient compte que l'auteur a relevé avec une certaine fréquence chez les individus qu'il a examinés des troubles divers de la sensibilité (paresthésie thermique, diminution de la sensibilité à la douleur), il ne paraît pas illégitime de supposer avec lui que le virus syphilitique agit d'une façon précoce sur le système nerveux, et notamment sur les prolongements cylindraxiles du protoneurone centripète, lesquels sont précisément atteints les premiers dans le tabes. (*Journ. de neurol.*, 20 avril 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Etude sur la leucémie lymphatique, par M. Rosenfeld.

Les opinions les plus contradictoires ont cours à l'heure actuelle sur la nature exacte et la lésion initiale de la leucémie lymphatique : les uns en font une affection ne frappant tout d'abord que les ganglions lymphatiques; d'autres estiment que la moelle osseuse est seule atteinte au début; un troisième groupe de cliniciens, enfin, croit que le système lymphatique est intéressé dans son entier. Etant données ces divergences, il ne nous paraît pas sans intérêt de résumer les trois observations qui font l'objet du travail de M. Rosenfeld.

La première concerne une femme de cinquante-quatre ans dont l'affection débuta un an environ avant la mort par des douleurs dans les membres; on nota, en même temps, une tuméfaction du foie, de la rate et des ganglions lymphatiques de l'aine, du pli du coude et de la nuque, ainsi qu'un léger œdème. L'examen du sang pratiqué à ce moment ne révéla rien d'anormal, mais, quatre mois plus tard, il permit de constater, 1,210,300 hématies et 181,700 leucocytes, dont 91.8 % de petits mononucléaires (lymphocytes), 5 % de gros mononucléaires neutrophiles, 2.6 % de polynucléaires neutrophiles et 0.6 % d'éosinophiles. A l'autopsie qui, malheureusement, fut incomplète, on ne trouva pas de dégénérescence adénoïde de la moelle osseuse, au moins dans les côtes; les os longs ne purent être examinés.

Le second fait a trait à un homme de quarante-deux ans, malade depuis trois mois et qui présentait de gros paquets de ganglions des deux côtés du cou et dans les aisselles, ainsi qu'une légère tuméfaction de la rate. L'étude hématologique révéla 3,700,000 hématies et 117,000 leucocytes, dont 99 % de petits mononucléaires et 0.5 % de polynucléaires, les autres formes manquant presque complètement. Le patient succomba un mois plus tard, et l'autopsie fit reconnaître une lymphadénie considérable des ganglions axillaires, inguinaux et cervicaux; tout le long de la colonne vertébrale existaient des masses blanchâtres accolées aux os; des tumeurs analogues furent trouvées dans le médiastin et sur le diaphragme, et le mésentère était transformé en un gros paquet de ganglions. La rate n'était pas sensiblement tuméfiée. Dans la moelle des humérus et des fémurs, on constata la présence de tumeurs grises en partie transparentes; il n'y avait pas de tumeurs dans les corps vertébraux.

Enfin le troisième sujet, un homme de cinquante-quatre ans, était atteint depuis quatre ans d'une tuméfaction des ganglions cervicaux, laquelle avait fait des progrès rapides depuis trois mois. Lors de l'entrée à l'hôpital, le processus hypertrophique avait envahi les ganglions de l'aisselle et de l'aine; la rate était aussi augmentée de volume et on constatait sur le dos et la poitrine de nombreuses taches pigmentées brunes. Au microscope, on trouva, par millimètre cube, 1,947,100 hématies et 455,900 leucocytes, dont 98 % de petits lymphocytes mononucléaires, 0.2 % de gros lymphocytes mononucléaires, 1 % de polynucléaires et 0.8 % d'éosinophiles. La mort survint au bout d'un mois et l'autopsie permit de constater, outre la tuméfaction généralisée des ganglions lymphatiques cervicaux, axillaires, médiastinaux et mésentériques, de la splénomégalie et une dégénérescence lymphadénoïde diffuse de la moelle osseuse.

Comme on le voit, ces trois cas présentaient entre eux des différences notables, tant au point de vue des altérations du système lymphatique que des modifications de la formule leucocytaire. Aussi M. Rosenfeld se croit-il autorisé à en tirer les conclusions suivantes :

La lésion primitive des ganglions lymphatiques se manifeste soit par une période prémonitoire alcucémique, soit par une prolifération exclusive des petits lymphocytes mononucléaires; l'altération de la moelle osseuse a pour effet de changer la composition du sang, en y faisant apparaître d'autres formes de lymphocytes; en outre, l'affection prend tout de suite un caractère clinique grave. Il est probable que le processus peut rester localisé pendant longtemps aux ganglions avant d'envahir les os, ainsi que le second cas paraît le démontrer. Quant à la question de savoir si la leucémie lymphatique débute toujours par la moelle osseuse, l'auteur estime que le second et le troisième des cas qu'il rapporte y répondent négativement. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 1-2.) — A. J.

Des hémorrhagies par arrosion au cours de la pérityphlite, par M. E. Ehrich.

Les hémorrhagies produites par l'arrosion d'une artère comptent parmi les complications les plus rares de l'appendicite. M. Ehrich a cependant eu l'occasion d'observer deux fois cet accident à la clinique chirurgicale de Rostock, dans le service de M. Garrè.

Le premier cas a trait à un jeune homme de vingt et un ans atteint d'un exsudat d'origine appendiculaire. La marche de l'affection paraissant favorable, on s'abstint d'intervenir. Quatre semaines après le début de la maladie, en pleine convalescence, la température s'éleva subitement, en même temps que le pouls devenait rapide, que des vomissements survenaient et qu'apparaissait une résistance étendue à la partie droite de l'hypogastre. M. Garrè, croyant avoir affaire à un abcès, fit sans retard une incision par où s'échappa une petite quantité de pus, suivie d'un jet de sang liquide et de caillots volumineux. Ce sang était renfermé

dans une cavité qui s'étendait jusqu'au niveau du rein droit et du pancréas. L'hémorrhagie persistant, on pratiqua rapidement un tamponnement énergique, grâce auquel on obtint une hémostase complète. Le malade se rétablit sans avoir présenté de troubles de la circulation au niveau de la jambe droite.

Le deuxième fait se rapporte à une jeune fille de quatorze ans, chez laquelle on évacua un exsudat pelvien par la voie rectale. L'incision donna issue à du pus mélangé d'une grande quantité de sang liquide et de caillots les uns rouges, les autres blancs. On établit un drainage; l'hémorrhagie cessa au bout de quatre à cinq jours.

La source de la perte sanguine ne put être établie ni chez l'un ni chez l'autre de ces malades. L'auteur pense cependant qu'il devait s'agir, dans la première observation du moins, de l'arrosion de l'artère iliaque ou d'une de ses branches principales.

Quant au diagnostic, il présentait des difficultés considérables; le seul symptôme qui plaidât en faveur d'une hémorrhagie était l'apparition très rapide d'une résistance étendue. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 1.) — F. DE Q.

Les applications d'alcool dans le traitement des épanchements pleurétiques et du rhumatisme articulaire, par M. BURWINKEL.

L'usage externe de l'alcool, qui avait été d'abord proposé seulement contre les phlegmons et les accidents inflammatoires locaux plus ou moins analogues (Voir *Semaine Médicale,* 1894, p. 434), tend aujourd'hui à être considéré comme un moyen d'une portée plus générale, susceptible de rendre d'excellents services en activant l'afflux sanguin et en favorisant de la sorte la défense de l'organisme contre le processus infectieux, alors même que celui-ci intéresse toute l'économie. Après avoir récemment eu l'occasion d'indiquer, à cet égard, un certain nombre de cas où les applications d'alcool se sont montrées efficaces dans des affections inflammatoires aiguës de la cavité péritonéale (Voir *Semaine Médicale,* 1901, p. 48), il nous paraît intéressant de signaler ici le travail de M. Burwinkel, d'après lequel ce procédé de traitement produirait les mêmes effets dans les phlegmasies des séreuses autres que le péritoine.

L'auteur a employé avec succès les compresses imbibées d'alcool dans 2 cas de pleurésie avec épanchement. Un militaire de vingt et un ans, chez lequel, malgré l'hydrothérapie et la médication diurétique, l'exsudat pleural persistait depuis trois mois, s'étendant jusqu'au bord supérieur de la troisième côte en avant et jusqu'à l'épine de l'omoplate en arrière, a vu le niveau du liquide s'abaisser de trois doigts après quatre applications d'alcool à 96°, répétées tous les trois jours et maintenues chaque fois pendant deux heures environ. L'épanchement se résorba complètement au bout de cinq semaines. Chez un autre patient, quelques pansements à l'alcool ont suffi pour faire disparaître la matité et les douleurs intenses déterminées par l'exsudat.

Le même traitement a donné de très bons résultats dans 5 cas de rhumatisme articulaire subaigu ou chronique, en particulier chez une jeune fille de vingt ans atteinte depuis six mois de plusieurs arthrites rhumatismales rendant douloureux le moindre mouvement et ayant résisté à tous les moyens habituellement employés en pareille occurrence (applications d'ichtyol, badigeonnages à la teinture d'iode, etc.) : un seul pansement à l'alcool, laissé en place durant toute une nuit, a permis aux articulations malades de récupérer complètement leur mobilité normale.

Enfin, dans 2 cas d'accès de goutte les symptômes morbides ont disparu, sous l'influence des applications d'alcool, dans l'espace de quarante-huit heures, résultat que les deux malades en question, goutteux de longue date, n'avaient jamais pu obtenir en recourant aux agents thérapeutiques usuels. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 1er juin 1901.) — L. CH.

De la muqueuse du tube digestif comme porte d'entrée des infections pyogènes, par M. BAIL.

Les opinions concernant le rôle de la résorption stomacale et intestinale dans le développement des affections suppuratives sont encore fort diverses. C'est ainsi que M. Kocher attribua, dès 1879, une importance considérable à ce mécanisme dans la genèse de l'ostéomyélite aiguë; cette théorie fut adoptée par Karlinski, mais les expériences d'Alapy et de Buchbinder parurent démontrer que la muqueuse intestinale normale oppose une barrière infranchissable aux microorganismes pyogènes. M. Bail vient de reprendre l'étude de cette question, en portant particulièrement son attention sur l'influence, à ce point de vue, de la virulence des microorganismes introduits dans le tube digestif.

Chez 40 lapins, il injecta, à l'aide de la sonde stomacale, 5 ou 6 c.c. d'une culture sur bouillon d'un streptocoque très virulent, en évitant soigneusement toute lésion mécanique du tube digestif et toute contamination du pharynx; 7 de ces animaux périrent au bout de deux à trois jours d'une infection streptococcique généralisée; 13 moururent, dans un laps de temps ayant varié entre huit et vingt jours, des suites d'une entérite, tandis que 10 restèrent sains et que les 10 derniers succombèrent à des affections accidentelles.

L'examen microscopique de l'intestin des lapins atteints d'infection streptococcique généralisée permit de constater, du moins chez 5 d'entre eux, que les microorganismes avaient pénétré dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques des parois intestinales et du mésentère. Il semble donc bien que la muqueuse intestinale est perméable pour les germes pyogènes très virulents, et que la pénétration de ceux-ci est indépendante de toute lésion mécanique de la muqueuse. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 2.) — F. DE Q.

Sur la transsonnance plessimétrique, par M. J. W. RUNEBERG.

L'idée de combiner l'auscultation et la percussion revient à Laënnec, qui employait cette méthode dans l'examen du pneumothorax, de certains cas d'ascite, etc. En Amérique, Cammann et Clark ont plus tard cherché à généraliser ce procédé et à lui donner des règles fixes, mais leur tentative ne paraît pas avoir été couronnée de succès. M. le professeur Runeberg (de Helsingfors) vient de reprendre la question; il est arrivé à la conclusion que l'auscultation plessimétrique peut rendre des services dans le diagnostic de nombre de cas difficiles. Grâce à elle, on peut déterminer les limites des organes, spécialement des organes abdominaux, mais on doit abandonner l'espoir, caressé par Cammann et Clark, de reconnaître l'organe percuté par la nature ou le timbre du son produit.

Contrairement à ces deux derniers cliniciens, qui cherchaient par une percussion forte à obtenir un son aussi intense que possible, M. Runeberg conseille de percuter faiblement, avec la pointe du doigt, ou même de n'ausculter que le bruit provenant d'un léger frottement du doigt sur la partie examinée. On commence par percuter dans le voisinage du stéthoscope et on s'éloigne peu à peu : le son perçu par transsonnance conserve ses qualités tant que le doigt n'a pas franchi la limite de l'organe sur lequel est placé le stéthoscope; il disparaît ou se modifie sensiblement dès qu'on a dépassé cette limite. On arrive de la sorte non seulement à différencier un organe plein d'avec un organe rempli d'air, mais même à distinguer l'estomac d'avec le gros intestin, à reconnaître les bords supérieur et inférieur du côlon transverse, à établir la séparation entre le poumon et un pneumothorax, ou entre celui-ci et l'estomac; de même, on parvient à délimiter le cœur d'avec le foie ou d'avec un épanchement pleurétique. Il est ainsi possible, grâce à l'auscultation plessimétrique, de contrôler les renseignements fournis par la percussion ordinaire, et même d'obtenir des résultats dans des cas où celle-ci se montre insuffisante.

On peut employer un stéthoscope ordinaire droit ou un stéthoscope flexible; ce dernier permet de vérifier par la vue la position du doigt qui percute, mais l'auscultation est rendue plus difficile par les bruits accessoires qui se produisent si facilement dans ce genre d'instrument. Pour les organes placés immédiatement sous la paroi thoracique ou abdominale, il est préférable d'user du bruit de frottement ou d'une percussion très faible; on doit frapper plus fort lorsqu'on cherche à déterminer les limites d'un organe en partie recouvert par un autre. La pratique de la méthode exige un certain apprentissage : il faut s'exercer à concentrer son attention sur le son obtenu et à éviter autant que possible de produire des bruits accessoires, en particulier par le déplacement des téguments. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 1-2.) — A. J.

Cure d'une hernie ombilicale avec résection d'un lobe hépatique prolabé, par M. O. KÜSTNER.

L'observation qui fait l'objet du présent travail concerne un enfant du sexe masculin, d'ailleurs bien conformé, né à terme avec une hernie ombilicale d'un diamètre de 8 centimètres, dont les enveloppes transparentes laissaient voir les intestins et le foie; le cordon, normal, s'insérait sur la moitié inférieure de la hernie.

L'opération fut faite le jour même de la naissance : incision circulaire de la base du sac, ligature des vaisseaux ombilicaux, libération de quelques adhérences intestinales ou hépatiques; ces dernières n'étaient du reste, à vrai dire, qu'une sorte de prolongement du ligament suspenseur du foie. L'appendice et une portion du côlon se trouvaient, en outre, dans la hernie. La réduction des intestins fut facile; celle du foie fut impossible : pour l'obtenir, il aurait fallu plier le lobe prolabé, au point de le nécroser peut-être, et les sutures abdominales auraient été tellement tendues qu'elles auraient certainement cédé. Aussi M. Küstner se décida-t-il pour la résection, non sans avoir libéré la vésicule biliaire adhérente à la face inférieure du lobe ectopié. Le pédicule fut étreint par une ligature double en chaîne, au catgut, et la surface de section légèrement touchée avec le thermocautère. Bien qu'on eût opéré sans chloroforme, sauf au moment de la réduction, l'enfant ne parut pas souffrir.

Les suites immédiates furent simples et afébriles. Chaque jour, cependant, un peu de sang filtrait par la plaie; au onzième jour, il y eut une hématémèse, au douzième un melæna, puis l'état du petit patient s'aggrava progressivement et la mort survint au bout de trois semaines. L'autopsie ne révéla rien d'anormal, sauf quelques adhérences du foie et des intestins à la paroi. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 janvier 1901.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Recherches cliniques sur les troubles de la respiration chez les hémiplégiques, par MM. G. BOERI et L. SIMONELLI.

Les recherches qui font l'objet du présent travail ont porté sur 61 cas d'hémiplégie de causes diverses; en mettant en œuvre les différentes méthodes d'exploration clinique (inspection, palpation, percussion, auscultation, thoracométrie, spirométrie et pneumatométrie, pneumographie, voire même examen électrique des muscles accessoires de la respiration), MM. Boeri et Simonelli ont pu diviser leurs malades en trois groupes : chez les uns, au nombre de 12 (19.67 %), les mouvements respiratoires avaient la même amplitude des deux côtés, tout en étant plus faibles que normalement; chez 39 autres, soit 63.93 %, ils étaient plus faibles du côté paralysé, et cette diminution était généralement proportionnelle à l'intensité de la paralysie, surtout de la paralysie brachiale; chez les 10 derniers enfin, représentant 16.39 % des cas, ils étaient, au contraire, affaiblis du côté sain. Ajoutons que ces modifications affectaient aussi bien la respiration forcée, volontaire, que la respiration lente, automatique.

A côté de ces troubles quantitatifs, si l'on peut dire, il existait aussi des modifications qualitatives, surtout appréciables à l'étude des courbes pneumographiques, et consistant en altérations du rythme respiratoire, incoordination, défaut de synchronisme entre les deux côtés, respiration par soubresauts, lenteur de l'inspiration et rapidité de l'expiration du côté paralysé, etc.

Ces phénomènes démontreraient cliniquement, d'après les auteurs, l'existence — déjà prouvée expérimentalement — d'un centre cortical de la respiration, dont la lésion aurait pour effet de troubler la respiration volontaire, et secondairement, par influence sur le centre bulbaire, d'altérer la respiration automatique. Ce centre siégerait dans le voisinage immédiat du centre du membre inférieur, comme le prouve le fait que le ralentissement de la respiration

est d'ordinaire proportionnel au degré de la paralysie du bras (1).

Quant aux cas où l'amplitude des mouvements respiratoires était plus grande du côté paralysé que du côté sain, il est facile de les expliquer en admettant une excitation du même centre, et, de fait, on constata plusieurs fois, en pareille occurrence, d'autres symptômes d'irritation, tels que contractures précoces, rire spasmodique, etc. (*Atti dell'Accad. med.-chir. di Napoli*, LIV, 4.) — F. F.

L'hématologie de la fièvre typhoïde, par MM. L. Picchi et G. Pieraccini.

Les divers auteurs qui se sont occupés des modifications de la formule hématologique au cours de la dothiénentérie étant arrivés à des résultats quelque peu contradictoires, MM. Picchi et Pieraccini viennent de reprendre l'étude de cette question.

De 79 examens du sang pratiqués sur 18 malades avec toutes les précautions nécessaires, ils ont pu tirer quelques règles générales qui, si elles ne sont pas sans exceptions, s'appliquent du moins à la grande majorité des cas.

C'est ainsi qu'au cours de la fièvre typhoïde, on observe d'ordinaire une diminution progressive du nombre des globules rouges. Le taux de l'hémoglobine s'abaisse également, mais moins que le nombre des hématies; exceptionnellement, il peut, au contraire, devenir supérieur à la normale. Le sérum est légèrement hypotonique.

Il ne survient jamais de leucocytose; du reste, une vraie leucopénie est de son côté très rare; le plus souvent, le chiffre des leucocytes est normal, mais faible, et tend vers la leucopénie: quand on constate de la leucocytose, on peut presque à coup sûr affirmer l'existence d'une complication.

Dès la fin du premier septénaire, et durant toute la période d'état, les polynucléaires et les lymphocytes sont en diminution; ils augmentent de nombre dès que la fièvre commence à baisser, et cette augmentation se poursuit pendant la convalescence; aussi l'apparition de la lymphocytose permet-elle d'espérer l'approche de la guérison.

Quant aux éosinophiles, ils diminuent et peuvent même disparaître tout à fait au cours des périodes d'ascension et d'état; ils réapparaissent dès que la fièvre tombe, et augmentent progressivement durant la convalescence; dans les cas bénins, ils ne disparaissent jamais complètement, fait qui n'est pas sans intérêt pour l'établissement du pronostic. (*Sperimentale*, LV, 1.) — F. F.

Recherches histologiques, chimiques et expérimentales sur la production des calculs biliaires, par M. F. E. Italia.

Des diverses hypothèses qui ont été émises pour expliquer la genèse des calculs biliaires (théorie diathésique, théorie chimique, théorie infectieuse, théorie anatomique), aucune n'est pleinement satisfaisante, peut être parce que toutes renferment une part de vérité. Aussi l'auteur vient-il de reprendre l'étude de cette question, en injectant des cultures atténuées de colibacille et de bacille d'Eberth dans les voies biliaires d'animaux de laboratoire.

Il a tout d'abord cherché à se rendre compte de l'action de ces microorganismes sur la bile; pour cela, il les a fait végéter successivement sur du bouillon, sur du bouillon mêlé de bile de bœuf, enfin sur de la bile pure. Il a vu ainsi que la réaction de ce dernier liquide se maintient d'abord alcaline, puis, au cinquième ou sixième passage, devient neutre et finalement quelque peu acide; en même temps, il se forme au fond des tubes un dépôt de carbonate de chaux coloré par des pigments biliaires, et de cholestérine, cependant que les microbes, tant bacilles d'Eberth que colibacilles, perdent à peu près toute virulence.

C'est de cultures ainsi atténuées que M. Italia s'est servi pour ses expériences; dans un grand nombre de cas, elles lui ont donné des résultats positifs, et il a obtenu des concrétions en nombre variable, et de dimensions allant de celles d'un pois à celles d'un grain de chènevis. Par contre, l'injection dans les voies biliaires de cultures stérilisées par le chauffage à 100° durant cinq minutes est toujours demeurée inefficace. D'autre part, l'injection de cultures virulentes a régulièrement déterminé la mort.

Dès lors, c'est à une théorie à la fois chimique et infectieuse que se rallie l'auteur, et il explique la formation des calculs biliaires de la façon suivante: la végétation dans la vésicule biliaire de microorganismes atténués a pour effet d'acidifier la bile et de permettre ainsi la précipitation, sous forme de granulations, des substances constitutives des calculs; ces granulations sont ensuite agglutinées par le mucus sécrété par les parois de la vésicule biliaire. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 4.) — F. F.

(1) Les auteurs donnent une autre preuve de cette localisation: le trouble respiratoire existait chez un malade atteint d'une paralysie limitée au bras; il faisait défaut, au contraire, chez un sujet ayant seulement une monoplégie crurale.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la parésie intestinale post-laparotomique

La parésie intestinale qu'on observe si fréquemment à la suite des interventions portant sur la cavité abdominale constitue un accident d'autant plus grave que son traitement est, la plupart du temps, très malaisé. En effet, les purgatifs, en particulier le sulfate de soude qui paraît convenir le mieux en pareil cas, ne sont guère supportés en raison de l'état d'irritation dans lequel se trouve la muqueuse gastrique après la narcose. D'autre part, les lavements de glycérine, d'eau salée, etc., échouent également assez souvent. Cela étant, M. le docteur H. Grube, assistant de M. le docteur A. Martin, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Greifswald, a cru utile d'agir sur l'intestin par voie réflexe et, s'inspirant du conseil de son maître, qui avait déjà proposé l'usage de la strychnine contre l'iléus post-opératoire, il institua des essais de ce genre dans 32 cas: vingt-quatre heures après l'opération, il faisait prendre à la malade une pilule contenant 0 gr. 0025 décimilligrammes de sulfate de strychnine; trois heures plus tard, il en donnait une seconde. Cette médication ne réussit à provoquer l'évacuation des gaz que chez 25 % des opérées, peut-être parce que le plus souvent la strychnine était rejetée en totalité ou en partie. Aussi M. Grube se décida-t-il, dans ses essais ultérieurs, à administrer le médicament par la voie hypodermique, tout en en augmentant la dose. Dans 35 nouveaux cas (dont 7 laparotomies et 28 colpotomies), il pratiqua, vingt-quatre heures après l'intervention, une injection sous-cutanée de 0 gr. 003 milligr. de sulfate de strychnine, répétée, au besoin, encore une ou deux fois, à des intervalles de trois heures. Les résultats se montrèrent satisfaisants chez 86 % des laparotomisées et dans 75 % des colpotomies, sans qu'on eût jamais à enregistrer de convulsions cloniques ni toniques. Dans quelques cas seulement, on nota de l'ictère et des douleurs musculaires, et encore ces accidents pouvaient-ils être imputés à d'autres causes, telles qu'une gastro-entérite consécutive à la chloroformisation ou le séjour prolongé, dans une position incommode, sur la table d'opérations.

D'autre part, il nous paraît intéressant de signaler la pratique adoptée, depuis neuf ans environ, par un médecin américain, M. le docteur V. O. Hardon (d'Atlanta). Dans un cas de paralysie intestinale consécutive à l'extirpation bilatérale des annexes, notre confrère, après avoir vainement essayé à peu près tous les moyens usités en pareille occurrence, eut l'idée d'administrer, pour stimuler les contractions péristaltiques de l'intestin, un lavement composé de 30 grammes d'alun pulvérisé dissous dans 1 litre d'eau tiède. Ce moyen ayant parfaitement réussi, M. Hardon y a recours, depuis lors, d'une façon systématique après les interventions sur la cavité abdominale. Dans la plupart des cas, les lavements en question amènent une évacuation de gaz au bout de cinq à quinze minutes; parfois on est obligé de répéter le clystère pour obtenir un résultat. Il n'y a, d'ailleurs, aucun inconvénient à répéter ces lavements aussi souvent que cela paraît nécessaire: il importe seulement d'être prévenu qu'ils peuvent à la longue amener l'expulsion d'une sorte de cylindre muqueux reproduisant la forme de l'intestin, et qu'on serait porté à prendre pour la muqueuse détachée de l'intestin, si l'examen microscopique ne démontrait qu'il s'agit simplement de mucosités coagulées par l'alun.

Ajoutons que le moyen préconisé par M. Hardon a été adopté, avec succès, par d'autres confrères d'Atlanta, et cela non seulement dans la pratique chirurgicale, mais aussi dans certaines affections internes, telles que la fièvre typhoïde.

Les tractions directes sur l'os hyoïde comme moyen de faciliter la respiration au cours de la narcose pour opérations sur le maxillaire inférieur.

Le procédé habituel, qui consiste à attirer, pendant l'anesthésie, la langue au moyen d'une pince ou d'un gros fil d'argent passé à travers cet organe, n'est pas toujours facile à réaliser dans les interventions portant sur la bouche ou sur le maxillaire inférieur, sans compter que, dans un certain nombre de cas de ce genre, il ne réussit pas à assurer à l'air, d'une manière parfaite, l'accès du larynx. Aussi avait-on jadis proposé d'exercer, en pareille occurrence, des tractions directes sur l'os hyoïde au moyen d'un crochet pointu (Kappeler), manœuvre qui, d'après des expériences faites sur le cadavre, convient le mieux pour rendre libre l'entrée du larynx. M. le docteur Ch. Fenger, professeur de chirurgie au Rush Medical College de Chicago, ayant depuis quelques années repris l'étude de cette question, a pu s'assurer dans une douzaine d'interventions sur le vivant que le procédé dont il s'agit est aussi efficace qu'inoffensif. Toutefois, comme il est assez difficile, pour l'aide chargé de la narcose, de maintenir en place le crochet pendant toute la durée d'une opération souvent fort longue, notre confrère substitue à cet instrument une simple anse de soie. Après avoir pratiqué une petite incision longitudinale au niveau de la portion moyenne de l'os hyoïde, on passe, à l'aide d'une aiguille de Deschamps, un fil de soie embrassant la face postérieure de cet os; puis on dispose dans la petite plaie un coussinet de gaze iodoformée sur lequel on noue l'anse en ayant soin de laisser des chefs assez longs pour qu'on puisse facilement exercer sur eux des tractions pendant toute la durée de l'acte opératoire. Celui-ci une fois terminé, le fil doit rester en place et être fixé au moyen d'une légère cravate plâtrée recouvrant le pansement, et cela de manière que l'os hyoïde soit suffisamment tendu pour empêcher toute obstruction du larynx, même pendant le sommeil. Au bout de trois à quatre jours, lorsque le patient est à même de respirer sans difficulté quelle que soit la position du corps et de la tête, on enlève le fil.

Il va de soi que la petite plaie sus-hyoïdienne n'augmente en rien la gravité de l'intervention.

L'emploi de la paraffine pour assurer l'inaltérabilité des pommades à principes actifs insolubles.

Les pommades ayant pour excipient la vaseline ne tardent pas, en général, à s'altérer quand elles contiennent des substances minérales insolubles, telles que l'acide borique, l'iodure de plomb et certains sels de mercure (oxydes rouge et jaune, calomel, bi-iodure, précipité blanc). En raison de la différence qui existe entre la densité de la vaseline et celle des produits incorporés, les particules des principes actifs insolubles ont tendance à se réunir en agglomérats granulés, et la séparation progressive des ingrédients, qui en résulte, ne laisse naturellement pas que d'être préjudiciable à l'effet curatif du médicament. Afin de remédier à cet état de choses, M. E. Crouzel (de La Réole) recommande d'augmenter la consistance de la vaseline par l'addition de 20 % de paraffine. Les pommades ainsi obtenues se conserveraient parfaitement, même en été, et présenteraient l'avantage de pouvoir être maniées beaucoup plus aisément que les préparations similaires à excipient de vaseline seule, qui se liquéfient au simple contact de la main. On sait que, pour les pommades employées en oculistique, on fait souvent ajouter, dans le même but, de la lanoline à la vaseline; mais, d'après M. Crouzel, l'usage de la paraffine serait préférable, parce que, contrairement à la lanoline, qui jaunit au contact de l'air, ce produit ne s'altère pas.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'influence du climat d'altitude sur les échanges respiratoires.

Nous avons exposé dans un premier article (1) les résultats de nos recherches concernant les effets du climat d'altitude sur la désassimilation des matières azotées; nous y avons établi qu'un séjour dans les hauts climats est accompagné d'une rétention d'azote telle que, pendant les derniers jours de notre expérience, notre organisme emmagasinait en moyenne plus de 2 grammes d'azote en vingt-quatre heures. Pour pouvoir apprécier exactement l'influence du climat d'altitude sur l'intensité des combustions organiques, il était nécessaire de compléter ces recherches par l'étude des échanges respiratoires, en comparant les quantités d'oxygène absorbé et d'acide carbonique exhalé, toutes choses égales d'ailleurs, dans la plaine et à la montagne.

Depuis les expériences fondamentales de Paul Bert, un grand nombre de physiologistes se sont occupés de l'action des variations de la pression atmosphérique sur la respiration. On ne s'est plus contenté des conditions artificielles du laboratoire; depuis quelques années, on est allé étudier sur place l'effet du climat d'altitude sur la respiration. Mais nous croyons pouvoir nous dispenser de faire l'historique de la question, cet historique ayant déjà été exposé ici même en détail par M. le professeur Lépine (2). Qu'il nous soit seulement permis de compléter le mémoire de M. Lépine par une analyse succincte de deux travaux dont la critique paraît, jusqu'à présent, avoir fait bon marché, et qui méritent, à notre avis, d'être pris en sérieuse considération.

I

Le premier en date de ces travaux est celui de Mermod (3), qui a fait une étude comparative de sa respiration à Strasbourg (142 mètres au-dessus du niveau de la mer) et à Sainte-Croix dans le Jura, à une altitude de 1,100 mètres. Il a vu que la dépression barométrique est sans influence sur le rythme de la respiration, mais qu'elle accroît la ventilation pulmonaire. Le volume d'air expiré, de 40 litres 96 en sept minutes à Strasbourg, monta à 43 litres 89 à Sainte-Croix. Si cependant on réduit ces deux volumes à la même pression et à la même température, on constate que la ventilation vraie fut plus faible à la montagne que dans la plaine : au lieu des 38 litres 96 d'air à 0° et à 760 millimètres de pression qu'il expirait à Strasbourg, Mermod n'en expirait dans le même temps, à Sainte-Croix, que 36 litres 92. Néanmoins, la quantité d'acide carbonique produite dans l'unité de temps fut plus forte à la montagne que dans la plaine : elle atteignit 0 gr. 402 milligr. à Sainte-Croix, tandis qu'à Strasbourg elle n'était que de 0 gr. 375 milligr.

Les expériences de ce genre sont sujettes à de nombreuses causes d'erreur que Mermod s'attacha à éviter. C'est ainsi qu'il ne commença ses observations que six semaines après son arrivée dans chaque station, de façon à supprimer les variations dues à l'acclimatation; il chercha, en outre, à éliminer l'influence de la digestion en n'opérant que le matin à jeun, douze heures après le dernier repas. Enfin, il régla son genre de vie d'une manière aussi uniforme que possible, mais sans cependant s'astreindre à absorber toujours la même quantité de nourriture. Aussi ce dernier point a-t-il été l'objet des critiques de Paul Bert; d'autre part, Löwy a fait observer que les différences relevées par Mermod entre Strasbourg et Sainte-Croix sont si petites qu'elles rentrent dans les limites des variations normales.

Des recherches analogues ont été faites par Veraguth (1) à Zurich (470 m.) et à Saint-Moritz (1,769 m.). Cet expérimentateur, pour éviter les erreurs dues au facteur alimentation, absorbait tous les jours à peu près la même quantité de nourriture, le même menu revenant tous les quatre jours. Il avait, de plus, réglé son existence de façon à fournir toujours une quantité égale de travail musculaire. Avec ces précautions, il commença par déterminer, à Zurich, le rythme de sa respiration et l'intensité de sa ventilation pulmonaire, ainsi que la quantité d'acide carbonique produite pendant l'unité de temps; puis, il répéta ses expériences à Saint-Moritz, d'abord dans les mêmes conditions, ensuite sans surveiller son alimentation. Il en fut de même pour les recherches ultérieures qu'il exécuta à Parpan (1,505 m.) et pour une seconde période d'observations à Zurich. Le tableau suivant contient les résultats publiés par Veraguth; les chiffres indiqués constituent pour chaque période la moyenne de 8 à 12 dosages représentant autant de jours d'expérience.

	Fréquence de la respiration		Ventilation pulmonaire en 5 minutes (en litres)		Acide carbonique produit	
	matin.	soir.	brute.	réduite à 0° et 760mm	en 5 minutes.	en 1 minute.
I. — Zurich, du 3 au 14 juin (régime sévère, un dosage tous les jours)	9.9	12	26.3	22.9	2 gr. 604	265 c.c.
II. — Saint-Moritz, du 17 au 30 juin (régime sévère, dosages quotidiens)	12	14	34.4	26.7	4 — 278	435 —
III. — Saint-Moritz, du 1er juillet au 12 septembre (un dosage par semaine, pas de régime)	10	12	28.8	22.0	3 — 520	358 —
IV. — Parpan, du 1er au 5 novembre (dosages quotidiens)	10	13.5	27.7	22.7	»	» —
V. — Zurich, du 7 au 15 novembre (dosages quotidiens, pas de régime)	10.1	11.6	26.6	23.2	3 — 116	317 —

Les deux premières périodes de ces recherches fournissent surtout des données intéressantes. On voit que le changement de climat produisit une légère accélération du rythme respiratoire, ainsi qu'une augmentation de la ventilation pulmonaire. En outre, on constate une augmentation notable de la production d'acide carbonique, augmentation trop considérable pour résulter uniquement de la ventilation pulmonaire plus active. Les résultats des autres périodes sont moins probants; c'est ainsi qu'on ne peut dire si la diminution de l'acide carbonique dans la troisième période fut due à l'accoutumance ou au changement de régime. Cette dernière hypothèse paraît cependant probable, car la diminution se manifesta dès que Veraguth cessa de suivre un régime sévère. Néanmoins, la production d'acide carbonique dans cette période fut encore sensiblement plus forte qu'à Zurich.

Les observations de Mermod et de Veraguth concordent donc, en ce sens que le climat d'altitude a eu pour effet, chez ces deux expérimentateurs, d'élever la production de l'acide carbonique. L'augmentation fut faible chez Mermod (elle ne dépassa pas 7 %), tandis que chez Veraguth elle atteignit le taux élevé de 35 %. Ce dernier a noté, de plus, une légère élévation de la fréquence des mouvements respiratoires et de la ventilation pulmonaire, alors que chez Mermod le rythme de la respiration ne varia pas et que la ventilation pulmonaire faiblit même un peu.

Si maintenant nous comparons ces résultats à ceux qui ont été obtenus par Schumburg et N. Zuntz (2) et par A. Löwy, J. Löwy et L. Zuntz (1) à des altitudes supérieures, nous notons immédiatement des divergences considérables.

Schumburg et N. Zuntz ont opéré d'abord à Berlin (42 mètres), puis à Zermatt (1,622 mètres), au glacier du mont Rose (3,800 mètres) et à la cabane de Bétemps (2,800 mètres). L'absorption de l'oxygène et la production de l'acide carbonique furent identiques, dans cette dernière station, à ce qu'elles étaient à Berlin. De leur côté, A. Löwy et ses collaborateurs ont comparé l'effet de la dépression dans la cabine pneumatique à celui de la dépression barométrique naturelle, telle qu'elle se manifeste à la montagne. Ils ont remarqué que, tandis qu'une pression abaissée artificiellement jusqu'à 478 millimètres de mercure n'influence la ventilation pulmonaire que d'une manière insignifiante, le séjour à la montagne a pour résultat de l'activer sensiblement. A. Löwy et L. Zuntz relevèrent déjà au col d'Olen (2,840 mètres), avec une pression barométrique de 530 millimètres, une augmentation de la ventilation pulmonaire respectivement égale à 44 et à 11 %, tandis qu'à la cabane de Gnifetti (3,620 mètres), la pression n'étant que de 485 millimètres, cette augmentation atteignit de 36 à 50 %. De même, à cette dernière station, chez J. Löwy et L. Zuntz la consommation d'oxygène s'éleva de 20.2 et de 12.4 %, les échanges gazeux restant invariables chez A. Löwy. Au col d'Olen, Zuntz avait déjà présenté une augmentation de l'absorption de l'oxygène de 21.5 %. Ce chiffre est trop élevé pour qu'on puisse l'expliquer uniquement par la plus grande activité des muscles de la respiration. La production d'acide carbonique subit des variations analogues à celles de la consommation de l'oxygène.

Les chiffres publiés par Mosso (2), relativement à la production de l'acide carbonique dans les hauteurs, varient dans des limites trop considérables pour être utilisables. Dans un travail récent, Bürgi (3) est arrivé à la conclusion que les échanges gazeux ne sont pas influencés par le changement d'altitude; il a fait ses observations à Brienz (570 mètres) et au sommet du Brienzer Rothhorn (2,252 mètres). Le taux de l'acide carbonique dans l'air expiré s'accrut dans cette dernière station d'une façon insignifiante; une seule fois l'élévation atteignit 8.7 %, et il n'est pas impossible que, dans ce cas spécial, elle ait été due à une autre cause qu'au changement d'altitude. Toutefois, il faut retenir que les recherches de Bürgi ont été faites immédiatement après l'arrivée à la montagne; elles ne représentent donc que l'effet de la dépression atmosphérique, et non pas celui du séjour d'altitude.

Nous voyons donc que parmi les physiologistes qui se sont récemment occupés de la question, un certain nombre n'ont relevé aucune

(1) Jaquet. Recherches sur l'action physiologique du climat d'altitude. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 323.)

(2) Lépine. Les grandes altitudes ont-elles quelque utilité thérapeutique? (*Semaine Médicale*, 1899, p. 161.)

(3) Mermod. Nouvelles recherches physiologiques sur l'influence de la dépression atmosphérique sur l'habitant des montagnes. (*Thèse de Strasbourg*, 1877.)

(1) Veraguth. Le climat de la haute Engadine et son action physiologique pendant et après l'acclimatement. (*Thèse de Paris*, 1887.)

(2) Schumburg et N. Zuntz. Zur Kenntnis der Einwirkungen des Hochgebirges auf den menschlichen Organismus. (*Arch. für die gesamte Physiol.*, 1896, LXIII, 9-10, p. 461.)

(1) A. Löwy, J. Löwy et L. Zuntz. Ueber den Einfluss der verdünnten Luft und des Höhenklimas auf den Menschen. (*Arch. fur die gesamte Physiol.*, 1897, LXVI, 9-10, p. 477.)

(2) A. Mosso. Der Mensch auf den Hochalpen, p. 267. Leipzig, 1899.

(3) E. Bürgi. Der respiratorische Gaswechsel bei Ruhe und Arbeit auf den Bergen. (*Arch. f. Physiol.*, 1901, p. 509.)

modification des échanges gazeux à des altitudes supérieures à 2,500 mètres, et que d'autres ont noté une légère augmentation des combustions organiques à partir de 2,800 mètres. Mais il existe une différence de 1,000 mètres entre cette altitude et celle à laquelle Veraguth a fait ses observations, et de 1,700 mètres entre le col d'Olen et Sainte-Croix où a expérimenté Mermod; aussi ne peut-on se défendre d'une certaine défiance à l'égard des résultats positifs publiés par ces deux auteurs, quoique rien dans leur méthode de travail ne permette de suspecter l'exactitude de leurs observations. Dans ces conditions, il nous a paru nécessaire, en raison de l'importance pratique du sujet, d'en reprendre l'étude en nous entourant de toutes les garanties expérimentales désirables.

II

Nos recherches remontent à l'été 1899. Elles ont été exécutées en collaboration avec M. R. Stähelin (de Bâle), qui a bien voulu se charger de la partie analytique du travail. Le choix de la méthode a présenté quelque difficulté. Comme les dosages devaient être faits successivement, et dans des conditions identiques, dans la plaine et à la montagne, il ne pouvait être question d'employer les grands appareils de laboratoire permettant des observations prolongées. Nous avons donc dû nous résigner à choisir parmi les différents appareils plus ou moins portatifs, dont le défaut commun est de ne permettre que des observations de courte durée. Notre choix s'est arrêté sur l'appareil de Zuntz et Geppert, non pas modifié, comme celui qu'ont employé Schumburg et Zuntz pour leurs expériences à Zermatt et au mont Rose, mais bien à l'appareil primitif, dont nous avions déjà pu apprécier la précision et la commodité. Son transport, sans être facile, est cependant possible, avec quelques précautions, et surtout quand les voies de communication ne sont pas trop mauvaises. Son installation exige, il est vrai, un local spécial qui ne soit pas exposé à de trop brusques variations de température, condition difficilement réalisable dans une station alpestre à l'époque des vacances. Aussi avons-nous choisi comme station l'auberge du Chasseral, dans le Jura, à une altitude d'environ 1,600 mètres, qui est reliée à la plaine par une route carrossable, dont l'accès est relativement facile et où nous avons trouvé des locaux suffisants pour l'installation de notre laboratoire.

Parmi les causes capables de modifier les échanges gazeux, l'alimentation et le travail musculaire jouent le rôle le plus important et méritent d'être surveillés de près. Un troisième facteur, la température ambiante, a moins d'influence, ainsi que les travaux de Löwy (1), de Rubner (2) et de Riethus (3) l'ont démontré. Néanmoins, nous avons cherché à compenser par des vêtements plus chauds la différence entre la température élevée de la plaine et l'air frais et vif de la montagne. Le régime sévère qui nous était imposé par nos recherches sur les échanges protéiques excluait toute variation du côté de l'alimentation, et quant au travail musculaire, nous avons veillé soigneusement à ce que l'exercice fût sensiblement le même dans la plaine et à Chasseral. C'est ainsi que nous nous sommes interdit toute espèce de courses ou d'ascensions pendant notre séjour à la montagne, nous bornant à des promenades sur la crête à peu près horizontale du Chasseral. En outre, nous restions étendus pendant un quart d'heure sur une chaise-longue, dans un état d'immobilité complète, avant de commencer nos observations, de façon à éliminer complètement l'effet d'un exercice même modéré. Le programme de la journée était réglé d'une façon minutieuse et toujours le même : lever à six heures; à sept heures, observation de la respiration; à huit heures et demie, premier déjeuner; à onze heures, deuxième observation de la respiration; à midi, second repas; à trois heures, promenade; de quatre à cinq heures, repos; à cinq heures, troisième observation de la respiration; à sept heures, troisième repas; à neuf heures et demie, coucher. Entre temps, nous étions occupés aux travaux du laboratoire, à la confection de nos repas ou à lire. Nous croyons, dans ces conditions, avoir éliminé autant que possible les causes d'erreur qui auraient pu vicier nos résultats.

III

Notre expérience comprend six périodes d'observation : une première période de six jours à Bâle (du 16 au 21 août 1899), la période d'altitude au Chasseral (du 25 août au 3 septembre 1899), une seconde période à Bâle (du 6 au 11 septembre 1899). Les différences que présentèrent les chiffres obtenus dans cette troisième période avec ceux de la première nous engagèrent à poursuivre nos recherches jusqu'à ce que la respiration eût repris son type primitif. Dans ce but, nous avons fait encore trois séries de dosages des échanges gazeux : du 22 au 25 septembre 1899, du 21 au 29 décembre 1899 et du 13 au 16 novembre 1900. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, nos dosages, dans les trois premières périodes, ont été pratiqués le matin à jeun, puis à onze heures du matin et à cinq heures du soir. A jeun, nous avons toujours pris deux observations successives, tandis que nous n'avons fait qu'un dosage à onze heures et à cinq heures. Pour les trois dernières périodes, nos recherches ont porté exclusivement sur les échanges respiratoires *à jeun*, pour la bonne raison que nous avions repris notre existence ordinaire, et qu'un des facteurs essentiels de notre expérience, l'alimentation uniforme, venant à manquer, les dosages faits au milieu de la journée perdaient leur raison d'être.

Nous ne pouvons songer à entrer ici dans tous les détails de nos expériences, ce qui nous entraînerait à des développements incompatibles avec le cadre de cet article. Nous nous bornerons donc à exposer nos résultats dans leurs grandes lignes; pour cela, nous avons réuni dans le tableau ci-dessous les chiffres moyens obtenus dans différentes périodes; ils représentent, en ce qui concerne les observations recueillies à jeun, la moyenne de 12 observations pour la première période, de 20 pour la seconde, de 12 pour la troisième, de 8 pour la quatrième, de 14 pour la cinquième et de 8 pour la sixième.

En examinant les chiffres ci-dessus, nous voyons que le séjour à la montagne n'a eu aucun effet sur la *fréquence des mouvements respiratoires*. La légère diminution observée au Chasseral se maintint pendant les périodes suivantes; elle doit, à notre avis, être considérée comme un effet de l'accoutumance des poumons à respirer dans l'appareil.

La *ventilation pulmonaire* fut légèrement diminuée à la montagne, mais cette diminution est insignifiante en comparaison des variations observées au cours d'une série de dosages exécutés dans des conditions identiques. C'est ainsi que dans la première période, à Bâle, la ventilation pulmonaire a oscillé à jeun entre 6 litres 33 et 8 litres 28, et dans la seconde, au Chasseral, entre 6 litres 11 et 8 litres. Seule, la cinquième période présente une moyenne sensiblement plus faible que les autres; nous aurons à nous expliquer tout à l'heure sur ce point. La diminution de la ventilation pulmonaire est plus appréciable si l'on ramène tous les chiffres à la même pression et à la même température; dans ces conditions, elle descend de 6 litres 55, à Bâle, à 5 litres 52, au Chasseral, pour remonter immédiatement à 6 litres 57 après le retour dans la plaine.

Le *volume moyen d'une expiration* est en raison inverse du rythme respiratoire : il augmente à mesure que celui-ci diminue; mais, ici aussi, les variations sont de peu d'importance.

En somme, on peut dire qu'*à la montagne le mécanisme de la respiration ne diffère pas sensiblement au repos de ce qu'il est dans la plaine; la ventilation pulmonaire, loin d'augmenter, diminue plutôt légèrement, et, si l'on compare entre eux les chiffres ramenés à une même pression et à une température égale, on constate une diminution appréciable.*

Ce résultat concorde avec les observations de Mosso, qui a de même noté une diminution de la ventilation pulmonaire dans les hautes altitudes. Mais cette diminution est si faible qu'on ne saurait, croyons-nous, lui accorder une importance particulière, pas plus, du reste, qu'à la légère augmentation constatée par Mermod à Sainte-Croix et par Schumburg et Zuntz à Zermatt. Par contre, nos résultats diffèrent sensiblement de ceux de Veraguth, chez qui le changement de climat de Zurich à Saint-Moritz s'est traduit par une augmentation de la ventilation pulmonaire d'environ 30 %.

Mais les chiffres qui nous intéressent spécialement, au point de vue de l'étude des combustions organiques, sont ceux de l'oxygène absorbé et de l'acide carbonique produit. Ainsi que l'on peut s'en rendre compte dans le tableau ci-dessus, le passage de Bâle au Chasseral eut pour effet d'augmenter, à jeun, la consommation de l'oxygène de 8.8 % et la production de l'acide carbonique de 14.8 %. Une élévation analogue, quoiqu'un peu plus faible,

	Volume d'air expiré par minute (en litres) — réduction à 0° et à 760mm — avant	après	Fréquence de la respiration.	Volume d'une expiration (en c.c.)	Oxygène absorbé par min. à 0° et 760mm (en c.c.)	Acide carbonique produit par min. à 0° et 760 (en c.c.)	Quotient respiratoire.
A. — Observations à jeun (7 heures du matin).							
I. — Bâle, du 16 au 21 août 1899	7.54	6.55	17.1	441	227	179.5	0.791
II. — Chasseral, du 25 août au 3 sept. 1899.	7.06	5.52	15.8	447	247	206	0.839
III. — Bâle, du 6 au 11 septembre 1899	7.45	6.57	15.1	493	259	207	0.803
IV. — Bâle, du 22 au 25 septembre 1899	7.36	6.65	15	491	260	215	0.816
V. — Bâle, du 21 au 29 décembre 1899	6.57	5.97	16.7	393	233	187	0.799
VI. — Bâle, du 13 au 16 novembre 1900	7.23	6.40	15.8	458	219	168.5	0.775
B. — Observations à 11 heures du matin.							
I. — Bâle, du 16 au 21 août 1899	8.64	7.53	18.4	470	250	202.5	0.810
II. — Chasseral, du 25 août au 3 sept. 1899.	7.56	5.91	16.7	458	264	223	0.844
III. — Bâle, du 6 au 11 septembre 1899	8.56	7.52	17	504	299	232	0.781
C. — Observations à 5 heures du soir.							
I. — Bâle, du 17 au 21 août 1899	8.57	7.56	18.5	463	254	198.5	0.777
II. — Chasseral, du 25 août au 3 sept. 1899.	7.65	5.95	16.4	458	273	222	0.816
III. — Bâle, du 6 au 11 septembre 1899	8.21	7.19	15.5	504	289	225	0.780

(1) Löwy. Ueber den Einfluss der Abkühlung auf den Gaswechsel des Menschen; ein Beitrag zur Lehre von der Wärmeregulation. (*Arch. für die gesamte Physiol.*, XLVI, p. 189.)

(2) Rubner, *in* Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik de von Leyden. T. I, p. 60. Leipzig, 1898.

(3) O. Riethus. Beobachtungen über den Gaswechsel kranker Menschen und den Einfluss antipyretischer Medicamente auf denselben. (*Arch. f. experim. Path. u. Pharmakol.*, 1900, XLIV, 3-5, p. 239.)

est notée dans les observations faites à onze heures et à cinq heures. Si l'on ne considérait que les chiffres moyens consignés au tableau, on pourrait être porté à envisager l'augmentation observée à la montagne comme négligeable, étant donné que deux observations successives faites dans des conditions identiques peuvent présenter des différences tout aussi considérables. Cette objection perd de sa valeur si l'on tient compte de la série entière des chiffres de chaque période. Dans la première période (à jeun), les chiffres de l'oxygène ont oscillé entre 212 et 247 et ceux de l'acide carbonique entre 169.5 et 193.5; dans la seconde période, ils ont varié entre 210 et 270 pour l'oxygène et entre 180 et 229 pour l'acide carbonique, et dans la troisième période entre 240 et 308 pour l'oxygène et 190 et 223 pour l'acide carbonique. Notons que dans la seconde période, sur un total de 39 observations, nous n'avons eu que quatre fois des chiffres inférieurs à la moyenne de la période précédente pour l'oxygène; par contre, la quantité minima d'acide carbonique expiré, au Chasseral, ne s'abaissa jamais audessous de la moyenne de la période précédente. Ce n'est donc pas seulement d'une moyenne plus forte qu'il s'agit, mais d'un déplacement du chiffre minimum dans le sens positif. Dès lors, nous ne pouvons admettre que l'augmentation constante que nous avons observée au Chasseral soit uniquement un effet du hasard, d'autant plus que nous avons constaté un retour à l'état primitif à la fin de l'expérience. Enfin, un point qui a son importance est le suivant : la ventilation pulmonaire n'était pas augmentée au Chasseral, de sorte que nous n'avons pas de raison de rapporter l'élévation des combustions organiques que nous y avons notée à une plus grande activité des muscles de la respiration.

Nous avons vu que, sous l'influence du climat d'altitude, l'augmentation de l'absorption de l'oxygène n'est pas égale à celle de la production de l'acide carbonique. Cette dernière est plus forte, de sorte que le quotient respiratoire monte de 0.791 à 0.834. Donc, non seulement les combustions organiques sont activées à la montagne, mais leur nature y subit une modification. Ce changement n'est pas encore manifeste au bout de deux jours, mais au delà il s'accentue de plus en plus. Cette élévation du quotient respiratoire nous paraît un argument décisif contre l'opinion qui attribuerait au hasard l'augmentation de la production d'acide carbonique et de la consommation d'oxygène constatée par nous au Chasseral.

A notre retour dans la plaine, les combustions organiques ne diminuèrent pas de suite, ainsi qu'on aurait pu le supposer. Au contraire, nous remarquâmes pendant les premiers jours de la troisième période une légère élévation de la consommation d'oxygène. Ce fait paraîtra inexplicable à ceux qui ne voient dans l'action du climat d'altitude qu'une modification des conditions physiques de l'absorption de l'oxygène sous l'effet de la diminution de pression. Mais si l'on admet que l'effet du climat d'altitude se traduit par une réaction physiologique influençant la nutrition intime des organes, on comprendra que le résultat obtenu puisse persister même après que la cause a cessé d'agir. On a trop souvent confondu les effets de la pression diminuée artificiellement avec ceux des basses pressions naturelles, en oubliant que dans le premier cas la courte durée des expériences ne permet pas une adaptation de l'organisme aux conditions nouvelles; et des résultats négatifs des observations faites dans la cabine pneumatique, on a conclu hâtivement à une inaction analogue du climat d'altitude. Aron (1), le premier, a relevé la différence existant entre une expérience d'une demi-heure et l'observation d'un état stable se prolongeant pendant des jours. Les conditions physiques de l'absorption de l'oxygène peuvent ne pas être influencées d'une manière sensible; l'organisme n'en ressent cependant pas moins l'effet de la diminution de pression, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'augmentation du nombre des hématies et de l'hémoglobine.

Pendant les deux premiers jours de la troisième période, le quotient respiratoire fut inférieur à celui de la première période. Peu à peu, il remonta et atteignit de nouveau le chiffre noté à la montagne.

Le 11 septembre, au moment de terminer nos recherches sur les échanges protéiques, il nous parut évident que la réaction du climat d'altitude sur les combustions organiques était loin d'être terminée. Par comparaison avec les chiffres de la première période, nous avions encore à ce moment une augmentation sensible de la consommation d'oxygène et de la production d'acide carbonique. Dans ces conditions, nous jugeâmes nécessaire de poursuivre nos observations, mais seulement à jeun. La quatrième période (du 22 au 25 septembre 1899) nous ayant donné des résultats analogues à ceux que nous avions obtenus dans les deux périodes précédentes, nous avons répété nos observations trois mois plus tard, du 21 au 29 décembre de la même année. Pendant cette cinquième période, nous remarquâmes une diminution sensible de l'acide carbonique produit et de l'oxygène absorbé; aussi aurions-nous pu considérer la réaction comme terminée. Si cependant on tient compte de la diminution de la ventilation pulmonaire qui caractérise cette période, et si l'on corrige les chiffres qui s'y rapportent d'après les données de Löwy qui admet que chaque litre d'air respiré correspond à une absorption de 5 c.c. d'oxygène par minute, on voit que les résultats de cette cinquième période se rapprochent de ceux de la période précédente, sans cependant les atteindre. Nous avons recherché quelle pouvait bien être la cause de cette diminution insolite de la ventilation pulmonaire. Après avoir éliminé la possibilité d'une erreur d'analyse, nous avons constaté que la seule modification apportée à notre dispositif expérimental avait consisté dans un changement de chaise-longue. Nous nous étions servi dans nos premières expériences d'une chaise-pliant très commode, tandis qu'à la cinquième période nous avions une chaise longue comme celles dont on se sert dans les sanatoria pour la cure d'air. Par suite de la position relevée des jambes et d'une inclinaison différente du tronc, les mouvements respiratoires avaient pu être influencés de façon à diminuer d'ampleur tout en augmentant légèrement de fréquence.

En comparant entre eux les résultats obtenus dans les cinq premières périodes de notre expérience, nous sommes obligés d'admettre l'une des deux hypothèses suivantes : ou bien le climat d'altitude a eu pour effet d'activer les combustions organiques et la réaction s'est fait sentir encore trois mois après le retour dans la plaine, ou bien les chiffres de la seconde à la cinquième période sont des chiffres normaux, et, pour une raison inconnue, les chiffres de la première période étaient inférieurs à la moyenne normale. Cette dernière explication paraît peu vraisemblable, car le quotient respiratoire diminua à la cinquième période et redevint le même qu'au début de l'expérience. On admettra peut-être plus difficilement encore que l'influence du séjour à la montagne se prolonge pendant des mois. Mais si l'on veut bien observer que l'effet bienfaisant d'un séjour de vacances dans une station alpestre persiste chez nombre de personnes jusqu'au cœur de l'hiver, les symptômes de fatigue et de diminution de résistance n'apparaissant que vers le printemps, on est en droit de se demander si cette action n'a pas précisément sa source dans une régénération durable de certaines fonctions organiques.

Pour trancher la question, il nous a paru utile d'instituer une sixième période de recherches, qui nous permît d'éliminer avec certitude une influence même prolongée du climat d'altitude. Ces observations furent faites en novembre 1900, alors que plus d'un an s'était écoulé sans que nous eussions séjourné d'une façon prolongée à la montagne. Les résultats de cette dernière période furent identiques à ceux de la première (mois d'août 1899). Avec une ventilation pulmonaire de 7 litres 23 et 15,8 expirations à la minute, nous avons absorbé 219 c.c. d'oxygène et produit 168,5 c.c. d'acide carbonique; le rapport entre ces deux valeurs est donc de 0,775. Nous sommes, par suite, autorisé à considérer les chiffres de la première période comme représentant réellement les valeurs normales, ce qui revient à dire que les *combustions organiques sont activées par le séjour à la montagne, et que cet effet persiste un temps plus ou moins long après le retour dans la plaine.*

IV

Nos résultats sont la confirmation des recherches de Mermod et de Veraguth, qui, comme nous, ont trouvé une élévation de la production de l'acide carbonique à la montagne. L'augmentation constatée par Veraguth fut, il est vrai, beaucoup plus forte que celle que nous avons observée; la production d'acide carbonique s'est élevée de 35 % chez cet auteur, par suite du passage de Zurich à Saint-Moritz, tandis que pour nous, au Chasseral, elle n'a augmenté que de 10 à 14.8 % suivant l'heure des observations, et pour Mermod de 7.2 % seulement. Une autre analogie existe entre nos résultats et ceux de Veraguth. Cet observateur a, comme nous, constaté que l'augmentation de la production de l'acide carbonique persiste pendant un certain temps après le retour dans la plaine.

Pour se rendre un compte exact de la portée de nos conclusions, il est nécessaire de les rapprocher de nos recherches sur les échanges protéiques. Nous avons vu que le séjour à la montagne a pour effet de provoquer une rétention d'azote pouvant s'élever à 2 grammes en vingt-quatre heures. Cette rétention est synonyme de néoformation protoplasmique. L'état des combustions organiques dans un corps qui brûle moins de matières albuminoïdes et plus d'hydrates de carbone se traduit par une élévation du quotient respiratoire. On aurait tort cependant de vouloir rapporter le quotient respiratoire élevé que nous avons observé à la montagne uniquement à une destruction moindre des matières albuminoïdes, car une économie d'environ 12 gr. 50 centigr. d'albumine en vingt-quatre heures ne saurait influencer le quotient respiratoire d'une façon appréciable. Le résultat noté au Chasseral signifie que sous l'influence du climat d'altitude l'organisme brûle, relativement à la graisse et aux matières protéiques, une quantité plus grande d'hydrates de carbone; en d'autres termes, les combustions organiques sont plus actives à la montagne et, comme les albuminoïdes ne sont pas détruits en plus forte proportion, c'est aux hydrates de carbone que l'organisme demande le complément d'énergie dont il a besoin. Dans ces conditions, l'économie aura moins d'hydrates de carbone à sa disposition pour les transformer et les accumuler sous forme de graisse. Nous avons malheureusement dû, par suite des fortes transpirations provoquées par la grande chaleur dans la plaine, renoncer à établir le bilan des liquides, qui nous aurait été indispensable pour apprécier la nature des variations de poids observées au cours de l'expérience.

Nos recherches nous ont donc révélé l'existence de deux réactions, en apparence contraires, provoquées par le climat d'altitude; l'une se traduit par une diminution des échanges et une accumulation des matériaux azotés, tandis que l'autre se manifeste par une aug-

(1) Aron. Zur Ursache der Erkrankung in verdünnter Luft, *in* Festschrift Jul. Lazarus gewidmet, p. 53. Berlin, 1899.

mentation des combustions organiques aux dépens des aliments non azotés, et spécialement des hydrates de carbone. Cette constatation nous montre combien est compliquée l'action du climat d'altitude sur l'organisme et avec quelle prudence il faut procéder dans l'étude de ce facteur thérapeutique, en se gardant soigneusement de toute conclusion prématurée et de toute hypothèse ne s'appuyant pas sur des faits indiscutables.

A. Jaquet,
Professeur à la Faculté de médecine de Bâle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 25 juin et 2 juillet 1901.

Accidents pulmonaires consécutifs aux lésions du nez, de l'oreille et de la région rétro-pharyngienne.

M. Rendu lit, à l'occasion d'un travail de M. Martin du Magny (de Bordeaux), un rapport dont voici le résumé :

Il existe toute une catégorie d'affections bronchopulmonaires tenaces qui reconnaissent pour cause une suppuration du nez, de l'oreille ou de l'arrière-gorge. L'ensemencement direct de ce pus crée la maladie pulmonaire dont le microbe pathogène n'est autre que celui de la suppuration nasale ou auriculaire primitive.

Tantôt il est possible de suivre la filiation des accidents : coryza initial, puis angine, laryngite, trachéite, enfin bronchite; tantôt les étapes intermédiaires disparaissent, et d'emblée éclatent les manifestations bronchopulmonaires dont l'origine cesse d'être évidente.

Ces infections descendantes affectent toutes les formes possibles, depuis la toux quinteuse et coqueluchoïde jusqu'aux signes de la congestion pulmonaire, de la pneumonie lobaire et de la bronchopneumonie. Bien que leurs allures cliniques ne soient pas tout à fait celles de la tuberculose, il est très facile de les confondre avec cette dernière maladie; le diagnostic repose sur la constatation de deux faits :

En premier lieu, on note l'existence, dans les voies aériennes supérieures, d'un foyer de suppuration qui occupe soit le nez, soit l'oreille, soit les sinus frontaux ou maxillaires, et se révèle presque toujours par une traînée purulente descendant le long du pharynx et visible à l'inspection de la gorge;

En second lieu, la culture des sécrétions nasopharyngiennes et celle des crachats bronchopneumoniques fournissent des résultats identiques (présence d'un microbe pyogène et absence du bacille de la tuberculose).

Le décubitus latéral paraît constituer un facteur important de l'ensemencement du pus dans l'arbre bronchique, vraisemblablement par le fait de la déclivité. L'expérimentation confirme, du reste, cette pathogénie. En outre, il résulte des recherches de M. Martin du Magny que le poumon infecté correspond assez souvent au côté sur lequel le malade a l'habitude de se coucher.

Sur un microorganisme trouvé dans le plasma des syphilitiques.

M. L. Jullien. — Dans le sang et le sérum des syphilitiques récemment infectés, et non encore soumis au traitement spécifique, nous avons constaté, M. J. de Lisle et moi, la présence des corpuscules ronds, granuleux, très réfringents, qui y ont déjà été rencontrés par divers observateurs; mais nous n'avons obtenu aucun résultat positif dans nos essais de culture et d'inoculation de ces granulations, fait qui n'a rien de surprenant, car on sait depuis longtemps que le sang des syphilitiques, une fois coagulé, est inoffensif; cette particularité peut être expliquée par l'existence dans le sang après sa coagulation, c'est-à-dire dans le sérum, d'une *alexine* fortement bactéricide.

Aussi avons-nous poursuivi nos recherches sur le *plasma* lui-même, ainsi que sur la sérosité du vésicatoire (soit cantharidien, soit par le marteau de Mayor); nous avons pu nous assurer, en effet, que cette sérosité ne renferme jamais d'alexine.

Dans ces conditions, nous avons trouvé un microorganisme polymorphe, de forme bacillaire, présentant tous les intermédiaires entre la forme d'un bâtonnet court (de 5 à 8 μ de longueur et de 0 μ 15 à 0 μ 30 de largeur) et celle d'un filament très allongé; cette espèce microbienne, mobile, facile à colorer par tous les réactifs usuels, mais ne prenant pas le Gram, trouble le bouillon en vingt-quatre heures et y forme un voile au bout de quatre à cinq jours; elle liquéfie la gélatine, pousse très bien sur pomme de terre glycérinée et sur liquide amniotique, se développe également sur gélose et sur sérum solidifié; elle peut se multiplier aussi en milieu anaérobie, mais lentement.

L'aspect de ce microbe se modifie à mesure que les cultures vieillissent; au bout de dix jours environ, on n'observe plus que les corpuscules granuleux déjà signalés dans le sang des syphilitiques; à ce moment, le repiquage fait reparaître les caractères primitifs; après trente jours, les cultures semblent mortes; toutefois, le passage dans un sac leur rend leur vitalité.

L'injection de ce microorganisme dans le péritoine du cobaye détermine des paralysies, de l'amaigrissement, l'avortement et la mort en dix ou quinze jours; les animaux jeunes sont tués au bout de douze heures. Son inoculation sous-cutanée provoque l'apparition d'une plaque indurée, puis ulcérée, avec engorgement des ganglions de voisinage. A l'autopsie, le sang se montre toujours stérile. Chez les sujets syphilitiques, des essais d'inoculation soit par frottis, soit dans une plaie saignante, sont demeurés sans résultat.

Deux faits nous paraissent démontrer la spécificité de cet agent pathogène : d'une part, son agglutination par le sérum de syphilitiques en puissance d'accidents, agglutination que ne produit pas le sérum d'individus sains; d'autre part, la propriété qu'il possède de fixer l'alexine contenue dans le sérum des animaux vaccinés avec des produits syphilitiques, ce qui prouve l'existence d'une *sensibilisatrice* particulière.

Des variations de la pression sanguine chez les neurasthéniques.

M. de Fleury présente un certain nombre de graphiques destinés à montrer les variations de la pression sanguine, du pouls périphérique et de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine chez les neurasthéniques. Il résulte de l'examen de ces tracés que certains neurasthéniques ont de l'hypotension artérielle, les autres, au contraire, de l'hypertension. Les premiers sont, d'après l'orateur, des épuisés du système nerveux par surmenage, les seconds des intoxiqués (uricémiques, goutteux, demi-alcooliques, diabétiques, etc.). Tandis que le repos et les toniques suffisent à guérir les malades du premier groupe, c'est aux exercices physiques, au régime lacto-végétarien et aux diurétiques qu'on doit avoir recours chez les autres.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 juin 1901.

Sur la présence et la localisation de l'iode dans les leucocytes du sang normal.

MM. Stassano et **P. Bourcet.** — L'un de nous a montré l'an passé, avec M. Gley, qu'il existe normalement des traces d'iode dans le sang (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 226). Le but des présentes recherches a été de déterminer quelle est la partie du sang qui renferme ce métalloïde.

Dans ce but, nous avons saigné à blanc un chien non narcosé. Nous avons recueilli de la sorte près de 2 litres de sang; une moitié de ce liquide, rendue incoagulable par l'oxalate de soude, fut centrifugée; l'autre moitié fut d'abord défibrinée, puis également centrifugée.

La première portion se composait de 400 grammes de plasma, de 360 grammes d'hématies associées à de nombreux globules blancs, enfin des pellicules de leucocytes mélangées à quelques grammes de plasma et d'hématies. De ces divers éléments, les pellicules de leucocytes, malgré leur faible quantité, renfermaient 0 milligramme 020 d'iode; les hématies mêlées à des globules blancs en contenaient 0 milligramme 030.

Dans la seconde portion, nous avons trouvé 360 grammes de globules rouges et 280 grammes de plasma dont nous avons séparé les nucléo-albumines; or, il y avait 0 milligr. 015 d'iode dans ces nucléo-albumines, tandis que ce métalloïde faisait défaut dans le reste du plasma et n'existait qu'à l'état de traces indosables dans les hématies.

Ces expériences démontrent nettement que, de toutes les parties constitutives du sang, les leucocytes seuls renferment de l'iode.

Sur l'anesthésie locale en chirurgie dentaire à l'aide des courants de haute fréquence et de haute intensité.

MM. L.-R. Régnier et **G. Didsbury.** — Nous avons cherché à produire l'anesthésie locale nécessitée par les interventions dentaires au moyen de l'application, durant cinq minutes, de courants de haute fréquence et de haute intensité (de 100 à 150 milliampères). Nous avons pu nous assurer ainsi qu'une telle électrisation rend possible l'avulsion sans douleur des incisives et des canines; en ce qui concerne les molaires, les premières sont généralement bien anesthésiées, les dernières moins complètement. Une tentative de curettage de la dentine malade et un essai d'enlèvement du nerf dentaire n'ont pas donné de résultats probants.

M. Chauveau présente un appareil nasal à séparation du courant d'air expiré et du courant d'air inspiré, permettant le séjour dans une atmosphère contaminée par des gaz toxiques (oxyde de carbone, gaz d'éclairage, etc.).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 juin 1901.

Traitement chirurgical des ruptures traumatiques de la rate.

M. Guinard. — Vous m'avez chargé de vous rendre compte de deux interventions chirurgicales pour rupture de la rate, qui nous ont été communiquées, l'une par M. Mauclaire, et l'autre par M. Véron (médecin militaire).

Dans le premier cas, c'est seulement au deuxième jour que se manifestèrent des signes d'hémorrhagie interne; la laparotomie permit à M. Mauclaire de pratiquer la splénectomie, qui fut suivie de guérison.

Quant à M. Véron, il est intervenu vingt-quatre heures après l'accident; ayant trouvé un épanchement sanguin considérable, il a fait également la splénectomie. L'opéré a succombé au dixième jour, et l'autopsie a démontré l'existence de lésions viscérales qui ont pu contribuer à l'insuccès de l'intervention. On peut regretter, je crois, que l'opération n'ait pas été immédiate, car notre confrère, trois heures après l'accident, avait vu le blessé qui présentait déjà une contracture très nette des muscles de la paroi abdominale. J'ajoute que M. Véron a pratiqué un grand lavage de la cavité péritonéale; à mon avis, on doit plutôt s'abstenir de cette manœuvre.

M. Demoulin. — Dans un cas de rupture traumatique de la rate publié dans la thèse de M. Vanverts, les signes d'hémorrhagie interne n'ont apparu d'une façon évidente que quatre jours après l'accident. J'ai fait la splénectomie, mais l'opéré est mort avec des symptômes de septicémie péritonéale.

Tumeurs du corps thyroïde.

M. Ricard. — J'ai eu 3 fois l'occasion d'intervenir pour des néoplasmes du corps thyroïde sur la nature desquels je ne suis pas encore fixé, malgré l'examen des pièces que j'ai eues à ma disposition. C'est ainsi que, dans un cas récent, je croyais avoir affaire à un cancer du corps thyroïde; à l'opération, je trouvai, en effet, une tumeur diffuse, adhérant à toutes les parties voisines, si bien que j'eus quelques craintes de ne pouvoir l'enlever; je parvins cependant à la libérer, en réséquant, d'un côté, une partie de la carotide primitive et du pneumogastrique; la guérison se fit sans autre incident qu'une fistule lymphatique momentanée, due vraisemblablement à une blessure du canal thoracique ou d'un tronc lymphatique volumineux. A ma grande surprise, l'examen histologique montra qu'il s'agissait, non pas d'une tumeur maligne, comme je le supposais, mais d'un simple fibrome ne renfermant aucune trace de tissu thyroïdien.

J'ai observé deux autres cas tout à fait identiques, où j'ai porté également le diagnostic de cancer, notamment chez un malade de Verneuil dont j'ai publié l'observation il y a quelques années, parce que l'ablation de la tumeur avait nécessité la suture du tronc brachio-céphalique veineux.

Traitement du prolapsus du rectum.

M. Delorme. — En ce qui concerne l'opération que je préconise pour le traitement du prolapsus du rectum, aux 7 faits cités par M. Delbet dans la dernière séance, il faut en ajouter deux autres, suivis de succès; l'un a été relaté par M. Tuffier au cours de la même séance (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 211); l'autre concerne un malade de M. Reynier. L'opération, dans ce cas, ne s'est pas faite sans difficultés, en raison de conditions mauvaises créées par une intervention antérieure; j'ai pu réséquer 15 centimètres de muqueuse, et le résultat a été excellent, car le prolapsus est radicalement guéri et l'incontinence des matières a complètement disparu. En résumé, sur un total de 9 interventions, on compte 2 décès seulement et 7 succès parfaits.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juin 1901.

Cancer primitif des grosses bronches.

M. Pierre Merklen communique, en son nom et au nom de M. Girard, l'observation d'un homme de quarante-cinq ans qui fut pris, au mois d'août dernier, de dyspnée, puis de quintes de toux et d'accès de suffocation, enfin de cornage et de dysphagie. C'étaient là les signes d'une sténose des voies aériennes supérieures, et l'on eût pu penser à un rétrécissement cancéreux du larynx ou de la trachée, si l'examen du thorax n'avait révélé, à droite, une matité complète avec exagération des vibrations vocales, l'absence du murmure respiratoire à la partie supérieure du poumon et des râles bulleux à la base.

Le malade étant mort subitement dans un accès de suffocation vers la fin de mars, l'autopsie montra un épithélioma métatypique primitif de la grosse bronche droite, sous forme d'un bourgeon polypeux qui obstruait en grande partie le canal bronchique et faisait saillie dans la trachée. Le poumon du même côté était envahi par des noyaux cancéreux secondaires et entouré d'une coque pleurétique épaisse.

Cette observation reproduit la symptomatologie du cancer primitif des bronches, telle qu'elle ressort des rares cas jusqu'à présent publiés. C'est une combinaison des signes de la sténose des voies aériennes supérieures et du cancer pulmonaire, le poumon qui correspond à la bronche atteinte étant d'ordinaire secondairement intéressé, au fur et à mesure que les mucosités bronchiques s'accumulent en arrière de la tumeur.

Traitement de la sciatique par des injections épidurales de cocaïne.

M. Souques. — Une femme de soixante-quatre ans, souffrant depuis plusieurs mois d'une sciatique droite, fut traitée par une injection épidurale de 0 gr. 02 centigr. de cocaïne. La douleur disparut immédiatement, mais pour revenir au bout de deux ou trois jours. Quatre jours après, la malade souffrant comme auparavant, on fit une seconde injection épidurale de 0 gr. 02 centigr. de cocaïne. La douleur céda encore immédiatement, et cette fois d'une façon définitive, car depuis cinq semaines elle n'a pas reparu.

Cette observation semble plaider en faveur de l'action directe de la cocaïne sur les racines postérieures. D'une part, l'analgésie fut instantanée; d'autre part, la patiente présentait, en même temps que sa sciatique, une hémiparésie gauche douloureuse avec fourmillements et picotements assez vifs. Or, ces derniers phénomènes, d'origine cérébrale, n'ont été nullement modifiés par l'action de la cocaïne, tandis que la névralgie sciatique a disparu immédiatement.

M. Widal. — Les injections intra-arachnoïdiennes doivent être utilisées seulement pour l'analgésie chirurgicale; elles seules peuvent empêcher la « douleur au couteau ». Quant aux injections épidurales, il faut les réserver aux douleurs spontanées, celles de la sciatique, par exemple; elles ont l'avantage de ne pas provoquer de réaction au niveau des méninges et de ne déterminer aucun des accidents (céphalée, vomissements, etc.) qu'on observe parfois à la suite des injections intrarachidiennes. On peut donc les répéter sans aucun danger aussi souvent qu'il est nécessaire.

M. Achard. — Je ne crois pas qu'il y ait d'inconvénients à renouveler 3 ou 4 fois une injection intra-arachnoïdienne de cocaïne chez le même malade, à la condition de n'injecter chaque fois qu'une petite quantité de substance active, 0 gr. 01 centigr. par exemple. Dans ces conditions, on n'observe généralement pas de modifications dans le nombre des éléments contenus dans le liquide céphalo-rachidien. Du reste, il ne me paraît pas démontré que la réaction consécutive à l'injection de cocaïne dans la cavité sous-arachnoïdienne soit un phénomène défavorable; c'est peut-être grâce à elle que se produisent les effets analgésiques que l'on recherche quand on pratique ces injections.

Quoi qu'il en soit, il m'a semblé jusqu'ici que l'analgésie par injection intra-arachnoïdienne est plus durable et plus complète que celle que déterminent les injections épidurales.

Hémorrhagie intestinale mortelle au cours d'un mal de Bright.

M. Souques. — J'ai observé récemment un malade de cinquante-huit ans, ayant eu, au cours d'une néphrite chronique, des accidents urémiques légers.

Cet homme succomba subitement, et c'est seulement en faisant son autopsie que l'on découvrit la cause de cette mort inopinée : l'iléon renfermait une grande quantité de sang qui n'avait pas eu le temps de se faire jour au dehors. L'examen le plus attentif de la muqueuse intestinale ne montra aucune trace d'ulcérations ni d'exulcérations. L'hémorrhagie s'était faite en nappe, d'une façon profuse.

Les hémorrhagies intestinales survenant au cours du mal de Bright sont rares. Elles se présentent sous deux formes : la dysenterie brightique et l'hémorrhagie intestinale proprement dite. Celle-ci est due tantôt à une ulcération et tantôt à l'élimination de substances toxiques par la muqueuse de l'intestin; on sait, en effet, que l'injection de toxines microbiennes détermine souvent, chez les animaux, des entérorrhagies. Toutefois, cette élimination de toxines ne semble pas être le seul facteur des hémorrhagies au cours du mal de Bright; il est probable qu'il faut aussi faire intervenir l'hypertension vasculaire, l'altération des parois capillaires et une adultération chimique du sang, empêchant l'hémostase.

Syphilide pigmentaire.

M. Balzer présente, en son nom et au nom de M. Barcat, une femme qui est atteinte de syphilide pigmentaire.

La particularité intéressante de ce fait, c'est la persistance, au centre des espaces leucodermiques, d'éléments maculo-papuleux entourés d'une zone achromique régulière, à la périphérie de laquelle la mélanodermie forme un réseau en mailles plus ou moins larges. Sur beaucoup de points, les maculo-papules ont disparu, mais elles sont encore très accentuées au cou, et la disposition de la mélanodermie est manifestement commandée par leur localisation.

Exostose douloureuse de la table interne de l'occipital.

M. Galliard relate l'observation d'une femme de trente-six ans, phtisique et rachitique, qui se plaignait d'une névralgie occipitale violente localisée à droite. A l'autopsie, on constata, au niveau de la fosse cérébelleuse droite, c'est-à-dire en un point correspondant au siège de la douleur pendant la vie, une exostose de la table interne de l'occipital. La syphilis ne pouvant être incriminée chez cette malade, l'orateur pense que cette exostose crânienne était sous la dépendance du rachitisme.

Malformations congénitales du cœur.

M. Bergouignan présente, au nom de M. Huchard et au sien, le cœur d'une femme de trente-deux ans, d'aspect infantile, qui succomba à des accidents urémiques. L'examen de ce cœur montre l'existence, entre les deux oreillettes, d'une large communication — laquelle avait, du reste, été diagnostiquée pendant la vie — et d'un rétrécissement mitral avec aplasie de tout le système aortique.

Crises de contractures au cours d'une hémiplégie spasmodique.

M. Decloux montre, au nom de M. Triboulet et au sien, un homme d'une trentaine d'années qui a des crises de contracture localisée aux membres supérieur et inférieur du côté droit. Au membre supérieur, ces crises débutent par la main, qui se fléchit sur l'avant-bras, lequel à son tour se fléchit sur le bras. Bien que ces mouvements ressemblent assez à ceux de l'athétose, l'orateur croit cependant qu'il s'agit plutôt d'une hémiplégie spasmodique en voie d'évolution.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 juin 1901.

A propos des variations de la coagulabilité du sang au cours d'une même hémorrhagie.

M. Milian. — Les faits que M. F. Arloing a communiqués au cours de la précédente séance ne controuvent nullement l'hypothèse que j'ai proposée, à savoir l'influence de la peau sur les variations de la coagulabilité du sang. En effet, cet expérimentateur a étudié le sang provenant d'une soustraction sanguine abondante (ponction de la jugulaire avec une canule), tandis que j'ai opéré sur le sang recueilli goutte à goutte après piqûre d'un doigt. Avec la technique employée par M. Arloing intervient un nouveau facteur, l'augmentation de coagulabilité de la masse totale du sang que détermine toute perte sanguine considérable et qui est un véritable processus de défense de l'organisme; il n'y a rien de semblable dans les hémorrhagies par piqûre, où la réaction d'hypercoagulabilité est purement locale; et si c'est précisément avec le sang recueilli au début de la saignée que M. Arloing a observé la rétractilité du caillot, c'est que ce sang se charge de tous les sucs que la canule a recueillis en traversant les tissus.

Au reste, le pouvoir coagulant de la peau n'est qu'un cas particulier d'une propriété commune à nombre de tissus et de sécrétions, comme l'ont montré les recherches de M. Delezenne sur les parois vasculaires et celles de M. Charrin sur le mucus.

Il résulte de ces faits, comme je l'ai déjà indiqué dans une précédente communication (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 188), que la technique employée actuellement pour l'étude de la coagulation du sang est défectueuse. Voici celle que je propose :

Dans une première opération, qu'on peut désigner sous le nom de *coagulation dissociée* ou *sur lame*, on recueille séparément, sur des lames de verre, chacune des gouttes qui composent une hémorrhagie provoquée par la piqûre du doigt. On connaît ainsi les temps de coagulation de chacune de ces gouttes; mais il importe de retenir seulement les chiffres relatifs à la première et à la dernière goutte de l'hémorrhagie spontanée, ainsi que ceux qui concernent la première goutte obtenue par pression du doigt après la cessation de l'hémorrhagie et la goutte qui se coagule le plus lentement. On note encore la durée de la perte sanguine, le nombre de gouttes fournies, la forme ou la rapidité de l'hémorrhagie dont on peut tracer la courbe.

Pour la deuxième opération, ou *coagulation en éprouvette*, on place le sang fourni par une deuxième piqûre dans un nombre d'éprouvettes proportionnel à l'abondance de l'hémorrhagie provoquée par la première piqûre; de cette façon, on ne risque pas de laisser passer inaperçu le phénomène de l'irrétractilité du caillot.

Du traitement de certaines formes de mal de Pott par les injections épidurales d'huile iodoformée.

M. Mauclair. — Après m'être assuré expérimentalement que les injections épidurales d'huile ou de vaseline iodoformées, pratiquées par la voie sacro-coccygienne, pénètrent jusque

dans la région dorsale du canal vertébral, j'ai pensé que cette médication pourrait être employée avec avantage dans certains cas de carie vertébrale communiquant avec le canal rachidien. Les résultats que j'ai déjà obtenus chez quelques malades, sans être décisifs, puisqu'il faudrait pour cela pouvoir mettre sous vos yeux des vertèbres atteintes de carie en voie de cicatrisation, semblent plutôt favorables à ce mode d'intervention.

M. Laveran ne croit pas que ces injections soient appelées à rendre de réels services dans le mal de Pott. On ne comprend pas, en effet, comment le médicament introduit par la voie épidurale pourrait, quelle que soit sa dissémination, arriver au contact de la lésion, celle-ci étant toujours séparée du canal rachidien par des épaississements osseux et fibreux souvent considérables.

De l'état des organes hématopoiétiques dans la cyanose congénitale.

M. Weil. — En pratiquant l'autopsie de deux fillettes respectivement âgées de deux ans et de quatre ans, atteintes de cyanose congénitale avec hyperglobulie, nous avons trouvé chez l'une la rate normale, tandis que chez l'autre cet organe était très volumineux. En outre, il existait, chez toutes les deux, de la congestion de la moelle des os avec prolifération notable et une hypertrophie du thymus. Les ganglions étaient normaux.

Il semble résulter de ces faits que les organes hématopoiétiques réagissent dans la cyanose pour produire l'hyperglobulie, mais que leur participation n'est ni uniforme, ni constante, comme l'a déjà signalé M. Vaquez. Microscopiquement, nous avons constaté dans tous les organes, et surtout dans le thymus, une transformation du tissu conjonctif en tissu muqueux; ce tissu, ainsi proliféré et rajeuni, contenait de nombreuses cellules vasoformatives où se développaient des hématies. Nulle part l'importance de la néoformation capillaire n'était aussi considérable que dans le thymus, dont les coupes ressemblaient à celles d'un angiome.

Incoagulabilité du liquide d'une hémarthrose.

MM. Tuffier et **Milian.** — Nous venons d'observer un cas d'hémarthrose traumatique du genou dont le liquide, recueilli au bout de trente-six heures, était incoagulable; et cependant cet épanchement était bien du sang, ainsi qu'en témoignaient son apparition immédiate après l'accident et sa composition histologique (5,100,000 hématies et 9,000 leucocytes par millimètre cube).

Rapprochant ce fait de nos constatations antérieures sur d'autres séreuses, telles que la plèvre, nous croyons pouvoir en conclure que les endothéliums en général possèdent des propriétés anticoagulantes.

Formule cytologique des pleurésies par infarctus chez les cardiaques.

MM. Barjon et **Cade** (de Lyon). — Nous avons eu récemment l'occasion d'étudier le liquide de deux pleurésies survenues à la suite d'infarctus pulmonaires chez des cardiaques artérioscléreux.

Nous avons remarqué que la formule cytologique de cette sérosité diffère de celle de l'hydrothorax par sa richesse en éléments figurés et par l'abondance des polynucléaires. Elle se rapproche de celle de la pleurésie pneumonique, parce que l'infarctus crée une réaction locale (hépatisation ou congestion) et infecte la plèvre.

Il est donc possible, même en l'absence de signes cliniques, de savoir si un épanchement pleural survenant chez un cardiaque est un hydrothorax simple ou une pleurésie inflammatoire par infarctus : l'examen cytologique du liquide pleural suffit à trancher ce diagnostic.

Pouvoir amylolytique du sérum.

MM. Achard et **Clerc.** — Ayant examiné à ce point de vue 57 sérums humains, nous avons vu que l'abaissement du pouvoir amylolytique du sang est d'un pronostic extrêmement grave. En effet, de 15 sujets chez lesquels ce pouvoir était très affaibli, 13 sont morts rapidement.

Dans le diabète, on trouve toujours une légère diminution de l'activité amylolytique, fait constaté déjà par M. Lépine chez l'homme et par M. Kaufmann chez les animaux.

Expérimentalement, nous avons observé que la pilocarpine augmente d'une façon manifeste le pouvoir amylolytique du sérum.

Action de l'urée sur les cultures de bacille de Koch et sur l'évolution de la tuberculose expérimentale.

M. Rappin (de Nantes). — Partant de ce fait d'observation que le terrain arthritique n'est pas facilement tuberculisable, j'ai fait des ensemencements de bacille de Koch sur du bouillon de veau glycériné à 4 % et contenant des proportions variables d'acide urique, d'urate de soude ou d'urée.

J'ai pu m'assurer que l'action de l'acide urique est nulle : la végétation est aussi active dans les ballons additionnés de cette substance que dans les témoins; la même observation s'applique à l'urate de soude. Par contre, dans le bouillon renfermant de l'urée, le développement des bacilles est insignifiant.

J'ai tenté d'appliquer ces données au traitement de la tuberculose du cobaye. Parmi les animaux que j'ai soumis à des injections d'une solution titrée d'urée, deux au moins ont présenté une amélioration des plus notables.

Anesthésie gustative et hypoesthésie tactile de la langue par lésion de la corde du tympan.

MM. Vaschide et **Marchand.** — Chez une jeune fille dont la membrane du tympan avait été détruite par une suppuration chronique de l'oreille gauche, nous avons constaté l'existence non seulement d'une agueusie complète dans les deux tiers antérieurs de la moitié gauche de la langue, mais aussi d'une diminution très notable de la sensibilité tactile du même côté.

Ce fait démontre que la corde du tympan contient, comme le glosso-pharyngien, des filets de la sensibilité générale, et que ces deux nerfs peuvent transmettre à des degrés divers, non seulement toutes les saveurs, mais aussi les impressions tactiles. C'est là une confirmation des idées de M. Mathias Duval, qui admet que le nerf de Wrisberg et le glossopharyngien se terminent dans un même noyau du bulbe.

De l'élargissement du pied pendant la marche.

M. Ferrier. — Lorsqu'on étudie par la radiographie l'élargissement de la partie antérieure du pied pendant la marche, on remarque que cet élargissement est dû surtout à l'écartement des pièces du squelette. Nous l'avons vu atteindre, dans un cas, 9 millimètres au niveau de la tête des métatarsiens, et 16 millimètres au niveau des orteils.

Ce phénomène est probablement destiné à atténuer les vibrations produites par la marche, et peut-être aussi à augmenter la stabilité du corps pendant la période du point d'appui.

On comprend aisément qu'en s'opposant au déplacement des pièces du squelette plantaire, les chaussures mal faites puissent provoquer des malformations ou lésions variées, telles qu'arthrites, déviations, chevauchements d'orteils, etc. En outre, lorsqu'il s'exagère sous certaines influences (fatigue, faux pas), ce déplacement peut être l'origine de fractures du métatarse, comme il est si fréquent d'en observer chez les soldats après de longues marches.

L'absorption des toxines et agglutinines injectées au niveau des voies respiratoires.

M. Rehns. — J'ai introduit dans les voies respiratoires de lapins et de cobayes une dose de toxine diphtérique mortelle par la voie sous-cutanée. Les animaux ont succombé dans le même temps qu'après une injection hypodermique; dans la plupart des cas, il eût été difficile de déterminer, d'après les lésions locales trouvées à l'autopsie, la porte d'entrée du poison.

Les poumons ne s'opposent pas davantage au passage des sérums antitoxiques ou agglutinants, car le sang des animaux acquiert rapidement les propriétés du sérum injecté.

Enfin, par l'injection intrapulmonaire du produit de centrifugation de 25 c.c. d'une culture en bouillon de bacille d'Eberth datant de vingt-quatre heures, on voit apparaître au bout de dix jours, dans le sérum, des propriétés agglutinatives nettes; introduit dans l'estomac, la même substance ne confère, au contraire, aucune qualité nouvelle au sérum.

MM. Cassaët et **Saux** (de Bordeaux) envoient une note relative à la toxicité du suc gastrique normal comparée à celle de la macération de viande.

ÉTRANGER

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 29 juin 1901.

Les fièvres d'Europe dans les pays chauds.

M. Firket. — Dans une précédente communication, j'ai montré les ravages que cause la *variole* chez les indigènes des pays chauds (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 127); il est à noter que, malgré la fréquence des formes graves, confluentes, hémorrhagiques, etc., les récidives y sont plus fréquentes qu'en Europe. La diffusion de la maladie est facilitée par l'incurie, l'absence d'isolement sérieux, l'abondance des mouches qui transportent le virus variolique comme elles propagent les ophtalmies. La pratique de la variolisation préventive contribue plutôt à étendre la contagion qu'à l'enrayer, ainsi qu'on a pu s'en assurer en Algérie, au Sénégal, etc.; cette méthode, encore usitée en Chine, tend de plus en plus à y être remplacée par la vaccination, mais il est plus difficile de la déraciner dans les pays musulmans.

En ce qui concerne la vaccination, une des difficultés que rencontre son application réside dans l'altération assez rapide du vaccin animal expédié d'Europe; sur les grands paquebots pourvus de glacière, la conservation est facile, mais l'activité du produit se perd vite quand il doit être transporté par voie de terre. C'est ainsi qu'au Congo belge, on obtient, avec le vaccin expédié de Bruxelles, 94 % de succès à Léopoldville, cité située à 400 kilomètres du point terminus de la navigation maritime, parce que le chemin de fer franchit cette distance en deux jours, tandis que sur le haut Congo et au Tanganika, régions desservies par des voies lentes, on n'arrive que rarement à de bons résultats. De là, l'utilité des stations vaccinogènes établies par diverses puissances européennes (France, Angleterre, Belgique, Hollande) dans certaines de leurs colonies.

Une particularité intéressante de l'histoire de la vaccine est la courte durée de l'immunité qu'elle confère dans les pays chauds; c'est ainsi que M. A. Plehn déclare que, pour les indigènes des colonies allemandes où il a fait ses observations, cette immunité ne persiste guère plus de deux ans. Quoi qu'il en soit, les effets de la vaccination n'en ont pas moins été très favorables dans l'Indo-Chine française, où ils se sont traduits par une augmentation sensible de la population.

Outre le paludisme et les fièvres éruptives, les *pneumococcies* jouent un grand rôle dans la pathologie coloniale, surtout parmi les indigènes, et notamment les nègres. Non seulement la pneumonie est fréquente chez eux, mais elle a une tendance manifeste à se généraliser aux diverses séreuses, envahissant presque toujours la plèvre, souvent le péricarde et les méninges. On a signalé aussi, notamment au Sénégal, des méningites cérébro-spinales à pneumocoques, sans lésion pulmonaire antérieure. Ces infections affectent souvent une marche insidieuse, avec symptomatologie peu bruyante, rappelant ainsi les allures de notre pneumonie des vieillards; même des lésions étendues de méningite peuvent rester latentes presque jusqu'à la mort.

Quant au *rhumatisme*, il est relativement commun dans les pays chauds et humides; chez les Européens, il se présente parfois sous la forme de polyarthrites aiguës ayant peut-être plus de tendance aux complications cardiaques et aux récidives qu'en Europe; néanmoins, dans la plupart des cas, les attaques sont légères. Les indigènes sont fréquemment atteints de « rhumatismes » abarticulaires, subaigus ou chroniques; mais il est probable que beaucoup de douleurs vagues désignées sous ce nom relèvent de ces

polynévrites tropicales que l'on englobe sous le nom de béribéri et dont l'étiologie est encore si obscure.

Enfin, un grand nombre de pyrexies non paludéennes des colonies dépendent d'infections intestinales, qu'il s'agisse du *catarrhe fébrile banal* ou de la vraie *fièvre typhoïde*. Celle-ci a été longtemps méconnue et qualifiée de fièvre palustre continue ou rémittente. Toutefois, à mesure que l'on étudie mieux les fièvres des pays chauds, on tend à faire la part plus grande aux colibacilloses et à l'infection éberthienne. Il faut reconnaître, d'ailleurs, que le diagnostic est parfois rendu difficile par l'évolution anormale de la maladie, dont le début souvent brusque éloigne tout d'abord l'idée d'une fièvre typhoïde; la marche de la température peut aussi s'écarter singulièrement du schéma classique; enfin, les phénomènes abdominaux sont fréquemment peu marqués et les lésions intestinales peuvent, à l'autopsie, se trouver réduites au minimum. Cependant, il ne saurait y avoir de doute pour les cas où l'on a pratiqué soit la recherche du bacille d'Eberth, soit le séro-diagnostic.

Quant à la *fièvre sudorale* ou *fièvre ondulante de Malte*, elle paraît bien différente des formes sudorales de la vraie dothiénentérie; l'étendue de son aire de distribution, qui semble assez grande, impose une étude plus complète de cette affection.

Le typhus exanthématique, la fièvre récurrente, ne jouent, sauf exception — comme dans les épidémies d'Algérie —, qu'un rôle secondaire dans la pathologie des pays chauds.

Dr Keiffer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Valeur clinique de la réaction de Haycraft pour la recherche des principes biliaires dans les urines, par MM. A. Chauffard et F.-X. Gouraud.

La présence de principes biliaires dans l'urine ayant pour effet de modifier la tension superficielle de ce liquide, Haycraft a imaginé un procédé destiné à déceler la cholurie, et qui consiste à faire tomber à la surface de l'urine un peu de fleur de soufre; celle-ci gagne le fond du vase quand le liquide contient de la bile, tandis qu'elle surnage dans le cas contraire.

MM. Chauffard et Gouraud viennent de faire une série d'expériences ayant pour but de contrôler la valeur de cette méthode. Ils ont d'abord déterminé sa sensibilité en se servant de solutions titrées (soit aqueuses, soit urinaires) de glycocholate de soude : ils ont pu s'assurer ainsi que la réaction est encore positive avec une solution au vingt-millième dans l'eau distillée, voire même avec une solution au quarante et au cinquante-millième dans l'urine. Au contraire, la réaction de Pettenkofer cesse d'être sensible avec des solutions de titre inférieur à 1 ‰.

De plus, autant que la faible solubilité de la bilirubine a permis aux auteurs d'en juger, cette substance aurait sur la fleur de soufre un pouvoir précipitant très faible mais certain, de sorte que le procédé de Haycraft permettrait de déceler à la fois les sels et les pigments biliaires.

A côté de ces recherches de laboratoire, MM. Chauffard et Gouraud ont institué une série d'investigations cliniques qui ne furent pas moins concluantes; en effet, non seulement la réaction en question a été positive dans 7 cas d'ictère de cause diverse, mais encore les urines de 20 sujets sur 50 pris au hasard précipitèrent le soufre : or, chez ces 20 malades, le spectroscope ou le procédé de Salkowski montrèrent qu'il existait des quantités minimes de pigments biliaires.

Les auteurs concluent donc que la réaction de Haycraft peut rendre de grands services en clinique, car elle est beaucoup plus sensible que les méthodes de Gmelin ou de Pettenkofer, et elle est aussi précise que celle de Salkowski, quoique d'application infiniment plus simple que cette dernière. Toutefois, il importe d'éviter certaines causes d'erreur : ainsi, la fermentation ayant pour effet de fausser les résultats, il faut agir sur des urines fraîchement émises ou, si ce n'est pas possible, additionnées aussitôt après leur émission de cyanure de mercure, substance qui, tout en ayant un pouvoir antiseptique considérable, est sans action sur la précipitation du soufre; en outre, il faut considérer la réaction comme terminée au bout de cinq minutes, la chute du soufre au fond du vase, après ce délai, n'ayant plus de valeur; enfin, on ne doit pas oublier que certains médicaments qui s'éliminent par l'urine, tels que le phénol et le chloroforme, ont par eux-mêmes une action précipitante très nette, de sorte que la méthode de Haycraft ne saurait être utilisée chez les sujets soumis à l'administration de ces médicaments. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai 1901.) — F. F.

Sur un cas de rhumatisme articulaire aigu avec endopéricardite, pleurésie, congestion pulmonaire, rhumatisme cérébral et hémichorée, chez un enfant de onze ans, par MM. E. Ausset et Vincent.

Le fait relaté dans le présent travail mérite d'être rapporté, d'abord en raison de la rareté relative des troubles cérébraux au cours du rhumatisme infantile, et ensuite à cause du grand nombre de complications graves qui se succédèrent dans ce cas, sans empêcher, d'ailleurs, la guérison.

Il s'agit d'un garçon de onze ans, atteint pour la seconde fois de rhumatisme articulaire aigu; au sixième jour, et bien que le traitement salicylé eût été institué dès le début, un frottement péricardique et un peu de dyspnée signalèrent le début des troubles cardiaques; le lendemain, l'endocarde était à son tour intéressé, car on percevait, à l'auscultation de la pointe, un souffle nettement systolique, se propageant vers l'aisselle et parfaitement distinct du frottement péricardique. Deux jours plus tard, on constatait les signes très nets d'un épanchement pleurétique double, remontant à gauche jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, mais n'ayant que quatre ou cinq travers de doigt de hauteur à droite.

Le jour suivant, des complications cérébrales apparaissaient sous forme d'un délire violent, puis, le lendemain, de prostration avec dilatation pupillaire, injection des conjonctives, etc.; à ce moment, les fluxions articulaires avaient disparu; les signes d'auscultation du cœur ne s'étaient pas modifiés; quant à l'épanchement pleurétique, il avait diminué à gauche, mais fort augmenté à droite; c'est alors que commença une congestion pulmonaire double, plus étendue toutefois à gauche; enfin, quelques jours plus tard, alors que celle-ci avait rétrocédé ainsi que les troubles cérébraux, débuta une hémichorée très intense, strictement localisée au côté gauche.

Après cette série d'épreuves, le petit malade s'achemina rapidement vers la guérison; les secousses choréiques diminuèrent peu à peu d'intensité et disparurent à leur tour, au bout d'une quinzaine environ. A l'heure actuelle, il ne subsiste plus, comme trace de cette grave infection, qu'un souffle systolique très net, traduisant l'insuffisance mitrale. (*Echo méd. du Nord*, 7 avril 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De la sensibilité de la cavité abdominale et de l'anesthésie locale et générale dans les opérations sur l'abdomen, par M. Lennander.

Il n'existait jusqu'à présent aucune étude détaillée sur la sensibilité du péritoine, question cependant importante au point de vue de la technique des interventions abdominales sans anesthésie générale. M. Lennander vient de combler cette lacune, en publiant les résultats d'observations qu'il a faites à ce sujet au cours d'un certain nombre d'opérations sur l'abdomen. Il arrive à la conclusion que le péritoine viscéral, y compris le revêtement péritonéal du mésentère, ne présente aucune sensibilité thermique ni douloureuse. Il a fait une constatation analogue en ce qui concerne la muqueuse de l'intestin et celle de la vésicule biliaire.

Le péritoine pariétal possède, au contraire, une sensibilité tactile et douloureuse très développée, mais il paraît dépourvu de sensibilité thermique. Toute tension exercée sur cette partie de la séreuse péritonéale produit une vive douleur; il en est de même de l'introduction, dans la cavité abdominale, de compresses touchant au péritoine pariétal, tandis que l'introduction ou l'extraction de compresses qui ne sont en contact qu'avec la séreuse de l'intestin ou l'épiploon n'est pas perçue.

M. Lennander attribue cette sensibilité du péritoine pariétal aux nerfs intercostaux, lombaires et sacrés, ramifiés dans le tissu sous-séreux.

Pour ce qui est du revêtement péritonéal de la colonne vertébrale, l'auteur ne peut pas encore se prononcer d'une manière définitive; les résultats sont également douteux quant au diaphragme, auquel M. Lennander reconnaît cependant une certaine sensibilité.

L'opinion très répandue admettant que le péritoine, insensible à l'état normal, devient très sensible à l'état d'inflammation, paraît erronée à l'auteur, lequel estime que toutes les sensations douloureuses ressenties dans l'abdomen proviennent de tractions exercées sur le péritoine pariétal ou d'une distension subite de ce dernier. C'est ainsi que les coliques ne seraient pas ressenties dans la paroi intestinale même, mais seulement par l'intermédiaire du feuillet séreux pariétal, brusquement et fortement distendu. De même, les douleurs produites par des affections inflammatoires, telles que les différentes espèces d'ulcérations, ne surviendraient qu'au moment où l'inflammation gagne la séreuse pariétale. Dans la péritonite aiguë, la sensibilité de l'abdomen dépendrait avant tout de la participation de la paroi antérieure de l'abdomen au processus péritonitique.

M. Lennander tire de ces constatations quelques indications relatives à l'emploi de l'anesthésie locale ou générale dans les interventions sur l'abdomen. Pour la cure radicale des hernies, il préconise l'association de l'anesthésie par infiltration, d'après le procédé de Schleich, avec l'injection de cocaïne dans les nerfs abdomino-inguinaux supérieur et inférieur, recommandée par M. Tishing. S'il s'agit de laparotomie, il conseille de combiner l'anesthésie locale avec l'anesthésie générale : il fait la section de la paroi, jusqu'au péritoine, après injection de morphine et infiltration de cocaïne, puis il incise le péritoine sous une légère anesthésie générale, qu'il interrompt pour les manœuvres intra-abdominales et ne reprend qu'au moment de la suture du péritoine pariétal. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 23 février 1901.) — F. DE Q.

De la valeur des bains de baignoire pour la désinfection des femmes enceintes, par M. W. Stroganoff.

La personne qui se baigne dans une baignoire plonge au milieu de ses propres déchets, dont la valeur infectieuse est certaine. De plus, chez les femmes, l'eau du bain pénètre assez facilement dans les voies génitales, comme le prouvent les bains de boue et quelques expériences fort simples basées sur des réactions colorantes. Cette pénétration est surtout à craindre chez les multipares, qui ont souvent de petites déchirures de la fourchette et une certaine béance de la vulve. Aussi l'auteur a-t-il substitué, dans sa maternité, les bains par aspersion aux bains généraux.

Les premiers résultats de cette pratique ont été très encourageants. De 1890 à 1898, M. Stroganoff comptait, au total, 17.9 % de femmes ayant eu plus de 38°, dont 12.9 % s'étaient infectées à la maternité même. Pendant les dix-huit derniers mois il n'a eu, au contraire, sur 759 accouchements, que 11.1 % de cas fébriles, avec 8.6 % seulement d'infections contractées à la maternité, et la moyenne des jours de fièvre a également diminué. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 février 1901.) — R. DE B.

Sur la forme tardive de la maladie bleue d'origine périphérique, par M. Thomas.

On considère généralement la maladie bleue comme due au mélange, grâce à la persistance du trou de Botal, du sang veineux de l'oreillette droite avec le sang artériel de l'oreillette gauche. C'est dire que cette affection est d'ordinaire congénitale. Toutefois, MM. Bard et Curtillet ont observé un cas où la cyanose ne s'est manifestée qu'à l'âge de cinquante-quatre ans; en effet, l'anneau de Vieussens s'appliquait sur l'ouverture, formant soupape, de sorte que tant que la pression resta plus élevée dans l'oreillette gauche aucune communication entre les deux oreillettes ne fut possible; ce n'est que lorsque

la pression dans l'oreillette droite l'emporta que la communication s'établit et que la cyanose se produisit.

Mais il existe une autre cause de maladie bleue, celle-ci indépendante d'une anomalie cardiaque et tenant à une lésion pulmonaire. C'est ainsi que l'on peut constater de la cyanose en cas de destruction considérable du parenchyme pulmonaire avec circulation active dans les parties non aérées. M. Thomas relate un fait de ce genre dans le présent travail. Il s'agit d'une femme de soixante ans atteinte de cyanose généralisée, et à l'autopsie de laquelle on trouva le trou ovale fermé et le cœur droit hypertrophié; il existait une bronchite très étendue avec emphysème pulmonaire, et une grosse caverne dans le lobe supérieur droit; les vaisseaux accompagnant les bronches étaient manifestement dilatés. Dans ces conditions, l'hématose devait nécessairement être incomplète dans les parties du poumon encore aérées, tandis qu'il y avait une communication directe entre l'artère et la veine pulmonaire, sans hématose possible, dans les régions où le parenchyme pulmonaire était détruit. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 1-2.) — A. J.

De l'étranglement intestinal dans un ligament large fenêtré, par M. B. Honsell.

Le cas rapporté par M. Honsell a trait à une femme de quarante ans, qui fut amenée à la clinique chirurgicale de Tubingue dans un état de collapsus complet, à la suite d'un étranglement intestinal datant de cinq jours. La malade ayant succombé pendant la laparotomie pratiquée sous anesthésie locale, on constata à l'autopsie qu'une anse d'intestin grêle était engagée dans un orifice traversant le ligament large du côté gauche.

L'absence de tout symptôme inflammatoire dans ce cas amène l'auteur à la conclusion qu'il s'agissait d'une anomalie congénitale. Il existe trois faits analogues dans la littérature médicale; dans le premier, l'orifice du ligament large avait probablement aussi une origine congénitale; dans le deuxième, il paraissait être le reliquat d'un processus inflammatoire; dans le troisième enfin, sa nature est demeurée indéterminée. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 2.) — F. DE Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Valeur des divers modes d'emploi du camphre dans le traitement des ulcères de jambe.

Un confrère allemand, M. le docteur O. Schulze (de Cottbus), a pu se convaincre que, en clientèle de ville et surtout dans les milieux pauvres, le pansement des ulcères variqueux avec les diverses poudres antiseptiques préconisées dans ces dernières années est loin de constituer un moyen pratique. Aussi leur préfère-t-il l'emploi des pommades. Laissant de côté les soi-disant spécifiques dont la liste s'allonge tous les jours, notre confrère se sert tout simplement du camphre, qu'il prescrit sous forme d'une pommade à base d'axonge (excipient mieux toléré que la vaseline ou la lanoline), d'après la formule suivante :

Camphre en poudre......	2 grammes.
Oxyde de zinc...........	15 à 20 —
Axonge.............	Q.S. pour 100 —

Dans les cas où la pommade formulée ci-dessus est mal supportée, M. Schulze a recours à un liniment composé ainsi qu'il suit :

Camphre en poudre.......	2 grammes.
Oxyde de zinc............	40 à 50 —
Huile d'olive............	50 —

Après avoir soigneusement agité le flacon, on imbibe de ce mélange de petites lanières de tissu, qu'on dispose ensuite sur l'ulcère. Ce pansement, renouvelé deux ou trois fois par jour, ne tarderait pas à amener la cicatrisation, à moins qu'il ne s'agisse d'un ulcère étendu.

D'autre part, M. le docteur Walbaum, assistant de l'hôpital d'Harbourg-sur-l'Elbe, considère également le camphre comme le moyen le plus efficace à l'égard des ulcères variqueux. Toutefois, il estime que, pour en obtenir le maximum d'effet, il faut employer ce médicament sous forme d'eau-de-vie camphrée. Voici quelle est la façon de procéder adoptée par notre confrère :

On commence par pratiquer un lavage soigné du membre au savon noir, puis on applique tous les jours un pansement humide à l'argile jusqu'à ce qu'on obtienne une diminution et une désodorisation notables des sécrétions. On remplace alors l'argile par l'eau-de-vie camphrée : après en avoir imbibé une compresse de gaze, on place celle-ci sur l'ulcère et on la recouvre d'une compresse sèche de dimensions plus grandes; puis, on dispose par-dessus une toile imperméable, en ayant soin d'éviter le contact direct de cette toile avec la peau, faute de quoi on s'exposerait à voir se produire des lésions eczémateuses plus ou moins rebelles. Enfin, on fixe le tout au moyen de coton et d'une bande. Au moment de renouveler le pansement, ce qui ne doit être fait que tous les deux jours, on lave les bords de la plaie avec une solution antiseptique et on enlève les pellicules jaunâtres qui recouvrent le fond de l'ulcère, de manière à mettre à nu les bourgeons charnus.

Sous l'influence de ce traitement, les ulcères les plus étendus et les plus rebelles ne tarderaient pas à se cicatriser, et souvent la guérison complète surviendrait en moins de trois semaines.

Les lavements d'eau chaude contre la néphrite scarlatineuse.

D'après l'expérience de M. le docteur Ch. G. Kerley, assistant au Babies' Hospital de New-York, les irrigations du côlon avec de l'eau chaude constitueraient le moyen le plus efficace pour permettre au rein atteint de néphrite scarlatineuse de récupérer ses fonctions normales. Ces irrigations peuvent être employées avec succès dès qu'on constate l'insuffisance de la diurèse, et aussi lorsqu'il y a lieu de craindre la production de phénomènes convulsifs ou encore quand on se trouve déjà en présence d'accidents de ce genre. S'il s'agit, par exemple, d'un enfant de trois ans, on doit injecter dans le côlon, au moyen d'une canule rectale introduite au moins à 2 centim. 1/2 de profondeur, de 500 à 750 c.c. d'eau portée à la température de 43°. Il va de soi que, pour agir d'une manière efficace, ces lavements doivent être conservés; par suite, plus l'eau pénètre haut dans l'intestin et plus on a de chances de voir réussir le traitement. Dans les cas où le liquide est expulsé au bout de peu de temps, on ne doit pas manquer de renouveler l'intervention, qui le plus souvent est alors couronnée de succès; d'ordinaire, on répète ces irrigations toutes les six à huit heures. Après trois à cinq lavements administrés de la sorte, les reins commenceraient à fonctionner d'une façon active et une diurèse abondante ne tarderait pas à s'établir, même dans les cas rebelles aux moyens thérapeutiques usuels.

Traitement du prurit vulvaire par des injections sous-cutanées massives de solutions médicamenteuses très étendues.

Le prurit vulvaire étant le plus souvent lié à une irritation locale par les sécrétions génitales ou par des urines de composition anormale (diabète, ictère, affections rénales, etc.), le traitement rationnel de cette manifestation morbide doit naturellement viser surtout la maladie causale. Mais il n'est pas rare d'observer des cas où les phénomènes prurigineux se montrent particulièrement rebelles et ne se laissent guère influencer par les moyens thérapeutiques les plus efficaces à l'égard de l'affection première. C'est qu'à la longue le prurit entraîne des lésions nerveuses se traduisant par un état d'irritabilité exagérée, d'autant plus marqué que la région dont il s'agit est très riche en nerfs sensitifs. Les topiques usuels étant en pareille occurrence impuissants à calmer les démangeaisons, un médecin allemand, M. le docteur L. Siebourg (de Barmen), s'est demandé s'il ne conviendrait pas de mettre ici à profit les faits étudiés par M. le docteur Schleich sous le nom d'*anesthésie par infiltration* (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 376 et 462, et Annexes, p. CLXX; 1892, p. 246, et 1893, p. 75). On sait que l'anesthésie en question peut être obtenue non seulement avec une solution de cocaïne, mais aussi au moyen d'injections sous-cutanées d'eau pure. D'autre part, il est de notion courante que les injections hypodermiques massives de sérum artificiel ont assez souvent comme conséquence l'abolition ou, tout au moins, une diminution plus ou moins persistante de la sensibilité au niveau des parties distendues par le liquide injecté.

Partant de ces faits, M. Siebourg a essayé de traiter les cas rebelles de prurit vulvaire par des injections sous-cutanées de solutions très faibles de cocaïne ou d'acide phénique. Mais il ne tarda pas à se convaincre que la nature du médicament employé importe beaucoup moins que la quantité de solution injectée. En effet, le traitement serait efficace à la condition d'introduire sous la peau de la région vulvaire une dose de liquide suffisante pour amener un soulèvement très marqué des téguments : les extrémités nerveuses subiraient dans ces conditions des tiraillements qui auraient pour effet de les insensibiliser d'une manière plus ou moins complète.

Notre confrère pratique les injections de préférence le soir, en utilisant chaque fois jusque 300 c.c. de liquide. Ajoutons qu'il n'a jamais eu à enregistrer le moindre accident.

La faradisation de la tête comme moyen de traitement de l'insomnie.

M. le docteur S. Sloan, médecin consultant au Samaritan Hospital pour maladies des femmes, à Glasgow, a obtenu, dans les cas d'insomnie d'origine nerveuse, des résultats très encourageants par l'emploi des courants faradiques, l'une des électrodes étant appliquée sur le front et l'autre, plus petite (2 centimètres 1/2 de diamètre), sur la nuque. L'électrode frontale, qui mesure 4 centimètres environ de diamètre, est mise en communication avec le pôle positif. Notre confrère a remarqué que plus le nombre de tours de spire de la seconde bobine est grand, plus l'effet de la faradisation est sédatif; aussi se sert-il d'une bobine comptant de 8,000 à 9,000 tours de spire. Il importe de mesurer aussi rigoureusement que possible l'intensité du courant, dont le maximum doit être de 1 milliampère. Pendant la première séance, on ne dépassera même pas un tiers de milliampère, et on aura toujours soin de n'augmenter l'intensité du courant que d'une façon très graduelle. Les applications durent un quart d'heure en moyenne et sont répétées deux ou trois fois par semaine. Il suffirait le plus souvent d'une demi-douzaine de séances pour amener la disparition complète de l'insomnie et des troubles nerveux dont elle s'accompagne (céphalalgies, cauchemars, secousses nocturnes, etc.).

Sur 46 malades des deux sexes chez lesquels M. Sloan a eu l'occasion d'instituer le traitement en question, 21 (45.5 %) furent radicalement guéris, 15 (32.5 %) présentèrent une amélioration très appréciable, 5 (11 %) ne virent leur état s'améliorer que d'une manière passagère ou peu sensible, et, enfin, 4 autres ne retirèrent aucun bénéfice de la faradisation. Ajoutons que celle-ci n'a eu d'effets fâcheux que dans un cas, où elle détermina quelques troubles légers, lesquels, du reste, ne tardèrent pas à se dissiper.

La cendre d'os comme matériel de prothèse pour pseudarthroses.

Dans un cas de pseudarthrose consécutive à une fracture des deux os de l'avant-bras chez un alcoolique, M. le docteur F. Colley (d'Insterburg), ne pouvant se résoudre à entreprendre la suture osseuse qu'il craignait de voir compromise par un accès de *delirium tremens*, s'est inspiré des recherches d'un autre confrère allemand, M. le docteur A. Barth (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 200, 1894, p. 201 et 1895, p. 175), pour utiliser, dans un but de prothèse, de la cendre d'os. M. Colley s'est servi de la cendre fraîche et finement pulvérisée obtenue par la combustion d'un fémur de bœuf. En la mélangeant avec de l'eau distillée et du mucilage de gomme arabique, il prépara une sorte de bouillie qui ne traversait qu'avec une certaine difficulté la canule d'une grosse seringue de Pravaz. Tous les mois il injecta, sans procéder à l'anesthésie, 10 c.c. environ de cette masse dans les extrémités des fragments, et aujourd'hui, après six injections de ce genre, le cubitus et le radius sont complètement consolidés.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Maternité (de Lausanne). — M. le professeur O. Rapin.

Grossesse nerveuse suggestive.

Les récents mécomptes de la famille royale de Serbie au sujet de la prétendue grossesse de la reine Draga, dont la *Semaine Médicale* a publié la relation détaillée, ont donné un caractère d'actualité aux phénomènes que l'on a nommés *fausses grossesses* ou *grossesses nerveuses*. Aussi me paraît-il opportun de prendre, pour objet de la leçon d'aujourd'hui, une observation que j'ai recueillie l'an passé, et qui présente de nombreux points de ressemblance avec les faits qui viennent de se dérouler à Belgrade.

Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, originaire d'un petit village du canton de Vaud, et ayant toujours joui d'une bonne santé. Ses règles apparurent vers l'âge de quinze ans et depuis lors revinrent régulièrement tous les vingt-huit jours, peu abondantes et non douloureuses.

Mariée en septembre 1892, elle vit la menstruation s'arrêter à la fin de juin 1893; dès le mois d'août de la même année, le ventre augmenta de volume, puis quelques nausées survinrent dans le courant d'octobre : il y avait grossesse; les premiers mouvements de l'enfant furent ressentis au commencement de novembre. A la fin de décembre, la grossesse ayant évolué normalement jusque-là, cette femme eut, à la suite d'une fatigue excessive, des douleurs, ensuite quelques pertes sanguines; c'était une fausse couche, qui se termina par l'expulsion spontanée d'un fœtus de six mois, non macéré; il n'y eut pas d'hémorrhagie pendant la période de délivrance, ni aucune autre complication; les suites furent normales.

Je revis la malade à la fin de l'année 1896, époque où je la soignai pour une métrite catarrhale légère dont un traitement local ne tarda pas à amener la guérison. Quelques mois plus tard, le 23 février 1897, subitement, sans cause connue, éclatèrent les symptômes d'une péritonite aiguë, d'intensité moyenne et qui céda en quinze jours à une thérapeutique appropriée.

A partir de ce moment, la santé de cette femme fut parfaite pendant plus de deux ans et demi. Vers le 15 ou 20 octobre 1899 apparurent chez elle des vertiges et des nausées revenant surtout le matin, au saut du lit, ainsi que quelques vomissements aqueux. Quoique les règles ne fussent pas supprimées, elle eut, dès les premiers jours, l'idée d'attribuer ces symptômes à une nouvelle grossesse. Elle en fit part à son mari qui n'eut pas à se faire violence pour croire à ce qu'il espérait.

Peu de temps après, exactement le 4 novembre, une personne possédant un grand ascendant sur la malade, avec laquelle celle-ci entretenait de bonnes relations et en qui elle avait toute confiance, lui insinua, en la taquinant, « qu'il pourrait bien y avoir quelque chose et qu'elle devait se préparer à confectionner un petit gadin ». Cette déclaration fit sur la patiente une très vive impression. Elle rougit, autant du plaisir que lui causait la perspective d'avoir un enfant que de cette pudeur instinctive qu'ont souvent les jeunes femmes, lors de leur première grossesse, et quelquefois même des suivantes. Elle avait beaucoup regretté son premier enfant et désirait ardemment en avoir un second; aussi, comme son mari, crut-elle aisément ce qu'elle désirait. Pourtant, à ce moment même, elle était indisposée. Ce fait n'ébranla pas sa conviction; elle savait, pour l'avoir entendu dire, que les périodes peuvent se présenter plusieurs fois pendant la grossesse. Du reste, les règles étaient beaucoup moins abondantes que d'habitude. On lui conseilla de « consulter », pour s'assurer qu'elle était enceinte; mais son médecin habituel était absent, et elle n'en voulait pas d'autre : fidélité qui mérite d'être mentionnée, car elle devient de plus en plus rare de nos jours.

D'ailleurs, d'autres signes de grossesse ne tardèrent pas à survenir. La malade a de temps en temps des congestions à la tête, des gonflements, des rougeurs et des pâleurs subites, des demi-syncopes. Sa taille augmente graduellement; plusieurs personnes s'en aperçoivent et lui font part de leurs conjectures en la félicitant. Dès lors, elle n'a plus de doutes; elle se sent grossir et perçoit, dans la région hypogastrique, une boule lui rappelant exactement le développement de la matrice pendant sa première grossesse.

Dans le courant de janvier, le mari ne peut plus hésiter non plus. Il observe sa femme avec beaucoup d'attention et remarque une augmentation du volume du ventre. Quelques semaines plus tard, il confirme son « diagnostic » en percevant lui-même les mouvements de l'enfant par l'application de la main sur l'abdomen de son épouse. A plusieurs reprises, il a même pu *voir* les mouvements du fœtus. Il en donne une description tout à fait classique, comme le ferait un médecin. Ce n'est pas une seule fois qu'il a constaté le fait, mais à plusieurs reprises, jusqu'au mois de juillet. Un jour, il a même fait contrôler son observation par une de ses sœurs en visite chez lui.

La patiente elle-même a ressenti les premiers mouvements le 20 février; d'abord faibles, ils sont devenus de plus en plus forts les jours suivants; cependant, elle déclare qu'ils n'ont jamais été aussi vigoureux que lors de la précédente grossesse.

Le ventre continue peu à peu à augmenter de volume, pour atteindre, vers le 15 juillet, le creux épigastrique; la respiration est gênée, la taille est élargie surtout sur les côtés; le tour de taille, de 58 centimètres à l'état normal, s'est élevé graduellement jusqu'à 74 centimètres. L'appétit est bon, mais la malade ne peut manger que peu à la fois.

Les règles n'ont pas été supprimées dès le début, je vous l'ai déjà indiqué. Elles ont apparu au commencement de novembre, puis en décembre, avec un retard de huit jours, et enfin, pour la dernière fois, en janvier où elles ont duré vingt-quatre heures à peine.

Quant aux seins, au mois de novembre ils ont été le siège de quelques picotements; cependant ils n'avaient pas encore grossi; ce n'est que vers le 15 juillet que leur volume s'est assez rapidement accru et qu'ils sont devenus douloureux. Le ventre est aussi descendu; il reste très gros dans le bas, mais la patiente se sent dégagée de la taille.

J'eus l'occasion de rencontrer la malade (sans l'examiner) à cette même époque. Elle avait tout à fait la tournure et le *facies* d'une femme enceinte arrivée à terme et je partageai l'opinion des personnes qui l'entouraient, lui prodiguant des conseils, évitant pour elle les travaux pénibles, la faisant asseoir si elle restait debout trop longtemps, lui défendant de lever les bras, etc., de peur de voir survenir des douleurs d'enfantement, car elle paraissait sur le point d'accoucher.

Peu de jours après, survinrent des maux de ventre et de reins, absolument semblables aux premières douleurs. Il n'y avait pas de diarrhée; les selles, du reste, ont toujours été naturelles et l'émission des urines facile.

Ces douleurs continuèrent pendant dix à quinze jours et devinrent très fortes vers la fin de juillet; il s'écoula même alors un peu de sang et un liquide jaunâtre tachant et empesant le linge. Pensant que la grossesse était à son terme extrême et que ces douleurs annonçaient le début de l'accouchement, on fit appeler la sage-femme. Celle-ci avait déjà vu la patiente à plusieurs reprises et avait affirmé que la grossesse marchait régulièrement. Après son examen, elle déclara que l'accouchement n'avait pas commencé, mais qu'il ne tarderait pas.

Les jours suivants, les douleurs cessèrent et le ventre commença à diminuer peu à peu de volume, le matin surtout. Vers le soir, il était encore gros; cette femme se sentait, d'ailleurs, plus gênée certains jours que d'autres. Les mouvements du fœtus s'affaiblirent et disparurent complètement à mesure que le ventre s'affaissait, si bien qu'au commencement d'août, la malade fut persuadée que l'enfant était mort. La sage-femme partagea cette opinion et consola sa cliente de son mieux, lui assurant que l'accouchement ne saurait tarder.

Cependant les jours passèrent sans amener de changement; la famille, très inquiète, me fit appeler. Je vois la patiente pour la première fois, en qualité de médecin, le 18 août 1900. Elle m'attend au lit et pendant qu'elle me raconte ce que je viens de vous rapporter, je jette un coup d'œil sur la chambre très proprette et coquettement arrangée. Près de la fenêtre est un charmant petit berceau capitonné de satin bleu clair, surmonté d'un frais rideau blanc doublé de satin bleu et gracieusement bordé d'une ruche de dentelles; sur la table, j'aperçois une collection de menus objets destinés au nouveau-né : ce sont les cadeaux de toutes les amies et connaissances; leur nombre témoigne de tout l'intérêt porté au bébé qui doit, par son arrivée, ramener la joie et le bonheur dans la famille. La mère jette un regard triste et navré sur tous ces objets et sur le berceau qui lui rappellent ses espérances déçues et sa cruelle désillusion, car elle est persuadée que son enfant est mort.

Voici quel est le résultat de mon examen : je trouve une femme de petite taille, ayant un aspect de santé satisfaisant; la nutrition générale est bonne; les seins, médiocrement développés, sont mous et flasques; il est facile de sentir les lobules de la glande; l'aréole, brunâtre, est peu pigmentée, les corpuscules de Montgomery ne sont pas saillants; il ne s'écoule pas de colostrum. L'abdomen est arrondi, large, un peu ballonné, élastique, indolore, dépressible partout. Il existe quelques rares vergetures anciennes au-dessus du pubis, mais pas de vergetures récentes. Nulle part, je ne perçois de tumeur ni de résistance attribuable à l'utérus.

Au toucher, je constate que les voies génitales sont étroites, l'utérus en situation normale, non agrandi, ferme, mobile et pas douloureux. Son fond ne dépasse pas le détroit supérieur. Le col est ferme, la portion vaginale conique, de dimension ordinaire, non ramollie. L'orifice a la forme d'une fente transversale sans profondes cicatrices; il est fermé et n'admet que la pulpe du doigt. Les annexes sont libres de tumeurs, d'engorgement ou de douleur. A l'auscultation, rien à noter.

Il n'y a pas de grossesse, ni aucun signe d'un accouchement récent; les organes génitaux sont normaux. La distension de l'abdomen, beaucoup moins considérable qu'il y a un mois, au dire de la patiente, est due à des gaz intestinaux.

Je fis part à cette femme et à son mari du résultat de mon examen, en employant tous les ménagements que le cas comportait. Je ne vous décrirai pas leur étonnement et leur déconvenue, que bien vous devez comprendre. Ils finirent cependant par se rendre à l'évidence.

La grossesse, avec tous les symptômes que je viens de vous rapporter, avait été illusoire.

Ce fait rentre dans la catégorie de ceux que l'on a désignés sous le nom de *fausses grossesses* ou *grossesses nerveuses*. Je ne veux pas discuter ces dénominations qui ont déjà été fréquemment critiquées, entre autres par Pajot, lequel disait avec raison : « Il n'y a pas de fausses grossesses, il n'y a que de faux diagnostics. »

Il s'est présenté avec des symptômes subjectifs et objectifs multiples, si conformes à la norme des phénomènes de la grossesse physio-

logique qu'on comprend, jusqu'à un certain point, la possibilité d'une telle erreur.

Si nous résumons ces symptômes, nous trouvons : au début, les troubles de l'état général (nausées, vertiges, syncopes), la modification, la diminution et plus tard la suppression des règles, l'accroissement régulier du volume du ventre, les sensations particulières dans les seins; — ultérieurement, les mouvements du fœtus, sentis par la mère assez exactement quatre mois après le début présumé de la grossesse; leur perception par une ou plusieurs autres personnes et leur persistance jusqu'au terme normal, c'est-à-dire fin juillet; l'abaissement de l'utérus, ou plutôt de l'abdomen, quinze jours avant le terme; les douleurs préparantes et l'espèce de faux travail survenant à cette époque; le gonflement des seins; — enfin, la cessation des mouvements correspondant à la mort du fœtus, telle qu'on l'observe dans les grossesses prolongées et dans les grossesses extra-utérines.

Les principales causes que les auteurs ont signalées comme étant la base des fausses grossesses sont — je passe sous silence la grossesse extra-utérine, qui est une vraie grossesse — les tumeurs de la matrice et des annexes (fibromes, kystes), l'ascite, la ménopause, l'aménorrhée (chlorotique ou autre), l'hématométrie, la tympanite, l'hystérie, l'aliénation mentale.

Dans notre cas, nous pouvons éliminer un à un tous ces facteurs. Il n'y avait pas de tumeur utérine ou péri-utérine, pas d'ascite, pas d'aménorrhée (ce n'est que plus tard qu'elle est survenue), pas d'hématométrie; notre patiente n'était pas à l'âge critique.

L'hystérie ne saurait être invoquée, car jamais cette femme, que je connais depuis quatorze ans, n'a présenté de phénomènes pouvant être rattachés à cette névrose. Actuellement encore, elle n'offre ni anesthésie cutanée ou pharyngée, ni globe hystérique, ni point ovarique. On ne trouve pas davantage, chez elle, de symptômes pouvant faire admettre des troubles cérébraux, et c'est là une cause importante de grossesse imaginaire, car l'aliénation mentale y conduit assez souvent, non seulement la femme, mais aussi l'homme, comme Campbell en a publié un exemple.

La tympanite a existé certainement chez notre malade. Elle était loin d'avoir totalement disparu lors de notre examen du 18 août, et l'augmentation de volume du ventre a dû tenir exclusivement à l'accumulation de gaz dans l'intestin; mais au début, lorsque la patiente et les personnes de son entourage ont cru à une grossesse, la tympanite n'existait pas; elle est apparue peu à peu, graduellement, s'accroissant juste assez, et pas trop, pour simuler le développement de l'utérus gravide. Ce n'est pas le météorisme qui a primitivement fait croire à la grossesse, c'est bien plutôt la croyance à la grossesse qui a provoqué le météorisme, donnant à l'abdomen un volume qui correspondait, pour chaque mois, à ce que la patiente se figurait inconsciemment qu'il devait être dans une grossesse normale.

Après avoir éliminé toutes les causes classiques de fausse grossesse, il me reste à formuler une explication que, du reste, vous avez déjà pressentie : je suis disposé à rattacher à la *suggestion* la plupart des phénomènes qui se sont succédés et ont si bien simulé la grossesse.

Cette femme a eu une très grande déception à la suite de sa fausse couche de 1893. Comme toutes les jeunes mariées, plus peut-être que beaucoup d'entre elles, elle désirait avoir un enfant. Elle avait bien, disait-elle, « pris son parti »; cependant, à chaque époque menstruelle, un secret espoir de voir les règles se supprimer la troublait. Au milieu d'octobre, quelques malaises insignifiants lui font penser qu'elle pourrait bien être enceinte. Elle sait, par expérience, que les nausées survenant le matin se présentent au début de la grossesse; c'est l'*auto-suggestion* qui commence. Le terrain est bien préparé pour recevoir une suggestion venant du dehors, et celle-ci ne manque pas de se produire intense et subite : une amie, la regardant d'un œil scrutateur, suppose qu'elle est enceinte et le lui suggère. Le mari, de son côté, ne se fait pas faute de fortifier la croyance de sa femme et entretient la suggestion. D'autres personnes lui parlent de ses espérances, la suggestion vient de toute part. Comment y résister?

C'est alors que sous cette influence nerveuse, inexplicable il est vrai, la tympanite commence à se produire. Peu à peu, les règles sont supprimées; la suspension de la menstruation par suggestion est bien connue : Bernheim et d'autres l'ont mentionnée. Les manifestations de la grossesse se succèdent, les mouvements du fœtus sont ressentis, etc.; on signale des phénomènes bien plus extraordinaires, produits par l'hypnotisme et la suggestion. Enfin, au terme normal de la grossesse, survient un semblant de travail qui ne peut aboutir à rien. La suggestion s'affaiblit, les mouvements du fœtus cessent, le ventre diminue. La malade croit que l'enfant est mort, mais pense toujours être enceinte, jusqu'au jour où je lui enlève sa dernière illusion.

Un fait qui s'est passé depuis me paraît encore confirmer l'hypothèse d'une grossesse par suggestion.

Après avoir admis qu'elle n'était pas enceinte, cette femme me demanda pourquoi ses règles avaient disparu, et si elles ne reviendraient pas. Je lui assurai qu'elles ne tarderaient pas à se montrer de nouveau. En effet, un mois plus tard, c'est-à-dire six semaines après le faux travail, les menstrues survinrent assez abondantes. La malade les décora spontanément, et sans la moindre idée dérisoire, du nom de *retour de couches!*

Depuis lors, les périodes ont été régulières, le ventre a repris lentement son volume normal et maintenant la patiente se porte bien. Elle éprouve cependant un peu d'embarras lorsqu'elle parle de sa « dernière grossesse ».

MÉDECINE PRATIQUE

L'angine grippale et la langue grippale.

Il y a quelques années, M. le docteur F. Franke, médecin en chef du Diakonissenhaus Marienstift de Brunswick, a fait connaître un signe pathognomonique de la grippe, consistant en une rougeur intense qui, strictement limitée aux piliers antérieurs du voile du palais, se présente sous la forme d'une bande plus ou moins large (de 2 à 7 millimètres), irradiant quelquefois en éventail et interrompue seulement au niveau de la luette, dont le teint plus pâle tranche d'une façon très nette avec l'aspect des parties latérales. Cette coloration d'un rouge vif, ou sombre et presque violacé, ne s'étend pas d'habitude à la portion externe des piliers; parfois aussi le bord libre de ceux-ci reste intact sur une surface de 1 à 2 millimètres de largeur. L'existence de cette *angine grippale* particulière et si caractéristique comme aspect n'a pas suffisamment attiré l'attention des praticiens; or, d'après l'expérience de notre confrère, qui vient de publier de nouvelles recherches sur la symptomatologie de la grippe, il s'agirait ici d'un signe absolument constant et pathognomonique, dont la connaissance serait susceptible de rendre d'autant plus de services que la rougeur en question persiste longtemps après la guérison pour s'accentuer à l'occasion de toute nouvelle atteinte d'influenza : les piliers antérieurs du voile du palais constitueraient un véritable *locus minoris resistentiæ* à l'égard de la grippe.

Le phénomène signalé par M. Franke mérite d'être retenu non seulement en raison de la valeur pathognomonique que notre confrère croit lui devoir attribuer, mais encore parce qu'il s'accompagne parfois de sensations particulières et tenaces, pouvant faire croire à l'existence d'une affection du larynx ou du pharynx. En effet, si la phlegmasie des piliers antérieurs ne se traduit, chez la plupart des malades, par aucun symptôme subjectif, il en est d'autres, au contraire, qui accusent, à côté du tableau symptomatique de toute angine banale (douleurs à la déglutition, sécheresse de la gorge, etc.), une sensation spéciale et très intense d'*étranglement*, localisée surtout au larynx. Cette sensation pouvant persister, dans les cas chroniques, pendant plusieurs semaines, voire même durant quelques mois, et se reproduire à l'occasion de toute nouvelle atteinte de grippe ou encore sous l'influence d'un léger refroidissement, on comprend facilement qu'elle soit susceptible de devenir une source d'erreurs de diagnostic fort graves. C'est ainsi que M. Franke a observé une jeune fille qui, depuis six ans, avait subi, sans le moindre succès, les traitements les plus divers (y compris plusieurs interventions chirurgicales) pour des maux de gorge rebelles, et chez laquelle notre confrère a pu, en se basant sur l'existence de la rougeur caractéristique des piliers antérieurs du voile du palais, établir le diagnostic de grippe chronique et faire rapidement disparaître, par une thérapeutique appropriée, les sensations douloureuses.

Comme la région occupée par la bande rouge susmentionnée reste assez souvent endolorie et sensible à la pression même après la disparition de la coloration anormale, M. Franke estime qu'on se trouve ici en présence d'une véritable névrite intéressant certaines fibres du nerf glosso-pharyngien.

A côté de cette forme particulière d'angine grippale, notre confrère a noté un autre signe qui, sans être aussi caractéristique ni aussi constant, semble cependant mériter de prendre une place importante dans la symptomatologie de l'influenza. Il s'agit d'une tuméfaction des papilles de la portion antérieure de la langue, tuméfaction qui débute dès le second ou le troisième jour de la maladie pour s'accentuer dans la suite. Toutefois, c'est surtout pendant les premiers jours, quand la langue est encore recouverte d'un enduit plus ou moins épais, que le rouge vif des papilles hypertrophiées tranche bien sur les parties avoisinantes; plus tard, au fur et à mesure que la langue se nettoie, le phénomène devient moins frappant et peut même nécessiter, pour être mis en évidence, certains artifices, tels que l'examen à l'éclairage oblique ou, tout au moins, à l'éclairage direct intense. D'autre part, comme l'hypertrophie des papilles est parfois limitée exclusivement à la pointe de l'organe, il faut avoir soin, après avoir engagé le malade à montrer la langue, de soulever légèrement celle-ci avec le doigt. La tuméfaction des papilles est, d'ordinaire, moins prononcée que dans la scarlatine; dans un certain nombre de cas, pourtant, elle est assez intense pour communiquer à l'organe l'aspect framboisé qui est considéré comme caractéristique de la *langue scarlatineuse*. Mais, à l'encontre de ce qu'on voit dans la scarlatine, on ne trouverait jamais, chez les sujets atteints de grippe, de papilles hypertrophiées ni sur le dos de la langue, ni sur les parties postéro-latérales. Parfois la langue se dépouille complètement et semble recouverte d'un vernis, rappelant par sa coloration le jambon cru (*Schinkenzunge*); en pareille occurrence, les papilles tuméfiées se laissent apercevoir très facilement.

Ajoutons que la *langue grippale* ne donne que très rarement lieu à une sensation plus ou moins pénible de picotement ou de brûlure au niveau de la pointe, sensation qui peut cependant persister même après l'affaissement des papilles et la régénération de l'épithélium, de

sorte que là encore on aurait affaire, tout comme pour les piliers antérieurs du voile du palais, à des lésions névritiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juillet 1901.

Traitement de l'infection puerpérale.

M. Budin fait une communication sur le mode de traitement de l'infection puerpérale qu'il emploie depuis 1892.

Si de la fièvre survient chez une femme récemment accouchée et que l'on constate en même temps, dans l'utérus, des caillots, fétides ou non, on peut se borner à enlever ces caillots et à laver la cavité de l'organe. Mais si l'on trouve une altération de la muqueuse utérine, surtout au niveau de la caduque inter-utéro-placentaire, il faut sans hésitation procéder au curage digital et à l'écouvillonnage, sous anesthésie. La guérison est habituellement rapide pourvu que l'intervention soit précoce; mais quand l'infection date déjà d'un certain temps, la guérison est plus lente, car il y a eu pénétration de germes ou de toxines dans l'économie.

D'autre part, en présence d'une femme ayant accouché ou avorté plusieurs jours après la rupture des membranes, si le liquide amniotique est fétide, il faut également faire de suite le curage digital et l'écouvillonnage.

Sur 33 parturientes infectées qui furent transportées à la clinique Tarnier du 1er novembre 1900 au 30 juin 1901, il y en eut 4 chez lesquelles de simples injections utérines après exploration digitale suffirent pour enrayer les accidents; 29 fois on dut pratiquer le curage digital et l'écouvillonnage; une seule de ces 33 malades succomba. Quant aux femmes infectées dans le service, elles furent au nombre de 59; toutes guérirent.

Pendant cette même période, il y eut 1,137 accouchements ou avortements à la clinique Tarnier, sans un seul décès attribuable à une infection.

Sur la néphrite pyramidale hématogène.

M. Cornil lit, au nom de M. Babes et de Mlle Densusianu, les observations de trois malades ayant succombé à des infections aiguës à caractère hémorrhagique, et chez lesquels il existait des lésions rénales localisées surtout dans les pyramides; celles-ci étaient tuméfiées, blanchâtres ou jaunâtres, souvent parsemées d'hémorrhagies; quant à la substance corticale, elle avait une coloration gris rougeâtre. Il s'agit là, d'après les auteurs, d'une véritable néphrite papillaire et pyramidale, offrant une certaine analogie avec les altérations décrites par M. Levaditi chez les animaux intoxiqués par la vinylamine.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er juillet 1901.

Altérations du foie et des globules rouges chez un enfant né d'une mère éclamptique et diabétique.

MM. Charrin et **G. Delamare**. — Chez un enfant dont la mère, diabétique, avait présenté des attaques d'éclampsie durant la grossesse, nous avons constaté des altérations du foie (dégénérescence des cellules hépatiques, lesquelles étaient en grande partie privées de leur protoplasma, nombreuses hémorrhagies, etc.) et des hématies (colorabilité par les couleurs basiques d'aniline, comme le rouge de Magenta), en tout semblables à celles que l'on observe dans le foie des éclamptiques et dans le sang des diabétiques.

Nous ne croyons pas, toutefois, qu'il faille voir là des phénomènes d'hérédité directe; comment admettre, en effet, que, dès la conception, les éléments ovulaires d'où sont dérivées les cellules hépatiques aient pu être impressionnés par le processus éclamptique, alors que celui-ci n'apparut que vers la fin de la grossesse? Nous pensons plutôt que les principes anormaux circulant dans le sang maternel — et nés, les uns sous l'influence de l'éclampsie, les autres sous celle du diabète — ont franchi la barrière placentaire et sont venus léser les organes fœtaux.

En tout cas, le fait est intéressant en ce qu'il montre que si, d'ordinaire, les ressemblances entre générateurs et descendants ne portent que sur des éléments accessoires (phanères, couleur des cheveux, etc.), ces analogies, quel qu'en soit le mécanisme, peuvent aussi intéresser des cellules hautement différenciées et destinées à des fonctions importantes.

Passage de l'oxyde de carbone de la mère au fœtus.

M. Nicloux. — J'ai récemment montré la présence constante de l'oxyde de carbone dans le sang des nouveau-nés parisiens (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 196); mes recherches ultérieures, ayant porté sur des cobayes femelles en état de gestation, ont eu pour but de déterminer quelle est l'origine de cet oxyde de carbone. Elles m'ont permis de constater que, lorsque la mère respire dans une atmosphère contaminée par ce gaz, l'oxyde de carbone passe dans le sang du fœtus; tant que la proportion de gaz toxique dans l'atmosphère est comprise entre 1 ‰ et 1 ‱, la teneur des deux sangs maternel et fœtal en oxyde de carbone est identique; quand cette proportion dépasse 1 ‰, le sang de la mère renferme plus de gaz oxycarboné que celui du fœtus.

Étant donné qu'il n'existe aucune communication entre les circulations maternelle et fœtale, force est d'admettre la dissociation, au niveau du placenta, de l'hémoglobine oxycarbonée contenue dans le sang de la mère, et le passage dans le sang fœtal de l'oxyde de carbone ainsi mis en liberté.

Action des courants de haute fréquence sur la sécrétion urinaire.

MM. Denoyès, Martre et **Rouvière** rendent compte d'expériences d'où il résulte que, durant une période de traitement par les courants de haute fréquence, il y a augmentation du volume d'urine émise et élévation du taux de l'urée, de l'acide urique, de l'azote total, des phosphates, des sulfates et des chlorures éliminés en vingt-quatre heures. Ces modifications, dont l'intensité est variable selon les individus, peut se maintenir — en s'atténuant peu à peu — pendant trois jours après la fin du traitement.

M. F. Landolph adresse une note sur une nouvelle méthode de dosage du chlore total, dans le suc gastrique, au moyen de la craie sodée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juillet 1901.

De la rachicocaïnisation.

M. Broca. — Je dois vous rendre compte d'une observation qui nous a été envoyée par M. Prouff (de Morlaix). Il s'agit d'un cas de mort survenu après une rachicocaïnisation pratiquée, chez une femme de soixante-deux ans, dans le but de rechercher un corps étranger du pied. Un centigramme de cocaïne avait été injecté suivant la technique habituelle. Il convient d'ajouter que la malade dut retourner chez elle à pied, une heure après l'intervention. Or, des phénomènes graves apparurent très rapidement, et cette femme succomba dix-neuf heures après l'injection.

M. Nélaton. — Je comptais vous communiquer un fait où la cocaïne semblait avoir déterminé des accidents graves, ayant consisté en troubles respiratoires qui nécessitèrent la respiration artificielle pendant trois heures consécutives; mais le pharmacien de l'hôpital a constaté qu'il y avait une cause d'erreur, la solution incriminée renfermant une substance susceptible de provoquer les phénomènes observés.

M. Rochard. — Je crois, en effet, qu'on ne saurait trop insister sur la nécessité d'employer de la cocaïne parfaitement pure.

M. Chaput. — Lorsqu'on a la précaution d'évacuer une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, la céphalalgie consécutive à la rachicocaïnisation me paraît beaucoup plus rare. J'ai soin, d'autre part, de donner de la morphine à mes malades quelques instants avant l'injection intra rachidienne; j'évite ainsi l'angoisse si souvent signalée dans les observations.

M. Guinard. — Pour diminuer la céphalée, j'ai eu l'idée d'injecter la cocaïne en me servant, comme véhicule, du liquide céphalo-rachidien obtenu par la ponction; il me semble que, depuis que j'ai recours à ce procédé, les troubles céphalalgiques ont notablement diminué. Quand les maux de tête sont intenses, on peut encore les combattre d'une façon très efficace au moyen de la ponction.

M. Segond. — Je n'ai employé la rachicocaïnisation que dans 4 cas. J'ai eu 2 succès. Chez le troisième malade, la ponction une fois faite, on ne put injecter la cocaïne, ce qui n'empêcha pas l'apparition d'une céphalalgie ayant duré quatre jours. Enfin, le quatrième sujet, chez lequel j'ai extirpé l'extrémité inférieure du rectum après rachicocaïnisation, a eu pendant dix heures au moins une angoisse considérable, avec pâleur de la face des plus impressionnantes.

M. Reclus. — J'ignore s'il y a des cocaïnes différentes les unes des autres. Toutefois, si les solutions de cocaïne étaient susceptibles de renfermer des substances toxiques pouvant provoquer des accidents sérieux, je n'aurais pas manqué d'observer moi-même ces accidents, étant donné le nombre de cocaïnisations locales que j'ai pratiquées depuis quatorze ans, en employant souvent des doses de 0 gr. 12 centigr. et 0 gr. 15 centigrammes.

Je dois ajouter que l'intensité de la céphalalgie, après la rachicocaïnisation, m'a fait rejeter définitivement cette méthode d'anesthésie.

M. Tuffier. — Je crois que, pour pouvoir comparer d'une façon impartiale les dangers de la chloroformisation avec ceux de la rachicocaïnisation, nos collègues devraient nous communiquer tous les cas de mort par le chloroforme qu'ils ont observés depuis le commencement de la discussion sur le nouveau mode d'anesthésie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 juillet 1901.

Examen cytologique du liquide céphalo-rachidien dans un cas de fracture du crâne.

M. Rendu relate l'observation d'un homme de quarante-six ans, qui fut amené sans connaissance à l'hôpital, à la suite d'une chute; ce malade présentant de l'hémiplégie droite avec aphasie, on pouvait penser soit à un foyer de ramollissement par thrombose de l'artère sylvienne, soit à une méningite en plaque; il succomba quelques jours plus tard dans le coma, après une série de crises épileptiformes.

A l'autopsie, on découvrit une fracture du crâne, que rien n'avait pu faire soupçonner pendant la vie. Cette fracture siégeait dans la fosse temporale droite et s'étendait à la région frontale. Il existait en outre, à ce niveau, un double épanchement sanguin, occupant la cavité arachnoïdienne, d'une part, et la face externe du cerveau, sous la pie-mère décollée, d'autre part. Enfin la circonvolution de Broca et une partie de la frontale ascendante étaient réduites en bouillie.

Une ponction lombaire pratiquée pendant la vie avait permis de retirer du liquide céphalo-rachidien à peine teinté de sang, malgré l'abondance de l'épanchement, ce qui peut s'expliquer par la situation de ce dernier à la voûte du crâne. L'examen de ce liquide y avait décelé l'existence d'une lymphocytose très accusée.

M. Widal. — Le fait rapporté par M. Rendu montre que le cytodiagnostic céphalo rachidien n'intéresse pas seulement les médecins, mais encore les chirurgiens. Comme je l'ai plusieurs fois répété, toute cause d'irritation chronique, si légère soit-elle, des méninges, est susceptible d'amener une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Cette réaction n'a pas, par elle-même, une valeur spécifique, mais elle nous indique si les méninges sont touchées, et sa constatation suffit le plus souvent à résoudre le problème posé par la clinique.

Varices lymphatiques de la région buccale.

M. Danlos montre une jeune femme d'aspect strumeux, portant, à la face interne des

lèvres et des joues, de petits kystes transparents comparables aux kystes salivaires. Ce n'est cependant pas de cette affection qu'il s'agit, car ces productions subissent progressivement la transformation cornée.

L'examen histologique du contenu de ces vésicules, pratiqué par M. Gastou, semble prouver qu'on se trouve en présence de varices lymphatiques. Ces varices, à vrai dire, ressemblent à des lymphangiomes circonscrits, mais ceux-ci sont toujours congénitaux, tandis que les kystes n'ont apparu chez cette malade qu'à la suite d'un nombre très considérable d'atteintes d'érysipèle de la face (30 ou 40).

Cette dernière particularité est également signalée dans un cas tout à fait analogue à celui-ci, publié autrefois par M. Du Castel; il est donc probable qu'il y a une relation de cause à effet entre ces ectasies lymphatiques et les érysipèles à répétition.

M. Gastou dit avoir constaté la présence, au centre des cônes cornés qui surmontent ces kystes, d'un parasite mycélien et, autour de ces cônes, d'une couronne de staphylocoques et de streptocoques.

M. Gaucher fait observer que si les érysipèles à répétition suffisent à expliquer l'ectasie des vaisseaux lymphatiques, il reste cependant un point obscur dans la pathogénie de cette affection, c'est la kératose des vaisseaux ectasiés.

M. Millard croit que la mauvaise dentition de la malade n'est pas étrangère à la production des lésions en question.

Présence d'une sensibilisatrice dans le sérum des tuberculeux.

M. Widal. — Il était intéressant de rechercher si l'on pouvait retrouver une sensibilisatrice spécifique dans le sérum des tuberculeux, en utilisant le procédé de fixation que Bordet a découvert pour le bacille typhique et quelques autres microbes (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 203).

On sait que, sur les milieux ordinaires, le bacille de Koch se développe en formant des pellicules ou des écailles qui s'opposent à sa dissociation. Pour obvier à cet inconvénient, j'ai eu recours, avec M. Le Sourd, à une culture rendue homogène par la méthode d'Arloing et Courmont. Afin de nous débarrasser de la glycérine et des différentes substances hémolysantes contenues dans le bouillon, nous centrifugeons en tube effilé, pendant quinze à vingt heures, à la turbine à eau, nous décantons et nous diluons le culot de bacilles dans une solution de chlorure de sodium à 7 ‰.

Nous avons pu nous assurer ainsi que la sensibilisatrice se rencontre presque constamment dans le sérum des phtisiques; nous l'avons trouvée dans un cas de granulie et dans un cas de tuberculose pulmonaire avant la période de ramollissement, mais on ne la décèle que rarement dans le sérum des malades ne présentant pas les manifestations extérieures de la tuberculose.

Nous avons également obtenu la réaction en opérant avec des bacilles tués par une exposition de une heure à la température de 72°; elle est, il est vrai, moins nette et moins régulière que lorsqu'on opère avec des bacilles vivants. La fixation de l'alexine n'est donc pas un acte vital de la part des bacilles sensibilisés.

Sur deux cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques.

M. Griffon. — J'ai eu l'occasion d'observer récemment deux cas de méningite cérébrospinale terminés par la guérison. Dans l'un de ces cas, j'ai pu isoler du muco-pus nasal le méningocoque de Weichselbaum. L'évolution de la maladie a été brusque et s'est accompagnée de plusieurs rechutes.

Chez le second patient, la méningite a revêtu la forme bénigne et ambulatoire, et c'est seulement l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien qui a permis de porter le diagnostic, en révélant, dans ce liquide, une lymphocytose accentuée, en même temps que la présence du méningocoque de Weichselbaum.

M. Londe communique l'observation d'une femme de quarante-deux ans, atteinte d'une affection cardiaque, qui a été prise, au cours d'un mal de Bright, d'urémie lente à forme bulbaire avec crises d'angoisse et respiration de Cheyne-Stokes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 juillet 1901.

Du liquide céphalo-rachidien hémorrhagique.

M. Bard (de Genève). — Ayant fait, sur une cinquantaine de sujets atteints d'affections diverses des centres nerveux, l'examen du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire, j'ai trouvé deux fois un liquide nettement hémorrhagique : dans le premier de ces faits, il s'agissait d'hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire et contractures précoces généralisées; dans le second, d'une méningite cérébro-spinale qui se termina par la guérison.

De plus, chez quatre autres malades, le liquide était teinté en jaune, et j'ai cru devoir rattacher cette coloration à la présence d'un pigment dérivé de l'hémoglobine, reliquat d'exsudats hémorrhagiques hématolysés par le liquide céphalo-rachidien. De ces quatre cas, deux concernaient des méningites aiguës terminées par la mort (l'une de nature tuberculeuse chez un enfant de dix-huit mois, l'autre suppurée chez un jeune homme de dix-sept ans) et deux étaient relatifs à des paraplégies flasques avec douleurs, chez des adultes.

Chez ces patients, le liquide ne présentait pas, au spectroscope, les raies d'absorption de l'hémoglobine; il ne donnait pas non plus, avec la teinture de gaïac, la réaction bleue révélatrice de cette matière colorante; enfin, il ne contenait pas de quantités appréciables de fer. Dans ces conditions, il aurait été difficile d'affirmer, en se basant sur des raisons chimiques, l'origine hématique de la coloration en question, mais l'évolution du cas de méningite cérébro-spinale que je signalais tantôt me permet d'en fournir la preuve clinique.

Chez ce sujet, en effet, on retira, le douzième jour de la maladie, un liquide très nettement hémorrhagique, donnant, après centrifugation, une réaction intense avec le gaïac et renfermant, en outre, de très nombreux leucocytes polynucléaires. Une seconde ponction, pratiquée une semaine après la première, alors que l'état du malade s'était beaucoup amélioré, fournit un liquide jaune, ayant la teinte d'une solution saturée d'acide picrique, mais ne réagissant plus à la teinture de gaïac; ce liquide n'hématolysait le sang du doigt qu'à la dilution de 8 gouttes d'eau distillée pour 10 de liquide; il ne contenait que de rares leucocytes tous isolés, et pour la plupart lymphocytaires. Enfin, sept jours plus tard — le malade étant complètement guéri —, le liquide avait repris sa coloration et ses caractères normaux; il ne renfermait plus de leucocytes et n'hématolysait plus le sang du doigt.

De cette observation, on peut conclure que l'hémoglobine du sang épanché et hématolysé dans le liquide céphalo-rachidien y subit une transformation pigmentaire spéciale qui précède sa résorption définitive, et qui permet de reconnaître, au bout d'un certain temps, l'existence d'un épanchement hémorrhagique antérieur.

Mécanisme de la mort accidentelle par la cocaïne.

M. Maurel. — On connaît les modifications que subissent les leucocytes sous l'influence de la cocaïne. Or, à un degré de concentration suffisant pour donner la forme sphérique aux leucocytes, c'est-à-dire en solution à 5 ou 10 %, la cocaïne injectée dans les veines du lapin (sauf dans les veines du système porte) tue à la dose de 0 gr. 01 centigramme par kilogramme d'animal. Au contraire, en employant des solutions de titre inférieur (à 1 pour 400), ne déformant pas les leucocytes, j'ai pu injecter dans les veines du lapin jusqu'à 0 gr. 03 centigr. de cocaïne par kilogramme sans produire d'accident. Par la voie hypodermique, l'influence de la concentration est moins marquée, mais cependant elle est encore sensible. Enfin, par la voie artérielle, même avec des solutions ayant une action très intense sur les leucocytes, on peut injecter jusqu'à 0 gr. 10 centigr. par kilogramme sans tuer l'animal. Il en est de même des injections dans les veines du système porte.

Il semble donc que le danger de la cocaïne réside dans sa pénétration dans les veines autres que celles du système porte, sous forme de solution suffisamment concentrée pour tuer les leucocytes, ou, du moins, pour leur donner rapidement la forme sphérique.

Ayant constaté, d'autre part, des embolies pulmonaires chez des grenouilles après une injection intraveineuse de cocaïne, je crois que la mort accidentelle par la cocaïne est due à l'arrêt, par les capillaires pulmonaires, des leucocytes déformés par la cocaïne et remplissant le rôle de véritables embolies.

Valeur comparée des injections sous-arachnoïdiennes et épidurales de cocaïne dans le traitement de la sciatique.

MM. Du Pasquier et **Leri.** — Nous avons traité comparativement un certain nombre de sciatiques, les unes par des injections intra-arachnoïdiennes, les autres par des injections épidurales de cocaïne. Les accidents que nous avons observés à diverses reprises (céphalées, vomissements, vertiges, etc.) à la suite des injections intra-arachnoïdiennes, bien que la dose de cocaïne injectée en une seule fois ne dépassât pas 0 gr. 005 milligr., nous autorisent à considérer la méthode épidurale comme le procédé de choix pour le traitement des affections douloureuses des membres inférieurs, et en particulier des névralgies sciatiques.

M. Laignel-Lavastine dit avoir examiné bactériologiquement le liquide céphalo-rachidien, retiré pendant la vie par ponction lombaire, de 53 paralytiques généraux, et n'y avoir jamais rencontré aucun microorganisme cultivant sur les milieux usuels.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 4 juillet 1901.

Emploi des injections de cacodylate d'hydrargyre dans le traitement de la syphilis.

M. Brocq. — Nous avons traité un assez grand nombre de cas de syphilis à l'aide d'une solution contenant, par centimètre cube, 0 gr. 004 milligr. de bi-iodure d'hydrargyre, 0 gr. 03 centigr. de cacodylate de soude et 0 gr. 001 milligrammes d'iodure de sodium. Cette préparation, qu'il faut avoir soin de stériliser à l'autoclave, est, d'après notre expérience, parfaitement miscible au sérum sanguin, qu'elle ne trouble pas.

Les injections intramusculaires, répétées quotidiennement, sont très bien supportées par les malades. Elles ne provoquent aucune douleur et ne laissent pour ainsi dire jamais de trace. S'il survient — ce qui est exceptionnel — une petite nodosité, on peut à coup sûr l'attribuer à ce que l'injection a été trop superficielle.

Ce mode de traitement a été employé par nous chez 48 syphilitiques et nous n'avons eu à relever que les incidents suivants : une fois de la pigmentation au point où étaient pratiquées les injections ; une fois de la diarrhée; deux fois de la stomatite; une fois une hémoptysie, chez un tuberculeux porteur de cavernes.

Chez 47 de ces malades, les résultats thérapeutiques ont été excellents; dans un cas seulement, il existait des syphilides qui furent rebelles à ce médicament.

Nous avons été frappés de la puissante action du cacodylate d'hydrargyre chez les sujets en état de dénutrition, particulièrement dans les formes neurasthéniques et déprimantes de la syphilis. De plus, nous avons pu noter que les dermatoses survenant chez d'anciens syphilitiques sont très heureusement influencées par lui. C'est ainsi que nous avons vu guérir rapidement un cas de sycosis lupoïde et un eczéma séborrhéique péripilaire.

M. Balzer. — J'ai eu l'occasion de me servir du cacodylate de mercure dans le traitement de la syphilis, et je n'ai eu qu'à me louer des résultats que j'en ai obtenus.

M. A. Fournier. — J'ai eu, pour ma part, quelques mécomptes avec ce médicament, mais je crois devoir les attribuer à ce qu'il entrait, dans la préparation dont je me suis servi, du cacodylate *acide* d'hydrargyre.

Crises épileptiformes, leucoplasie buccale et diabète chez un syphilitique à la période secondaire.

M. Danlos. — Lorsque le jeune homme que voici est entré dans mon service, le mauvais

état de sa bouche m'a empêché d'instituer immédiatement le traitement spécifique, bien qu'il eût une syphilis en pleine efflorescence. Ce n'est qu'à partir du 1er mai qu'il fut soumis à une série de 11 injections de cyanure de mercure. Le 14 mai, il fut pris d'attaques d'épilepsie jacksonienne débutant par de l'engourdissement du pied droit et s'accompagnant de perte de connaissance, de raideur généralisée et, une fois même, de morsure de la langue. On aurait pu penser à l'hystérie, car ce sujet, à son arrivée à l'hôpital, ne présentait aucun trouble de la sensibilité, tandis que, plus tard, on constata chez lui de l'analgésie; ces crises m'ont cependant paru dépendre plutôt de la syphilis, le champ visuel étant resté normal. Aussi ai-je prescrit le traitement mixte (frictions mercurielles et iodure de potassium) et, à partir de ce moment, les attaques épileptiformes, lesquelles s'étaient renouvelées cinq fois, n'ont plus reparu.

D'autre part, la bouche de ce patient est le siège de lésions leucoplasiques tellement développées que je n'en ai jamais vu de semblables. Elles recouvrent les deux joues, la voûte palatine à l'exclusion du voile et des piliers, la face inférieure et les bords de la langue. Cette leucoplasie reproduit d'une façon typique l'aspect du lichen plan de même siège.

Enfin, nous nous sommes aperçu, trois semaines après la disparition des attaques épileptiques, que notre malade présentait une polydipsie et une polyphagie très marquées. A ce moment, il rendait par vingt-quatre heures de 6 à 8 litres d urine contenant 600 grammes de sucre. Or, à son entrée à l'hôpital, on s'était assuré qu'il n'y avait pas de glycosurie. Je crois bien qu'il s'agit là d'un diabète véritable, provoqué par la syphilis, et je me propose de continuer le traitement spécifique, dans l'espoir qu'il finira par avoir raison de ce nouvel accident.

Je n'ai trouvé dans la littérature médicale que des cas de glycosurie temporaire déterminée par la syphilis; il n'existe, à ma connaissance, aucune observation de diabète véritable, apparu brusquement en même temps que des accidents syphilitiques.

M. A. Fournier. — C'est là un exemple très intéressant de syphilis nerveuse précoce. Pour ma part, je pense que la glycosurie, de même que la polydipsie et la polyphagie, ne sont que des accidents nerveux sous la dépendance de la syphilis; ils sont appelés à disparaître.

Quant à la leucoplasie buccale de ce malade, je n'ai souvenir que d'un seul cas qui lui fût comparable comme étendue. Il s'agissait d'un syphilitique, non fumeur, dont je ne parvins, malgré des injections répétées de calomel et d'huile grise, qu'à améliorer les lésions, lesquelles persistent encore en partie.

Lupus annulaire du front.

M. Chatin présente, au nom de M. le professeur Fournier et en son nom, une femme dont la partie moyenne du front est occupée par une lésion circinée, ayant débuté par une simple pustule. Celle-ci, s'étant affaissée, a laissé un point cicatriciel autour duquel s'est formée une zone circulaire d'infiltration périphérique. Pendant longtemps, la malade a été soumise sans succès au traitement mercuriel et à l'iodure de potassium. Actuellement, la lésion dépasse les dimensions d'une pièce de 5 francs; elle se compose d'un cercle central cicatriciel, ayant l'apparence d'une tache blanche et lisse, et d'une zone périphérique annulaire, de coloration brunâtre, infiltrée de petits tubercules.

L'examen histologique montre qu'il s'agit de lupus tuberculeux.

M. Brocq. — C'est là une forme rare et tout à fait spéciale de lupus, dont M. Jacquet et moi avons réuni, en 1890, trois observations qui sont restées inédites. Les lésions procèdent en pareil cas toujours de la même façon : on constate d'abord un point d'inoculation central, au niveau duquel se fait un travail lent de cicatrisation, tandis que la périphérie est envahie par des tubercules. Cette variété de lupus semble très virulente, car des fragments de la lésion, inoculés à des animaux, les tuent très rapidement par tuberculose généralisée. D'autre part, les malades ne tardent pas à mourir de phtisie pulmonaire.

M. Leredde. — N'y aurait-il pas indication à exciser largement ces lésions?

M. Brocq. — Dans les faits que j'ai observés, les cautérisations ignées avaient beaucoup amélioré le lupus, mais elles ne retardèrent ni l'apparition ni les progrès des manifestations pulmonaires.

M. Barthélemy. — J'ai cependant guéri un cas semblable par l'application de pointes de feu très fines, et, dans la suite, aucun viscère n'a été atteint de tuberculose.

Ulcère annamite.

M. Gastou montre, au nom de M. Vieira et en son nom, un malade qui est revenu en France après avoir habité pendant quatorze ans le Tonkin et l'Annam. Depuis deux ans, ses membres inférieurs sont le siège de nodules sous-cutanés qui, trois semaines après leur apparition, s'ulcèrent et se transforment en une plaie suppurée, à fond bourgeonnant, laquelle aboutit à la cicatrisation au bout de six mois à un an, et même plus. La cicatrice qui en résulte est déprimée, à fond blanchâtre, squameux, psoriasiforme, à pourtour pigmenté.

Ces lésions, qui ne sont pas douloureuses, ont une apparence ecthymateuse, anthracoïde ou syphiloïde. Il s'agit là, sans doute, de ce qu'on appelle l'ulcère annamite.

L'ensemencement du pus recueilli au niveau des ulcérations donne des cultures pures d'un diplocoque prenant le Gram.

Histologiquement, la lésion est constituée par de l'infiltration diffuse et nodulaire, celle-ci s'observant particulièrement au niveau des glandes sudoripares.

M. Jeanselme. — J'ai pu constater en Annam qu'on confond, sous le nom d'ulcère annamite, des lésions cutanées d'origines très différentes. Souvent, la coexistence d'exostoses dénonce la nature syphilitique de ces ulcérations.

Dans le cas qui nous est montré, l'épaisseur de l'infiltration me donne à penser que les lésions pourraient bien être aussi sous la dépendance de la syphilis; l'état variqueux des membres inférieurs suffirait à expliquer leur reproduction incessante. Il serait bon, à mon avis, de faire l'épreuve du traitement spécifique.

M. Gastou. — Les nodosités ont évolué ici plutôt comme des anthrax que comme des gommes. D'ailleurs, M. Darier, ayant examiné les coupes faites au niveau des ulcères, ne croit pas qu'il s'agisse de lésions syphilitiques.

Disparition temporaire de l'ichtyose cornée sous l'influence de la compression.

M. Hallopeau présente un cas d'ichtyose, dans lequel les concrétions noirâtres, caractéristiques de cette affection, au lieu de former, comme c'est habituel, une épaisse couche sur toute l'étendue des membres, faisaient défaut au niveau du point comprimé par les jarretières; cette bande de peau saine tranchait curieusement sur les épaisses concrétions ichtyosiques qui déformaient, au-dessus et au-dessous, les genoux et les jambes.

On fut ainsi amené à l'idée de traiter une partie étendue des membres inférieurs par la compression au moyen d'une bande roulée, et cette pression, modérée mais persistante, suffit à faire disparaître sur une assez grande surface l'accumulation des concrétions cornées. La guérison ne fut toutefois que temporaire, car les lésions reparurent dès qu'on cessa la compression.

Gomme rétro-oculaire dans la période secondaire de la syphilis.

M. E. Gaucher. — Il y a trois semaines entrait dans mon service une malade atteinte de cécité presque absolue, avec exorbitis unilatérale. Sept mois auparavant, cette femme avait remarqué sur son corps une éruption de boutons cuivrés, en même temps qu'apparaissaient des plaques buccales et vulvaires; l'accident primitif avait passé inaperçu. Bientôt la vue s'affaiblit rapidement, du côté gauche, tandis que l'œil était projeté en avant et entouré d'une infiltration œdémateuse.

Au moment de l'arrivée à l'hôpital, on constatait des signes de tumeur rétro-oculaire; le fond de l'œil était normal; il existait un léger degré d'iritis. Du côté droit, la vision était également abolie par ophtalmie sympathique. Sur le corps se voyaient les traces d'une éruption papulo-squameuse secondaire; les grandes lèvres étaient couvertes de plaques muqueuses hypertrophiques.

Le traitement mixte, immédiatement institué (injections quotidiennes de benzoate de mercure et iodure de potassium à doses progressives), a très rapidement amélioré l'état de la malade.

Paralysie générale et lésions gommeuses.

M. A. Fournier relate l'observation d'une femme dont les genoux sont le siège de syphilides gommeuses; on relève en outre, chez cette malade, tous les signes de la paralysie générale. C'est là une coïncidence exceptionnelle; si l'on s'accorde à reconnaître les rapports étroits qui existent dans le plus grand nombre des cas entre la syphilis et la paralysie générale, on compte encore les observations où des accidents syphilitiques ont coexisté avec la méningo-encéphalite.

Lichen scrofulosorum.

M. Hudelo. — Voici un enfant de douze ans, fils de tuberculeux, atteint lui-même de coxalgie gauche et d'adénite tuberculeuse cervicale, dont le tronc et la racine des membres sont recouverts de placards circinés ou polycycliques, formés par l'agmination de très petites papules dures, sèches, siégeant au niveau des orifices pilo-sébacés. Ces lésions, rouges au début, ont pris actuellement une coloration brunâtre, indiquant un commencement de régression.

Les antécédents de ce jeune malade, ainsi que les caractères de l'éruption (sa topographie, sa nature papuleuse miliaire, le siège des éléments au niveau des orifices pilo-sébacés, l'absence de cicatrices sur les placards), montrent nettement qu'il s'agit bien là de lichen scrofulosorum.

Pemphigus foliacé avec ostéomalacie.

M. Hallopeau communique l'observation d'une femme atteinte de pemphigus foliacé avec ostéomalacie. On a trouvé du phosphore dans le liquide de bulles persistantes. Les incurvations osseuses se sont progressivement accentuées aux membres inférieurs, puis ont frappé aussi les membres supérieurs. Dans ces dernières semaines, est survenue une mélanodermie généralisée avec macules plus sombres. En même temps, un amaigrissement progressif a réduit la malade à un état véritablement squelettique.

Adénomes sébacés de la région temporale.

M. E. Gaucher présente une femme de quarante-huit ans, portant sur la tempe gauche, à la limite d'implantation des cheveux, une vingtaine de petites papules rosées qui sont autant d'adénomes sébacés. Leur siège est tout à fait insolite, car cette affection, rare d'ailleurs, ne s'observe guère qu'au niveau du sillon naso-génien.

ETRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séances des 24 juin et 1er juillet 1901.

La bactériehémie, la diazoréaction et l'éosinophilie dans la tuberculose pulmonaire.

M. F. Meyer, à propos de la récente communication de M. Stadelmann (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 182 et 198), rend compte des recherches qu'il a faites avec M. Michaelis sur la bactériehémie chez les tuberculeux : il l'a constatée dans 8 cas sur 10; chez 4 de ces malades, la recherche fut faite de deux mois à neuf jours avant le décès. Les microorganismes ainsi isolés avaient une faible virulence, ce qui explique qu'ils aient pu circuler dans le sang pendant un certain temps sans provoquer d'accidents septicémiques. En ce qui concerne la technique, l'orateur insiste sur la nécessité d'ensemencer au moins 10 c.c. de sang, et non pas 1 c.c. seulement comme l'ont fait certains expérimentateurs.

La bactérichémie et la diazoréaction sont des manifestations parallèles; leur cause commune réside dans le haut degré de l'intoxication.

M. S. Cohn déclare que ses recherches ne sont pas favorables à l'hypothèse de Teichmüller qui attribue à la présence des éosinophiles dans l'expectoration une signification favorable au point de vue du pronostic; il a examiné environ 100 tuberculeux porteurs de lésions plus ou moins avancées, et il n'a pas constaté de relation entre l'éosinophilie et le degré des altérations pulmonaires.

M. Michaelis insiste sur l'importance pratique de la diazoréaction. A son avis, les malades chez lesquels cette réaction est très intense ne devraient pas être reçus dans les *sanatoria*, car d'ordinaire ils meurent en moins de six mois. C'est ainsi que, sur 111 tuberculeux soignés à la Charité et qui se trouvaient dans ce cas, 80 succombèrent; des 31 qui survécurent et purent quitter l'hôpital, 15 seulement étaient améliorés; les 16 autres furent transférés dans un autre établissement ou retournèrent chez eux, sans modification de leur état.

La diazoréaction disparaît parfois pour un certain temps, en même temps que les patients reprennent du poids; mais le plus souvent la rechute est rapide. Cette réaction peut encore survenir passagèrement au début de la maladie; elle témoigne alors de complications (pleurésie étendue, grippe).

M. A. Fränkel ne croit pas qu'il faille attribuer une grande importance à la bactérichémie dans la production de la fièvre hectique; deux éventualités peuvent se présenter : ou bien les microorganismes circulant dans le sang sont nombreux, et ils déterminent une septicémie mortelle ou une pyohémie avec métastases; ou bien ils sont peu abondants et, en pareil cas, demeurent habituellement inoffensifs.

M. Kaminer déclare partager l'opinion de M. Michaelis, relativement à la nécessité d'exclure des *sanatoria* les individus présentant la diazoréaction; ces malades, d'après son expérience, présentent bientôt de la fièvre avec aggravation de l'état général.

Sur les méthodes d'examen fonctionnel du foie.

M. Strauss communique les résultats de ses recherches, concernant les divers moyens dont nous disposons pour apprécier l'état fonctionnel du foie.

Afin de se rendre compte du pouvoir antitoxique de cet organe, il a recours à l'administration d'un repas d'épreuve additionné de 20 grammes de butyrate de soude; on sait, en effet, que, par suite de l'abaissement du pouvoir antitoxique du foie, l'excrétion des acides gras est augmentée quand cet organe est malade; l'orateur a constaté 6 fois sur 8, chez des sujets atteints d'affections hépatiques, cette élévation du taux des acides gras dans les urines après l'ingestion de butyrate de soude; il en fut de même chez des fiévreux, des saturnins et surtout chez des diabétiques.

D'autre part, M. Kolisch a proposé naguère une méthode d'examen basée sur ce fait que, lorsque le foie est lésé, l'assimilation des albuminoïdes est troublée, si bien que la proportion d'ammoniaque contenue dans l'urine varie avec la teneur des aliments en albumine; M. Strauss a institué sur ce point des expériences de contrôle, mais avec un résultat négatif. Aussi ne croit-il pas que l'épreuve préconisée par M. Kolisch puisse renseigner sur le fonctionnement du foie.

Enfin, l'orateur a étudié la valeur de la glycosurie alimentaire, en ayant recours à l'administration de lévulose, moyen d'exploration qu'il considère comme très utile : de 29 patients atteints d'affections hépatiques graves, 26, soit 90 % environ, présentèrent de la lévulosurie alimentaire, tandis que, sur 58 individus sans maladie du foie, 6 seulement manifestèrent ce phénomène, soit moins de 10 %. Une particularité qu'il est intéressant de retenir, c'est que 2 diabétiques avec cirrhose hypertrophique, ayant reçu de la lévulose, excrétaient, outre de la dextrose, des quantités notables de lévulose; au contraire, dans les mêmes conditions, des diabétiques sans complication hépatique éliminaient presque exclusivement de la dextrose; aussi, ayant eu l'occasion d'observer deux patients atteints de cancer du pancréas avec troubles hépatiques, dont les urines ne renfermaient que de la lévulose après ingestion de cette variété de sucre, M. Strauss put-il conclure qu'il n'existait, dans ces cas, aucun trouble des échanges de nature diabétique.

Quant à la dextrose, elle ne détermina qu'une fois sur 50 de la glycosurie alimentaire, résultat à opposer à celui des auteurs français, lesquels trouvent de la glycosurie alimentaire dans 50 % des cas. L'orateur explique cette divergence par cette circonstance qu'en France on fait prendre au patient, pour l'épreuve en question, 150 grammes de sucre de canne; la glycosurie peut dès lors provenir du dédoublement de la saccharose, dans l'intestin, en glucose et en lévulose, et du passage de ce dernier sucre dans l'urine (1).

Des lésions du fond de l'œil dans la septicémie.

M. Litten fait une communication sur les altérations septicémiques du fond de l'œil, qu'il a décrites autrefois, et qui consistent en taches blanches, rondes ou allongées, situées au voisinage de la papille, et en hémorrhagies nombreuses, linéaires ou circulaires, siégeant dans la même région.

Bien que ces lésions n'aient pas la signification pronostique très grave que l'orateur avait cru pouvoir leur attribuer tout d'abord, et qu'elles soient moins constantes qu'il ne l'avait pensé jadis — on ne les rencontre que dans 30 à 40 % des cas —, elles n'en sont pas moins importantes à connaître au point de vue du diagnostic, car on ne trouve rien de semblable dans les diverses affections pouvant simuler la septicémie (typhus, granulie aiguë, méningite tuberculeuse, etc.).

D[r] VILLARET.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur l'origine des troubles causés par les basses pressions atmosphériques, par M. E. ARON.

Dans un travail antérieur résumant des expériences faites sur des animaux, M. Aron avait attribué les troubles produits par la diminution de la pression atmosphérique à deux causes distinctes : d'une part, au manque d'oxygène, et, d'autre part, à l'action physique des basses pressions. Au contraire, la plupart des physiologistes considèrent le manque d'oxygène comme le seul facteur des malaises que l'on éprouve dans l'air raréfié. Aussi M. Aron a-t-il jugé nécessaire de reprendre ces recherches en opérant sur lui-même.

A la pression ordinaire, il a observé que les inhalations d'oxygène pur ont pour effet de ralentir le rythme de la respiration et de diminuer la ventilation pulmonaire, mais qu'elles sont sans influence sur le volume de chaque inspiration. Avec une pression abaissée à 380 millimètres de mercure, la fréquence des mouvements respiratoires et la ventilation pulmonaire s'élèvent sensiblement; si on respire alors de l'oxygène pur, le rythme respiratoire devient aussitôt beaucoup plus lent, et le volume de gaz respiré dans l'unité de temps s'abaisse. Après la décompression, la ventilation pulmonaire s'accroît de nouveau, sans reprendre cependant sa valeur primitive. En ramenant à une même pression et à une même température les quantités d'oxygène respiré dans les différentes phases de l'expérience, on constate que dans l'air raréfié le volume d'oxygène arrivant au poumon est sensiblement inférieur à ce qu'il est dans les conditions ordinaires, mais que, dès qu'au lieu d'air on respire de l'oxygène sous pression diminuée, ce volume devient deux fois plus considérable qu'à l'état normal.

Ces faits pourraient, à première vue, être considérés comme confirmant l'hypothèse qui attribue à l'anoxhémie seule les troubles survenant quand la pression diminue. Toutefois, s'il en était ainsi, les phénomènes respiratoires devraient être identiques dans une atmosphère d'oxygène raréfié et dans l'air atmosphérique sous pression normale. Ce n'est cependant pas ce qu'on observe : le volume d'une inspiration, ramené à 0° et à 760 millimètres, est environ deux fois plus faible dans le premier cas que dans le second. Lorsqu'on fait respirer de l'oxygène, la quantité de gaz inspiré dans l'unité de temps diminue encore plus, ce qui, d'après M. Aron, ne devrait pas avoir lieu si le manque d'oxygène était seul en cause.

Aussi l'auteur conclut-il de cette nouvelle série de recherches que les modifications de la respiration dans l'air raréfié ne sont pas purement d'ordre chimique, mais ont encore une cause physique, la raréfaction de l'air. Il importe toutefois de faire observer que dans ces expériences, dont la durée n'a pas dépassé une heure et quart, M. Aron n'a pas tenu compte de l'expansion des gaz de l'intestin sous l'influence de la diminution de pression, expansion qui a pour effet d'entraver la dilatation du thorax. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 1-2.) — A. J.

La région placentaire dans l'espèce humaine, par M. K. WINKLER.

L'origine et l'évolution des formations histologiques entourant les lacunes sanguines du placenta sont l'objet de nombreuses discussions. Rappelons sommairement la structure de cette région : du côté fœtal, les lacs sanguins sont tapissés par une couche protoplasmique nucléée, sans trace de segmentation en cellules distinctes, qui a reçu pour cette raison le nom de *syncytium;* au-dessus d'elle se trouve la zone des cellules de Langhans, recouverte elle-même par le stroma conjonctif des franges choriales. Du côté maternel, les lacunes sont également limitées par le syncytium, sous lequel on rencontre la caduque avec ses innombrables cellules rondes ou polyédriques, puis la musculeuse utérine.

M. Winkler laisse de côté la question de l'origine des lacs sanguins pour étudier seulement la provenance et l'évolution du syncytium. Il a remarqué, dans les couches superficielles de la musculeuse et dans la caduque, de grandes plaques protoplasmiques multinucléées, véritables cellules géantes ayant toutes les réactions colorantes du syncytium; il les considère comme les éléments formatifs de ce tissu, d'autant plus qu'on les voit augmenter de nombre à mesure qu'on se rapproche du syncytium : aussi les nomme-t-il *syncytoblastes.* Ces cellules sont douées de propriétés migratrices et amiboïdes, grâce auxquelles elles arrivent progressivement à la surface de la caduque, dans l'intérieur des lacunes, qu'elles recouvrent peu à peu tant du côté maternel que du côté fœtal : pour y parvenir, on les voit s'étirer, s'allonger, pousser des bourgeonnements, pendant que leurs noyaux se multiplient. La signification physiologique du syncytium serait donc celle d'un endothélium intravasculaire.

Jusqu'au milieu de la grossesse, syncytium et cellules de Langhans offrent les signes d'une grande activité. Mais à partir du cinquième mois, on voit apparaître dans la caduque des traînées de tissus en voie de dégénérescence, connues sous le nom de *tractus fibrineux de Nitabuch.* L'auteur pense qu'il ne s'agit nullement là de dépôts de fibrine, mais bien de la dégénérescence hyaline du stroma et des éléments de la caduque. En même temps, le syncytium et les cellules de Langhans dégénèrent, se fragmentent et disparaissent peu à peu, si bien que, vers la fin de la grossesse, les cellules déciduales sont les seuls éléments qui aient encore toute leur vitalité. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 2.) — R. DE B.

Névrite syphilitique du plexus brachial survenue à l'occasion d'une anesthésie chirurgicale, par M. A. VON SARBÓ.

Sans vouloir contester l'existence de paralysies post-anesthésiques du plexus brachial relevant simplement de la compression et des tiraillements exercés sur les branches nerveuses pendant la narcose, l'auteur estime qu'il est des cas où le traumatisme ne joue en réalité que le rôle d'un facteur occasionnel masquant en quelque sorte la cause première de la névrite. Toutefois, il est rare que ce rôle purement provocateur du traumatisme puisse être

(1) A ce propos, nous croyons devoir rappeler que M. le professeur R. Lépine a récemment indiqué cette cause d'erreurs, au cours d'un travail sur « la lévulosurie alimentaire dans ses rapports avec les maladies du foie » publié dans ce journal même (Voir *Semaine Médicale,* 1901, p. 105-106). — N. D. L. R.

mis en évidence aussi nettement que dans l'observation publiée par M. von Sarbó, et qui mérite à cet égard d'être signalée.

Il s'agissait, dans ce cas, d'un homme de trente-quatre ans, alcoolique et atteint de syphilis récente, opéré pour une hernie inguinale. Le sommeil anesthésique, qui avait été précédé d'une excitation très violente, dura deux heures, et, dès que le patient fut réveillé, il remarqua que son bras gauche était complètement paralysé, en même temps que les mouvements du bras droit paraissaient fort compromis. Un mois environ après l'opération, le malade vint pour la première fois consulter M. von Sarbó. A cette époque, la motilité du membre supérieur gauche était à peu près nulle et les muscles de l'épaule du même côté se trouvaient atrophiés; à droite, il n'existait pas d'atrophie, mais les mouvements antérieurs et latéraux du bras ne dépassaient pas 30°. On notait des douleurs à la pression des deux côtés, sans trace d'anesthésie. A gauche, le deltoïde, le biceps et l'extenseur commun des doigts offraient la réaction de dégénérescence; à droite, la contractilité faradique et galvanique des muscles semblait diminuée. Il n'y avait pas de troubles oculo-pupillaires, et les réflexes rotuliens étaient absolument normaux.

On eut d'abord recours aux courants galvaniques, mais, au bout de huit jours, l'état du patient restant toujours stationnaire, M. von Sarbó pensa que la paralysie en question pouvait être due à la syphilis contractée récemment par cet homme. Il institua, en conséquence, un traitement spécifique; après quelques frictions mercurielles, on constata déjà une légère amélioration qui ne fit que s'accentuer dans la suite, de sorte que, en l'espace d'un mois et demi environ, les deux bras recouvrèrent complètement leur motilité normale.

Si l'on tient compte que les phénomènes paralytiques, après être restés absolument stationnaires pendant un mois et avoir résisté à la galvanisation, ont rapidement cédé à la cure hydrargyrique, on est autorisé à considérer, dans ce cas, la syphilis (à laquelle est sans doute venue aussi s'ajouter l'influence de l'alcool) comme la cause directe de la paralysie brachiale. Les tiraillements exercés sur les bras du patient, et qui avaient probablement été d'autant plus violents que l'excitation de la période de début de la narcose avait été très prononcée, n'ont, en somme, agi qu'en créant un *locus minoris resistentiæ*. (*Pester med.-chir. Presse*, 24 mars 1901.) — L. CH.

De l'influence de la transpiration artificielle sur la sécrétion du suc gastrique, par M. P. EDEL.

D'après M. Simon, la transpiration artificielle (dans un bain de vapeur) aurait pour effet de diminuer la sécrétion et l'activité du suc gastrique; cette action persistant plusieurs jours, on pourrait employer la sudation — soit par le bain de vapeur, soit par la pilocarpine en injection sous-cutanée — dans le traitement de l'hyperacidité. Etant donnée l'importance pratique de cette question, M. Edel vient d'en reprendre l'étude, à l'instigation de M. le professeur Riegel.

Ayant analysé à plusieurs reprises le suc gastrique normal de 13 individus, il les a fait transpirer en leur donnant un bain chaud (de 32° à 34° Réaumur), suivi d'un enveloppement pendant une heure et quart dans des couvertures de laine. Il a ainsi observé que le suc gastrique, quelques heures après la sudation, possède d'ordinaire une acidité normale; dans un cas même le taux des acides était augmenté. Quant aux effets tardifs de la sudation, ils sont tout-à-fait inconstants : de vingt à soixante-huit heures après le bain chaud, M. Edel a noté 2 fois une légère diminution et 2 fois une élévation de l'acidité, qui chez 2 autres patients, n'avait pas varié.

Ces résultats sont en opposition avec ceux qu'a obtenus M. Simon; aussi l'auteur ne peut-il accepter les déductions thérapeutiques que cet expérimentateur avait tirées de ses propres recherches. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 1-2.) — A. J.

De la guérison spontanée du genou cagneux, par M. HONSELL.

Il y a quelques années, nous avons résumé ici même les observations recueillies par M. Veit, à la clinique chirurgicale de M. von Bergmann, sur la guérison spontanée des déviations rachitiques des membres (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 243). M. Honsell vient de faire des recherches analogues sur 12 cas typiques de genou cagneux des adolescents, avec déviation d'intensité faible ou moyenne. Un premier examen fut pratiqué entre quinze et vingt et un ans, et un deuxième de quatre ans et demi à quatorze ans plus tard; l'interruption du travail varia de trois à douze mois après le premier séjour à l'hôpital, et tous les patients continuèrent à exercer leur métier primitif, métier sous l'influence duquel la déformation des genoux s'était produite. Or, dans 6 de ces cas, l'auteur a constaté une amélioration indiscutable, tandis que dans les 6 autres les lésions sont restées stationnaires. Cette proportion est à peu près celle qui a été signalée pour les altérations rachitiques.

M. Honsell s'abstient de tirer de ces faits des conclusions thérapeutiques définitives, car il estime nécessaire de faire des recherches analogues sur des sujets atteints de déviations plus accentuées; ce n'est que dans le cas où ces lésions montreraient également une tendance spontanée à la guérison qu'il y aurait lieu de restreindre dans une certaine mesure les indications du traitement opératoire du genou cagneux, et de le remplacer à l'occasion par le repos temporaire et par l'emploi de moyens médicaux. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 3.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Le craniotabes congénital, par M. J. V. WICHMANN.

Tandis que le rachitisme congénital est très rare — l'auteur n'en a rencontré que 2 cas indiscutables sur 300 naissances —, le craniotabes serait, au contraire, très commun, car M. Wichmann l'a observé d'une manière certaine dans 15 % des cas. La mollesse des os du crâne ne persiste, en moyenne, que cinq ou six semaines après la naissance; elle intéresse surtout les pariétaux, et affecte généralement une disposition symétrique. La présentation n'a pas d'influence sur sa production, car elle survient aussi bien à la suite de la présentation du siège qu'après celle du sommet. La zone ramollie est d'habitude ronde ou ovale, grande comme « une pièce de deux couronnes », située en arrière de la bosse pariétale; il est plus rare qu'elle constitue une bande le long des sutures sagittale ou lambdoïde. Quand cette zone est large et qu'on la déprime avec le doigt, elle revient aussitôt sur elle-même, avec l'élasticité d'un ressort. Cet état « parcheminé » du crâne joue certainement un rôle important dans l'accouchement. La fontanelle antérieure est généralement agrandie; l'écart des sutures est variable. Le crâne est peut-être un peu plus petit qu'à l'état normal.

Le craniotabes est quatre fois plus commun chez les premiers-nés que chez les autres enfants; il est également fréquent dans les deux sexes. Il atteint surtout les enfants à terme et de poids normal ou un peu supérieur à la moyenne (de 3,000 à 3,600 grammes). M. Wichmann ne l'a jamais rencontré chez des enfants pesant moins de 2,000 grammes : il est donc rare avant le dernier mois de la vie intra-utérine. On l'observe souvent chez les gros enfants pesant plus de 3,600 grammes, mais il ne se manifeste alors que quelques semaines après la naissance. Les nourrissons nés avec du craniotabes se développent, en général, plus vite que les autres; il n'est pas rare qu'ils doublent de poids en huit, dix ou douze semaines. Le chapelet costal se montre un mois seulement après la naissance.

En terminant son travail, l'auteur se demande comment a pu prendre naissance le « mythe » de la faiblesse des enfants craniotabétiques. Il croit qu'il faut l'attribuer à ce qu'on a confondu le rachitisme vrai et le craniotabes ou pseudo-rachitisme, maladies qui, à son avis, sont d'espèces différentes. Kassowitz, qui a fait du craniotabes le premier stade du rachitisme, avait pourtant bien vu que le processus histologique n'est pas le même dans les deux cas : chez les rachitiques, le tissu compact est remplacé par un tissu ostéoïde spongieux, tandis que dans le pseudo-rachitisme, il y a simplement ostéoporose; il est admis que le rachitisme vrai peut se surajouter au craniotabes. On inclinera de préférence vers ce dernier diagnostic, toutes les fois que ramollissement du crâne ou chapelet costal se rencontreront dès le premier mois de la vie, surtout si le jeune sujet est fort et se développe normalement. Quant à la nature de l'ostéoporose du craniotabes, on peut la considérer soit comme une anomalie, soit comme une variété physiologique de la croissance des os. (*Bibliotek for Læger*, janvier 1901.) — R. DE B.

Résection d'un rétrécissement cicatriciel de la portion cervicale de l'œsophage, par M. E. SANDELIN.

Chez un homme de trente-neuf ans, porteur d'un rétrécissement situé à 18 centimètres des arcades dentaires et que le cathétérisme n'arrivait qu'à peine à franchir et à améliorer, M. Sandelin opéra de la façon suivante :

L'incision fut faite le long du bord interne du sterno-mastoïdien gauche; le peaucier et l'aponévrose cervicale superficielle furent sectionnés. On réclina en dehors le sterno-mastoïdien et la gaine des vaisseaux; les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien furent, au contraire, rejetés en dedans et en avant avec la glande thyroïde; l'omo-hyoïdien et les vaisseaux thyroïdiens inférieurs furent sectionnés; tout en ménageant le nerf récurrent, on libéra l'œsophage. Une sonde à bout olivaire fut introduite jusqu'au niveau du rétrécissement et en facilita la découverte; on reconnut ainsi qu'il était formé par un anneau cicatriciel placé juste au-dessous du cartilage cricoïde. Une boutonnière faite au conduit œsophagien permit, après quelques tâtonnements, de glisser à travers la partie incisée une sonde sur laquelle on incisa l'anneau cicatriciel; celui-ci avait de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres de hauteur.

Le rétrécissement fut ensuite excisé et la continuité de l'œsophage rétablie par deux plans de suture, dont le premier affrontait la muqueuse et le second la couche fibreuse; on fit de plus quelques points d'appui. La plaie fut tamponnée à la gaze et ses angles seuls furent suturés. Pendant les quatre premiers jours, le malade ne reçut rien par la bouche; au cinquième jour, il commença à prendre quelques liquides. Au bout d'une semaine, il s'établit une petite fistule œsophagienne, mais qui se ferma spontanément au seizième jour. Un mois et demi plus tard, le patient éprouva quelques difficultés de déglutition; on put lui passer d'emblée une sonde n° 24 et monter ensuite jusqu'au n° 50 de la filière Charrière. Il quitta l'hôpital en excellente santé; depuis lors, il a été malheureusement impossible à M. Sandelin d'avoir de ses nouvelles. Elles sont sans doute bonnes, car cet homme devait revenir à la moindre alerte.

La mortalité des résections de l'œsophage est très forte : elle atteint 37.5 % d'après M. de Quervain. L'auteur attribue son succès à la suppression de la sonde à demeure, qui irrite la ligne de suture, et au soin apporté pendant l'intervention à mettre le champ opératoire à l'abri des souillures venant de l'œsophage; cette protection n'est pas aisée, car les mouvements inspiratoires déplacent à chaque instant le bout inférieur de l'œsophage qu'ils attirent dans le médiastin. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 1.) — R. DE B.

Guérison complète d'un anévrysme disséquant de l'aorte de dimensions extraordinaires, par M. F. HARBITZ.

L'observation qui fait l'objet du présent travail concerne un malade de cinquante-quatre ans, artérioscléreux, chez lequel on avait diagnostiqué sept ans auparavant un anévrysme de l'aorte; cet homme ayant succombé à une tuberculose pulmonaire et intestinale généralisée, l'auteur recueillit à l'autopsie une pièce d'anévrysme disséquant, qui est peut-être la plus remarquable qu'on connaisse jusqu'ici.

L'anévrysme commençait dans le sinus postéro-gauche de Valsalva par une ouverture de 3 centimètres carrés environ, conduisant dans une énorme poche multiloculaire, grosse comme un œuf d'autruche, à laquelle faisait suite un canal à peu près régulier, soulevant la paroi postérieure de l'aorte et accompagnant ce vaisseau sur toute sa hauteur, jusqu'à sa bi-

furcation; là, il suivait de la même façon l'artère iliaque primitive gauche et venait finalement s'ouvrir dans l'iliaque externe par un orifice de 2 ou 3 centimètres. Ce sac anévrysmatique constituait une véritable aorte surnuméraire; son calibre et son épaisseur avaient à peu près les mêmes dimensions. Sa paroi interne était lisse et n'offrait que de rares caillots; la circulation s'y faisait donc comme dans l'aorte vraie, et de fait il existait de nombreux vaisseaux (notamment l'artère rénale droite), dont l'orifice de communication avec l'aorte s'était oblitéré, et qui s'abouchaient directement dans l'anévrysme. C'est à ces branches multiples que le sac dut sans doute de ne pas se rompre.

Le clivage des parois aortiques s'était produit au niveau de la tunique moyenne; la cloison séparant l'aorte de l'anévrysme était, en effet, formée par l'endartère et les deux tiers internes de la tunique moyenne, tandis que la paroi externe ou libre du sac était constituée par l'adventice fibreuse.

Le plus curieux est que le conduit anévrysmatique se trouvait tapissé d'endothélium, fait qui démontre aussi la valeur physiologique qu'avait prise ce conduit. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars 1901.) — R. DE B.

Gros polype fibromyomateux de la trompe, découvert au cours d'une opération de grossesse tubaire, par M. C. WETTERGREN.

Les fibromyomes de la trompe sont extrêmement rares; la plupart des cas relatés comme tels se rapportent au segment utérin de ce conduit et constituent en réalité des tumeurs utérines. Sur 5 faits admis par Sänger, l'auteur en élimine encore un; depuis, il en a rencontré deux autres dans la littérature médicale (Jacobs, Rudolph). C'est au cours d'opérations pour grossesses ectopiques que furent trouvés la plupart de ces néoplasmes qui, bien que leur volume soit généralement petit, peuvent s'opposer à la progression de l'ovule fécondé. L'observation de M. Wettergren en est un nouvel exemple.

La malade, une femme de trente ans, multipare et dont le dernier accouchement remontait au mois de juin, avait eu régulièrement ses époques du début d'août à octobre. Le 21 octobre, à la suite d'un effort, elle éprouva une vive douleur dans la région cæcale; les jours suivants, elle eut quelques pertes sanguines de couleur noirâtre. A son entrée à l'hôpital, le 29, elle était pâle, mais sans fièvre. Le palper abdominal ne révélait rien d'anormal à droite; à gauche, il existait un peu d'empâtement de la fosse iliaque. Au toucher, le cul-de-sac de Douglas était distendu, surtout à gauche, par une tumeur de consistance assez ferme. La sécrétion mammaire avait reparu. On porta le diagnostic d'appendicite compliquée d'avortement tubaire.

Quelques jours après, une soudaine aggravation de l'état général et local s'étant produite, la malade fut opérée d'urgence. On trouva dans l'abdomen du sang et des caillots; la trompe fut sectionnée à 2 centimètres de l'utérus. L'appendice, également réséqué, contenait un pépin d'orange.

La pièce enlevée était formée par la trompe, renflée en son milieu et grosse comme un citron; l'orifice tubo-utérin était en partie obstrué par une tumeur pédiculée, ferme, gris rosé à la coupe et dont le point de départ était évidemment la couche sous-muqueuse ou musculeuse. Elle avait 4 centim. 1/2 de long et 3 de large. Au microscope, elle se montra formée de fibres musculaires et conjonctives avec, vers sa base, une infiltration abondante de cellules déciduales; ces derniers éléments se retrouvaient dans la paroi tubaire : l'origine gravidique de cet hématosalpinx ne pouvait donc pas laisser de doute. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 1.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Du choix de la région pour les injections sous-cutanées de préparations ferrugineuses.

On sait que l'emploi hypodermique des sels de fer n'est pas exempt d'inconvénients et qu'il peut notamment donner lieu à des troubles plus ou moins prononcés de l'état général, se traduisant par de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, de l'obnubilation de la vue, des vertiges, des douleurs épigastriques et rétrosternales, une sensation de constriction de l'œsophage et de la gorge avec salivation abondante, nausées et vomissements alimentaires ou biliaires et sanguinolents. Frappé de la variabilité de ces accidents, comme fréquence, durée et intensité, non seulement d'un malade à un autre, mais aussi chez le même sujet, M. le docteur A. Plèssi, assistant de M. le docteur E. Galvagni, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Modène, s'est demandé si le choix de la région au niveau de laquelle l'injection est pratiquée ne jouerait pas un certain rôle dans les effets de la médication. Ayant remarqué que les injections portant sur les fesses ne sont pas aussi souvent suivies de phénomènes fâcheux que celles qu'on fait au niveau du dos, M. Plessi a institué, pour vérifier cette observation, une série d'essais comparatifs sur 12 malades, dont 10 femmes atteintes de chlorose et 2 hommes simplement anémiques.

Notre confrère s'est toujours servi d'une solution stérilisée de citrate de fer ammoniacal à 10 %, dont il injectait tous les matins 1 c.c., en ayant soin de pratiquer d'abord de trois à cinq injections dans la région fessière, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, pour passer ensuite à la région dorsale; parfois on procéda en sens inverse; enfin, on essaya également de faire alternativement une injection au niveau du dos et une dans la fesse, mais la plupart des malades finirent par ne plus vouloir accepter les injections dorsales à cause des troubles à peu près constants et très intenses qu'elles provoquaient. En effet, sur un total de 54 de ces injections, 51 (94.44 %) furent suivies de désordres plus ou moins graves de l'état général, tandis que les 305 injections pratiquées à la région fessière ne donnèrent lieu à des accidents que 17 fois (5.57 %), sans compter que dans la seconde catégorie de faits les troubles ont toujours été beaucoup moins accusés et moins durables que dans la première : souvent, tout se bornait à une sensation de chaleur accompagnée d'une légère céphalalgie, et encore ces deux phénomènes se dissipaient-ils complètement dans l'espace d'un quart d'heure à une heure.

M. Plessi est porté à admettre que cette différence dans les effets des injections suivant la région choisie tiendrait à ce qu'au niveau du dos l'absorption du médicament et sa pénétration dans le torrent circulatoire sont beaucoup plus rapides, grâce à cette sorte de massage qu'exercent constamment sur les parties molles du thorax les mouvements respiratoires. En dehors de l'immobilité infiniment plus grande de la région fessière, il conviendrait également de tenir compte de l'épaisseur plus considérable que présentent les tissus de cette région.

Les bains d'air chaud contre l'ostéomalacie.

Partant de ce fait que le processus ostéomalacique débute par une vascularisation intense de la moelle osseuse (ostéomyélite rouge), M. le docteur R. Schmidt, assistant de M. le docteur E. Neusser, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Vienne, s'est demandé s'il ne conviendrait pas de combattre l'ostéomalacie par un moyen qui, en déterminant une forte hyperémie superficielle, déchargerait les vaisseaux des parties profondes et permettrait au système vasculaire du périoste et de la moelle des os, distendu et affaibli, de récupérer sa tonicité normale. Les bains d'air chaud ont paru à notre confrère tout indiqués à cet effet, et cela d'autant plus que leur emploi, ne nécessitant aucun déplacement des malades, est facile à réaliser même dans les cas graves où la marche est rendue à peu près complètement impossible. M. Schmidt n'a eu jusqu'à présent l'occasion de mettre en pratique ce moyen de traitement que chez deux femmes atteintes d'ostéomalacie puerpérale typique. L'une d'elles marchait difficilement, s'avançant par cette sorte de *progression horizontale* qui est caractéristique de l'ostéomalacie; or, après 9 bains quotidiens d'air chaud, on constata déjà chez elle une amélioration sensible des troubles fonctionnels, et la guérison complète fut obtenue en 59 séances. Chez la seconde malade, il existait des lésions avancées du bassin et une impotence absolue : la patiente gardait le lit depuis dix mois. Au bout de trois mois de traitement par des bains d'air chaud, pris tous les jours, cette femme marchait et montait des escaliers, seule et sans béquilles ni canne; elle fut revue cinq mois plus tard et déclara se trouver complètement rétablie et capable de vaquer aux travaux de ménage sans la moindre fatigue; c'est à peine si elle ressentait le matin quelques douleurs au niveau du sacrum.

La durée des bains a varié, dans ces deux cas, d'une demi-heure à une heure et demie. Comme les séances provoquent parfois un peu de fatigue, notre confrère recommande d'appliquer le traitement, de préférence, le soir.

Traitement de l'eczéma par la vaporisation.

L'emploi de la vapeur d'eau chaude, préconisé d'abord par M. le docteur V. Snéguirev, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Moscou, contre l'endométrite (Voir *Semaine Médicale*, Annexes, 1894, p. CX, 1895, p. LVIII et 1896, p. CCL), a été également utilisé, depuis lors, par quelques confrères russes dans le traitement des affections cutanées. C'est ainsi que M. le docteur E. K. Manfanovsky, médecin de l'hôpital du zémstvo à Yaroslavle, a eu recours à la vaporisation contre le chancre mou (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 144) et que M. le docteur E. Liebersohn (d'Odessa) s'est servi du même moyen dans les dermatoses les plus diverses (eczéma, sycosis non parasitaire, différentes variétés d'acné, etc.). S'inspirant de ces exemples et ayant eu lui-même l'occasion de remarquer que les bains de vapeur locaux, employés dans les cas d'ulcère de jambe, exercent une action favorable non seulement sur la plaie mais aussi sur l'éruption eczémateuse concomitante, M. le docteur J. Fodor (de Vienne) a adopté la vaporisation pour le traitement de l'eczéma et s'en est fort bien trouvé. Notre confrère fait des applications d'abord tous les jours, et ensuite tous les deux jours seulement. On traite alternativement les diverses parties atteintes en faisant, chaque fois, durer la séance le laps de temps strictement nécessaire pour ramollir la peau et la rendre rose et succulente. De plus — conformément au principe fondamental de l'hydrothérapie, suivant lequel les pratiques dépressives doivent être suivies de moyens excitants — M. Fodor a essayé de compléter la vaporisation par une douche à 15°, en éventail, dirigée sur les parties hyperémiées. Cette modification de la technique habituelle a paru favoriser dans une large mesure le processus de guérison, en agissant principalement sur la circulation sanguine.

Dans les intervalles des séances, notre confrère recommande de protéger la peau malade en appliquant un emplâtre approprié pendant la journée, et de l'adoucir au moyen d'un mélange de vaseline et de lanoline durant la nuit.

Technique du drainage prolongé de l'utérus.

Le drainage de la matrice au moyen de gaze iodoformée étant loin d'assurer l'évacuation complète des produits muco purulents, sans compter qu'il se montre souvent impuissant à maintenir le col suffisamment dilaté, on a depuis longtemps cherché à lui substituer des drains spéciaux sous forme de tiges métalliques (Lefour) ou de tubes de caoutchouc munis d'un renflement à leur partie supérieure (Verchère), etc., etc. Toutefois, la plupart de ces drains, assez difficiles à mettre en place, ne tardent guère à être expulsés dans le vagin. Aussi M. le docteur F. Franke, médecin en chef du Diakonissenhaus Marienstift de Brunswick, se sert-il de drains ordinaires en caoutchouc, qu'*il fixe au moyen d'un point de suture*, comme on le fait d'habitude pour le drainage des plaies. Après avoir dilaté le canal cervical au moyen de bougies d'Hegar, notre confrère introduit dans l'utérus un drain assez épais, ayant une longueur de 6 à 7 centimètres et dans lequel on a préalablement enfoncé un cathéter. Le drain une fois en place, on retire la sonde et l'on fait passer un gros fil de soie à travers les lèvres du col, de façon à fixer le tube. On complète l'intervention par un tamponnement vaginal peu serré.

Ce procédé permettrait d'obtenir une dilatation durable du canal cervical et d'assurer le drainage aussi longtemps qu'on le désire, sans donner lieu au moindre inconvénient.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la méthode des pesées quotidiennes pour l'évaluation quantitative des épanchements du péritoine et de la plèvre.

Je me propose de montrer, dans ce travail, quel parti clinique on peut tirer de la *pesée quotidienne des malades* pour l'évaluation quantitative des épanchements liquides de la plèvre et du péritoine.

La technique à employer est des plus simples. Chaque jour, à la même heure, dans des conditions identiques de vêtement, et après avoir eu soin de faire uriner le patient, celui-ci est pesé sur une balance suffisamment sensible. Celle que j'emploie est une balance à fauteuil, sensible à environ 50 grammes. Le chiffre obtenu est inscrit sous forme de graphique, comme dans les tracés ci-dessous.

Cette pesée quotidienne, faite avec les précautions convenables, ne m'a paru fatiguer aucun de mes malades; ceux-ci n'ont jamais fait la moindre difficulté pour s'y soumettre, prenant même le plus grand intérêt aux résultats d'une recherche dont ils comprenaient très vite l'importance.

Ceci dit, voyons quels sont ces résultats pour les *ascitiques* et les *pleurétiques*, comment il convient de les interpréter, et de quelles causes d'erreur il faut tenir compte.

I

Pesée des ascitiques. — La constatation d'une ascite est chose délicate et souvent incertaine quand l'épanchement est très peu abondant, soit qu'il commence à peine à se produire, soit qu'il arrive à son déclin. Pour en trouver les signes physiques, nous faisons placer le sujet dans la position génu-pectorale et recherchons l'existence d'une zone de matité péri-ombilicale. C'est notre seule méthode d'exploration, et son application est loin d'être toujours facile et probante.

L'ascite est-elle pleinement constituée, sa constatation est des plus simples, mais son évaluation quantitative, faite au jour le jour, est beaucoup moins démonstrative. De quelles données, en effet, disposons-nous pour savoir si l'épanchement augmente, reste stationnaire ou tend à se résorber? De la tension abdominale, explorée par la palpation, symptôme assez vague et difficilement comparable; du périmètre abdominal, très modifiable suivant le degré de météorisme intestinal; de la ligne de matité, qui, selon que sa concavité se rapproche plus ou moins de l'ombilic, témoigne de quantités plus ou moins grandes de liquide. Ce dernier signe est assurément le meilleur, mais il n'est que peu sensible, puisque la grande surface suivant laquelle s'étale l'épanchement fait qu'une différence de 1 à 2 centimètres dans le niveau de la ligne de matité correspond déjà à des différences quantitatives importantes.

La méthode des pesées trouve ici son application la plus nette, car une ascite cirrhotique arrive à représenter un poids énorme dont la courbe évolutive est des plus faciles à inscrire.

Je n'en donnerai pour preuves que deux tracés qui ont cet intérêt de figurer l'un une *ascite qui commence* et l'autre une *ascite qui finit*.

Le premier (*fig. 1*) a été fourni par un homme de cinquante-neuf ans, soigné à plusieurs reprises dans mon service pour des accidents de néphrite interstitielle avec albuminurie modérée et insuffisance cardiaque attestée par des arythmies, de la dyspnée, et parfois un souffle systolique tricuspidien. Alcoolisme modéré; le foie paraissait plutôt petit que gros. C'est dans ces conditions qu'il se met, à la fin d'avril, à faire de l'ascite. L'épanchement monte lentement et ne devient pas très abondant; le 18 mai, on retire 3 litres 1/4 d'un liquide dont la densité est 1,016 (soit 3,302 grammes); une anse intestinale vient, au cours de la ponction, s'appliquer sur le trocart, et ne permet pas d'extraire plus de sérosité, bien que le ventre soit loin d'être complètement évacué. Les jours suivants, on constate une diminution passagère, puis une réascension lente de la courbe des poids, sans que la reproduction de l'ascite ait été suffisante pour nécessiter une nouvelle paracentèse.

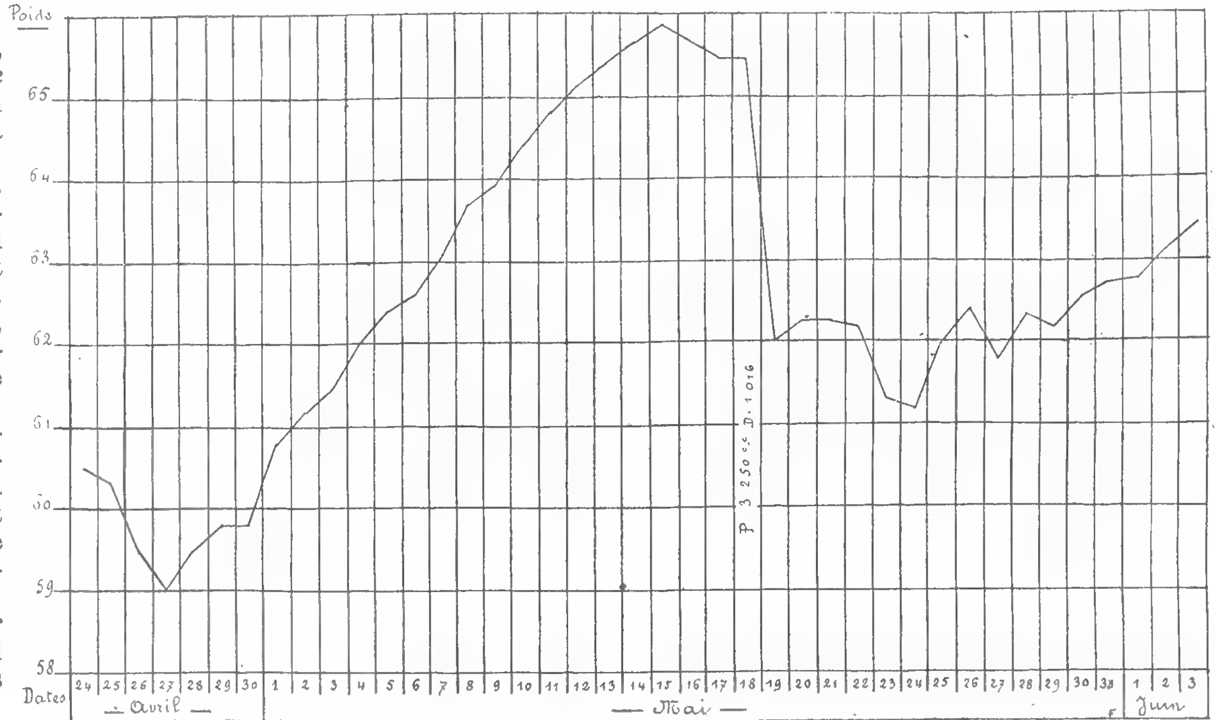


Fig. 1.

Le second cas (*fig. 2*) est encore plus typique. Il concerne une femme de cinquante et un ans, marchande aux Halles, buvant depuis une quinzaine d'années de 4 à 5 litres de vin par jour, du rhum et du café.

En août 1900, elle eut de l'ictère avec un gros foie. Le 20 septembre, une première ponction permet de retirer 5 litres de liquide lactescent (ascite chyliforme). Le 15 octobre, on extrait 6 litres de liquide analogue, le 17 novembre, 9 litres d'une sérosité jaune citrin, le 24 novembre, 9 litres de liquide lactescent.

Le 16 décembre, on fait une nouvelle ponction et l'on retire 10 litres; il existe un œdème modéré des membres inférieurs, ainsi qu'un léger épanchement pleural gauche.

Le 8 janvier, on institue les pesées quotidiennes et l'on pratique une dernière ponction qui, par suite d'une faute opératoire, ne donne que 3 litres 1/2 d'une sérosité citrine ayant 1,012 de densité (3,542 grammes).

Dès lors, sous l'action de l'oxymel scillitique à la dose de 30 grammes par jour, une diurèse est pour la première fois obtenue; l'ascite commence à se résorber et ne cesse de diminuer, en même temps que cèdent l'œdème et l'épanchement pleural gauche. On remarque que le foie est petit (10 centimètres), abaissé et mobile, d'une dureté ligneuse; il y a une splénomégalie modérée. Le ventre devient tout à fait souple et plat, à parois trop larges et étalées; tout signe physique d'ascite disparaît dans les premiers jours de février.

En mars, la malade a *touché le fond*, pour ainsi dire, de son ascite; elle recommence à engraisser, son état général est excellent, et elle quitte l'hôpital le 18 mars, se considérant comme guérie.

Ces tracés, et d'autres que je pourrais y joindre, n'ont pas besoin de commentaires; ils parlent d'eux-mêmes, et permettent d'apprécier d'un seul coup d'œil l'évolution clinique d'une ascite.

Mais il ne faut pas oublier que beaucoup d'ascitiques ont en même temps des *œdèmes* et parfois des *épanchements pleuraux*. Les deux malades dont je viens de résumer l'observation avaient un œdème modéré des membres inférieurs, et la seconde un peu de liquide dans la plèvre gauche. La balance ne peut nous donner que *la somme* de ces effusions séreuses, mais elle nous montre nettement dans quel sens celle-ci évolue. Le résultat serait plus pur, et d'interprétation tout à fait simple, en cas d'ascite isolée, sans œdème ni effusion pleurale.

Dans le second tracé, je signale l'augmentation terminale de poids due à l'engraissement de la patiente guérie. C'est là une particularité très caractéristique, que nous allons retrouver encore plus nette sur les courbes de nos pleurétiques.

II

Pesée des pleurétiques. — Les quatre courbes de poids, chez des pleurétiques, que l'on trouvera ci-dessous, indiquent bien les types différents de tracés que l'on peut observer. Elles nous font voir quels services peut rendre la pesée quotidienne pour l'appréciation quantitative des épanchements liquides de la plèvre.

On sait les difficultés que présente la solution de ce problème clinique, et par quelles recherches multipliées et minutieuses on s'est efforcé d'y répondre. Toutes les finesses de la percussion et de l'auscultation ont été mises en œuvre dans les travaux classiques de M. Dieulafoy, de M. Pitres (1); M. Bouchard, M. Béclère ont montré quel parti on peut tirer de la radioscopie, de la radiographie.

Mais telles sont, souvent, les incertitudes cliniques de ces explorations si variées que l'on s'est évertué, récemment, à trouver de nouveaux procédés, toujours pour arriver au même but : déterminer l'*évolution* d'un épanchement pleurétique, préciser s'il est en période d'augment, d'état, ou de déclin.

On a ainsi interrogé expérimentalement la perméabilité pleurale (F. Ramond), les points cryoscopiques du sérum et de l'épanchement, et M. Castaigne (2) arrivait aux conclusions suivantes : « La période d'augment de la pleurésie est caractérisée par l'existence de la perméabilité pleurale de dehors en dedans, et par une différence entre le point de congélation du sérum et du liquide pleural ». Il est vrai que des faits contradictoires ont été signalés par MM. Lesné et Ravaut (3) et par MM. Achard et

(1) A. Pitres. Les signes physiques des épanchements pleuraux. Bordeaux, 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 342-343.

(2) J. Castaigne. Perméabilité pleurale au salicylate de soude. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 6 juillet 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 233.)

(3) E. Lesné et P. Ravaut. Renseignements fournis par la cryoscopie et le dosage des chlorures sur l'évolution des pleurésies séro-fibrineuses. (*Presse méd.*, 20 février 1901.)

Fig. 2.

Lœper (1), si bien que cette intéressante méthode paraît encore loin d'avoir fait ses preuves.

Cherchant dans une autre voie, MM. Lesné et Ravaut ont étudié les urines des pleurétiques par la cryoscopie et le dosage des chlorures. D'après eux, « des indications très précises sont à dégager de la recherche du NaCl et de l'étude du rapport $\frac{\Delta}{NaCl}$ dans les urines. Dans toute pleurésie en voie d'augment, le NaCl diminue et ce rapport s'élève. Dans toute pleurésie stationnaire, ces chiffres ne varient pas ou varient peu. Enfin, dans toute pleurésie en voie de régression, le NaCl augmente et le rapport diminue ».

On voit à quelle minutie de recherches on tend à demander une solution plus précise du problème clinique. Et, cependant, les résultats obtenus ne sont qu'à demi satisfaisants. Les méthodes de laboratoire peuvent indiquer *le sens* dans lequel évolue un épanchement, mais elles ne permettent aucune évaluation quantitative directe. Les procédés classiques de percussion et d'auscultation approchent davantage du but, non sans difficultés souvent de constatation et d'interprétation. Qui pourra dire, par la percussion et l'auscultation, si, d'un jour à l'autre, un épanchement a augmenté ou diminué de 200 c.c.? Et les évaluations de ce genre ne semblent-elles pas fréquemment un peu arbitraires ou douteuses?

Toute méthode de contrôle, et surtout de *figuration graphique*, nous sera donc précieuse si elle nous apporte un élément de plus d'appréciation.

Le procédé des pesées quotidiennes peut, je crois, nous rendre ce service, sous bénéfice de quelques réserves que j'aurai à indiquer plus loin. Aussi bien, voici les faits.

Le cas le plus simple, le plus démonstratif, est celui où la pleurésie est suivie dès le premier jour et accomplit, sans thoracentèse, son évolution naturelle. C'est ce que nous montre la *figure 3*. Le malade, tuberculeux cavitaire, a fait sous nos yeux une pleurésie gauche, en plaque postérieure de 12 centimètres à peu près de hauteur, à épanchement modéré paraissant cliniquement avoir atteint son maximum vers le 17 ou le 18 mars. A ce moment, diurèse provoquée par l'oxymel scillitique, diminution progressive de l'épanchement, qui disparaît le 28 mars. Quelques jours plus tard, début de l'augmentation de poids et guérison.



Fig. 3.

Dans le fait suivant (*fig. 4*), l'épanchement gauche est plus abondant; l'espace de Traube est mat, la matité postérieure remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate, le cœur est refoulé à droite et déborde de deux travers de doigt le bord droit du sternum. Deux thoracentèses, l'une de 1,220 c.c., l'autre

(1) Ch. Achard et M. Lœper. Variations comparatives de la composition du sang et des sérosités. (*Comptes rendus et mém. de la Soc. de biol.*, 8 et 15 juin 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 204.)

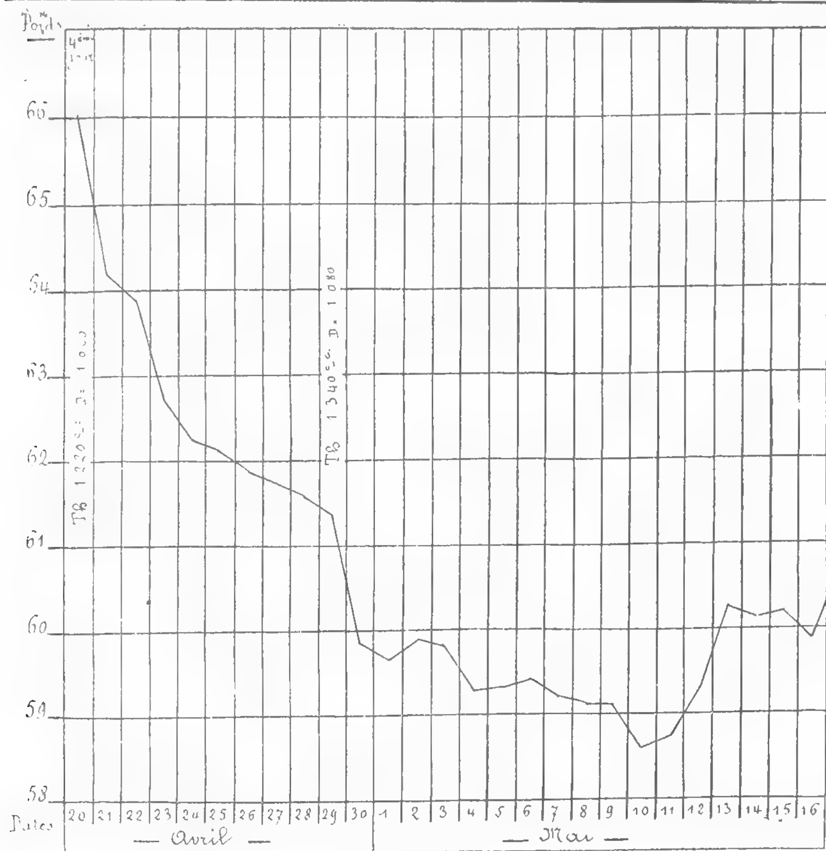


Fig. 4.

de 1,340 c.c. sont nécessaires. Ici, la courbe des poids part du quatrième jour; elle accuse nettement, par une chute brusque, les deux ponctions, s'abaisse progressivement jusqu'au 10 mai, puis présente l'ascension graduelle de convalescence. Diurèse à partir du 1er mai, disparition complète du liquide le 8 mai.

Un autre de mes malades (*fig. 5*) arrive dans mon service avec une pleurésie gauche insidieuse, datant déjà d'un mois; épanchement assez abondant, avec matité de l'espace de Traube et refoulement de la pointe du cœur à 4 centimètres en dedans du mamelon. Le 15 avril, un accès de suffocation nécessite, d'urgence, une thoracentèse de 1,290 c.c. Le liquide diminue, assez rapidement d'abord, puis plus lentement; sa disparition est complète cliniquement (et avec exploration à la seringue de Pravaz) le 25 avril. Augmentation du poids de guérison, lente d'abord, puis rapide à partir du 16 mai; le 1er juin, le poids est plus élevé qu'à la période de plein épanchement.

Le tracé de la *figure 6* représente une pleurésie gauche abondante, à matité presque totale en avant et en arrière, à cœur refoulé et débordant de 4 centimètres le bord droit du sternum. Il s'agit d'un épanchement à recrudescence, ayant nécessité cinq ponctions dont la dernière n'a donné que 500 c.c., quoique le poids fût depuis huit jours en ascension graduelle; il semblait y avoir là un reste de liquide non résorbé, alors que la convalescence était déjà commencée.

III

A ces tracés je pourrais en ajouter d'autres, non moins démonstratifs. Mais cela me paraît peu utile et nous avons là, je crois, des preuves suffisantes.

Pour interpréter ces courbes, quelques détails complémentaires sont nécessaires. Aucun de ces pleurétiques n'avait d'œdème; aucun n'a été soigné par les drastiques ou les diaphorétiques, médications capables, par elles seules, d'entraîner des pertes de poids; pour tous, le traitement a consisté en régime lacté et en diurétiques (oxymel scillitique, le plus souvent, ou caféine). Chez plusieurs d'entre eux, comme chez nos ascitiques, la décroissance de l'épanchement et du poids a coïncidé avec l'établissement de la diurèse.

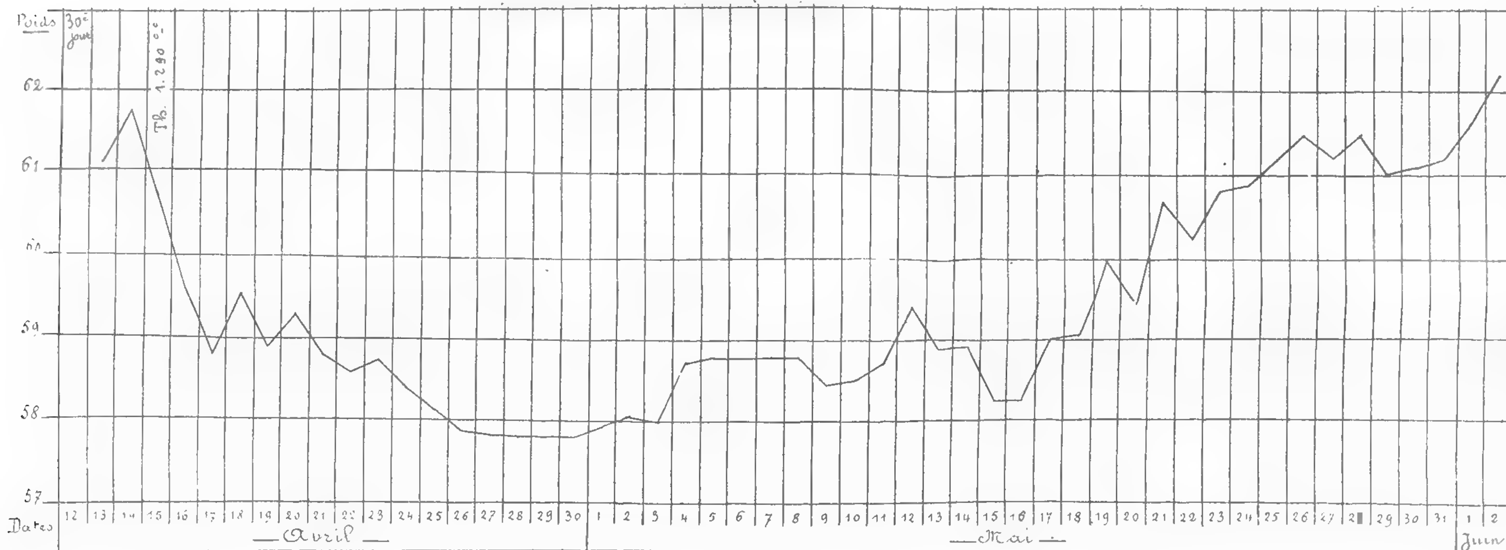


Fig. 5.

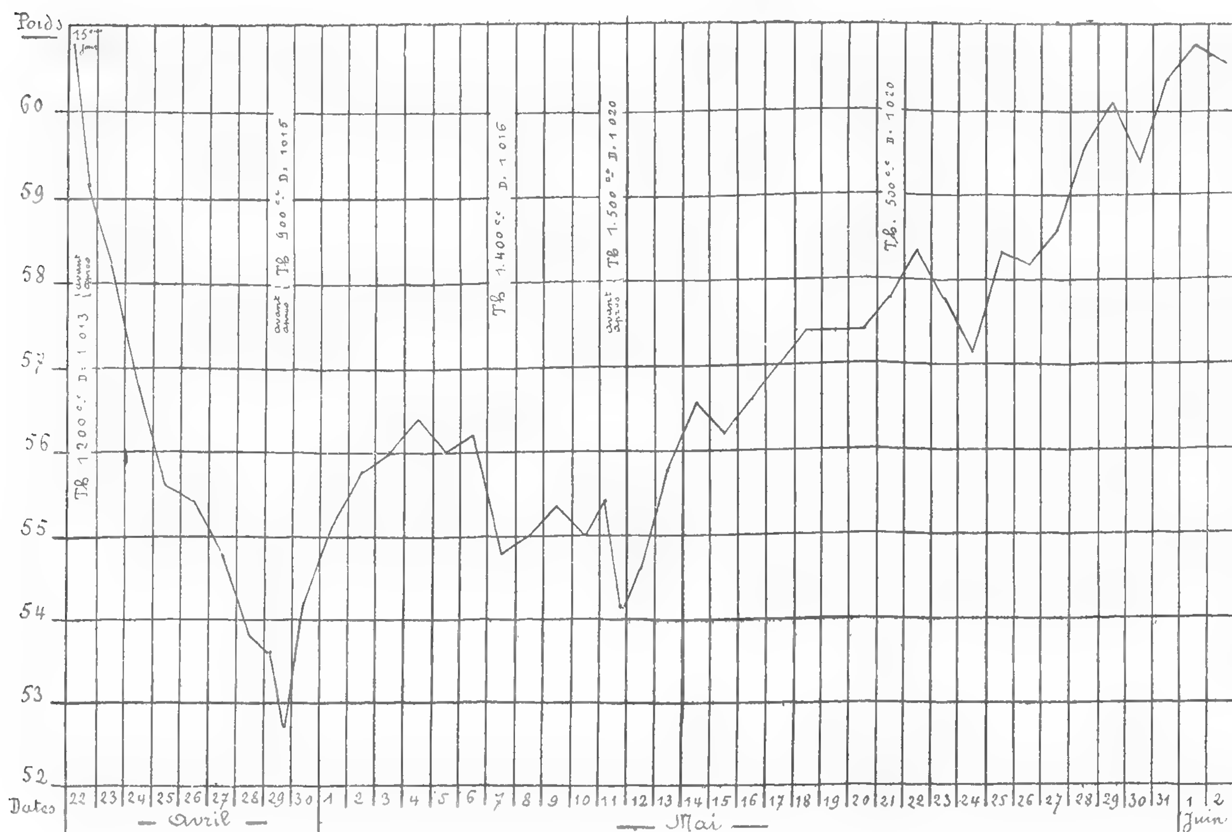


Fig. 6.

La perte de poids consécutive à une thoracentèse n'est pas, du jour au lendemain, rigoureusement identique au poids du liquide retiré; elle lui est souvent un peu supérieure, comme si la déplétion opératoire de la plèvre avait facilité la résorption immédiate d'une certaine quantité de sérosité. Dans d'autres cas, au contraire, l'épanchement se reproduit immédiatement, et, dès le lendemain, le malade a repris une partie du poids perdu la veille. On comprend, au point de vue du pronostic, l'importance de ces deux modalités différentes.

Si maintenant nous voulons serrer d'un peu plus près l'interprétation de nos tracés, nous trouvons une distinction nécessaire à établir entre les courbes ascendantes et les descendantes.

On peut poser en principe *qu'un pleurétique en activité dont le poids est ascendant augmente son épanchement*, toute cause d'erreur due à un œdème étant naturellement évitée. Pendant la période d'accroissement ou d'état de sa pleurésie, alors qu'il a indubitablement du liquide dans sa plèvre, le patient à coup sûr n'engraisse pas. Si son poids s'élève, c'est que son épanchement augmente, et l'examen clinique confirme le fait.

Il n'en va plus de même pour les courbes descendantes, et ici deux causes additionnent leurs effets, la diminution du liquide et l'amaigrissement causé par la maladie elle-même. Dans quelles proportions relatives? C'est ce qu'il n'est

pas toujours facile de préciser. On peut cependant le faire, et presque le chiffrer, quand la pleurésie est observée dès son début. Ainsi, pour le sujet auquel se rapporte la *figure 3*, l'examen du tracé permet de dire que son épanchement avait entraîné une augmentation de poids de 2 kilogrammes environ; la perte consécutive ayant été de 4,300 grammes, l'*amaigrissement* de maladie a dû être d'à peu près 2 kilogrammes 300 grammes. Mais ce coefficient des deux facteurs qui interviennent dans la perte de poids ne peut se chiffrer que dans ces conditions, par différence entre les deux parties ascendante et descendante de la courbe.

Sur tous mes tracés, j'ai vu s'indiquer nettement l'élévation progressive de poids due à la convalescence, et cela sans difficulté d'interprétation, car nos méthodes d'examen, contrôlées au besoin par la seringue de Pravaz, nous permettent toujours de dire à quel moment une pleurésie est franchement séchée et guérie. Cette augmentation de poids, pour la pleurésie aussi bien que pour les autres maladies aiguës, constitue, ainsi que je l'ai déjà dit à propos des ictères, le vrai et le meilleur signe de la convalescence. Suivant qu'elle est précoce ou tardive, lente ou rapidement progressive, l'ascension graphique nous montre ce que vaut cette convalescence, et elle devient ainsi un élément majeur de pronostic. Que l'on compare le troisième tracé, provenant d'un malade en pleine tuberculose, avec le sixième ou le cinquième, et ces différences d'évolution se montreront très visibles. Dans ce dernier, en particulier, l'élévation de poids a d'abord été lente et faible, puis, à un moment donné, rapidement ascendante et assez active pour que le sujet guéri soit arrivé à peser plus qu'avec son plein épanchement dans la poitrine.

D'une manière générale, les évaluations cliniques obtenues par la percussion et l'auscultation m'ont paru concorder avec les évaluations pondérales, peut-être rester un peu en dessous de la réalité. Mais j'avoue trouver très difficile de jauger cliniquement un épanchement; les cages thoraciques sont si différentes dans leur morphologie, leur capacité, leur dilatabilité, que les points de repère donnés par les auteurs ne me paraissent que d'un secours douteux. Nos appréciations ne doivent être que très approximatives si nous voulons rester dans les limites strictes et contrôlables de l'observation.

La méthode des pesées quotidiennes peut-elle rendre des services non plus au point de vue exclusif auquel nous nous sommes placé jusqu'à présent, mais aussi en matière de *diagnostic différentiel de la pleurésie?* Donnerait-elle, notamment, un moyen de distinguer d'avec la pleurésie la maladie si trompeuse décrite par M. Grancher, la splénopneumonie? C'est possible, et ce serait à voir; mais je n'ai sur ce point aucun fait d'observation à apporter.

Voilà donc ce que l'on peut, je crois, demander et obtenir de cette méthode très simple. Elle n'exige qu'une bonne balance, et celle-ci est un instrument nécessaire à avoir dans un service bien outillé. Pour la pratique de la ville, il est aisé de se procurer des balances très portatives et très sensibles; bien des hommes qui s'adonnent au sport ont ainsi dans leur cabinet de toilette une petite balance sur laquelle ils se pèsent tous les jours.

Le procédé est donc facile, et j'espère qu'on aura vu, par ce qui précède, quels services il peut rendre. A coup sûr, je ne prétends pas qu'il supplante les autres méthodes cliniques, mais il mérite de figurer à côté d'elles, d'intervenir comme moyen de contrôle et peut-être comme réactif plus précis. Il a surtout ce double avantage d'être impersonnel et objectif, et de nous donner *la figuration graphique de la maladie et de la convalescence.* Substituer à une interprétation toute personnelle de signes en grande partie subjectifs des données numériques et sériées, coordonnées en courbes graphiques, n'est-ce pas là l'effort et le grand progrès de notre séméiologie moderne, le but que de plus en plus elle doit avoir l'ambition d'atteindre?

Dr A. CHAUFFARD,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juillet 1901.

De la contagiosité de la pelade.

M. Hallopeau lit, à l'occasion d'un travail de M. Dezautière (du Creusot), un rapport dans lequel il montre qu'aucun des arguments que l'on a invoqués contre la contagiosité de la pelade n'a de valeur réelle et que, par contre, les preuves abondent en faveur de la transmissibilité de cette maladie. Il existe, en effet, de nombreux exemples, absolument incontestables, de petites épidémies peladiques de maison, de village, de caserne, etc.

L'existence d'épidémies d'école n'est pas moins bien établie; celle qui a été observée par M. Dezautière dans une école du Creusot, où deux enfants peladiques venus de Paris ont contagionné successivement plusieurs de leurs camarades, l'instituteur, les enfants d'une autre école, etc., en est un nouvel exemple. Il n'est pas douteux, en outre, que la pelade ne se comporte cliniquement comme une maladie parasitaire progressant par auto-inoculations successives.

Toutefois, comme le parasite de cette affection reste encore indéterminé, qu'il est établi, d'autre part, que son adhérence l'empêche d'être facilement transmis à distance et qu'il ne se propage guère que par contact direct, c'est tout à fait à tort, d'après le rapporteur, que l'on exclut les peladiques des écoles et des bureaux; il faut seulement qu'ils aient soin de s'y tenir la tête couverte; il y aurait donc lieu de provoquer à ce point de vue une revision des règlements hygiéniques.

M. Du Castel. — Il est certain aujourd'hui que la pelade est beaucoup moins contagieuse qu'on ne le croyait autrefois : il semble même qu'il existe des espèces de pelade dépourvues de tout caractère de contagiosité. On continue cependant à renvoyer des administrations, des ateliers, des magasins, des écoles, etc., tous les sujets indistinctement qui sont atteints de cette affection. Il serait à désirer que des mesures moins sévères fussent prises à l'égard de ces patients et que l'on ne continuât pas à les traiter comme des parias.

M. Chauvel. — Dans l'armée, la contagiosité de la pelade ne peut être mise en doute, étant données les multiples épidémies que nous avons vu se développer dans un corps de troupe après l'arrivée d'un peladique. Sans doute, il y a des formes de cette affection qui ne sont pas contagieuses, mais comme rien jusqu'ici ne permet de les diagnostiquer, il est légitime de prendre, dans tous les cas, des précautions contre la possibilité d'une transmission.

M. Fournier. — Actuellement, on peut affirmer que, dans le plus grand nombre des cas, la pelade n'est pas contagieuse. Ce qu'il faut également reconnaître, c'est qu'à côté de la pelade vraie, qui est peut-être contagieuse, il existe une foule de pseudo-pelades ou d'états peladoïdes dont la contagiosité est nulle.

Dans ces conditions, je crois, comme M. Du Castel, qu'on ne devrait pas continuer à briser, ainsi que cela arrive encore trop souvent, la carrière des jeunes peladiques en les excluant des écoles, des collèges, etc.

Prophylaxie des ophtalmies ou conjonctivites des nouveau-nés.

M. Pinard, à l'occasion d'une lettre du ministre de l'intérieur demandant à l'Académie de lui fournir les éléments des instructions qui pourraient être adressées aux sages-femmes pour combattre l'ophtalmie des nouveau-nés, donne lecture d'un rapport qui se termine par les conclusions suivantes :

Dans le but de diminuer le nombre des aveugles, l'Académie de médecine propose au gouvernement :

1° De faire distribuer dans toutes les mairies, avec l'acte de naissance, une courte notice indiquant les causes, les symptômes et les dangers des ophtalmies des nouveau-nés;

2° De prendre des mesures pour que la déclaration immédiate des ophtalmies purulentes soit faite partout et dans tous les cas;

3° D'attacher à toutes les maisons d'accouchements (cliniques et maternités) des médecins ophtalmologistes, chargés de diriger le traitement curatif des ophtalmies purulentes et de l'enseigner aux élèves, médecins et sages-femmes. (Adopté.)

De la médication cacodylique.

M. Gautier lit sur ce sujet un travail dans lequel il établit que les préparations cacodyliques, administrées par la voie hypodermique, rendent de réels services dans les maladies consomptives, telles que la tuberculose pulmonaire au premier et au deuxième degré, les tuberculoses osseuses et viscérales, le diabète, les neurasthénies, le paludisme chronique, les anémies graves, etc., etc.

La principale contre-indication à l'usage des cacodylates est l'insuffisance hépatique. Le cancer, la congestion du foie, son hypertrophie, l'ictère, la cirrhose doivent rendre extrêmement réservé dans l'emploi de ce médicament.

Les symptômes d'intolérance sont les suivants : bouffées congestives à la face, quelquefois sensation de douleur vague au ventre, plus rarement un peu de fièvre.

Chez les femmes, le traitement cacodylique hâte le retour des règles et les rend plus abondantes. On peut même observer de véritables métrorrhagies si la médication n'est pas suspendue quatre ou cinq jours avant les époques.

Un des signes les plus sûrs que la dose utile est dépassée, ce sont les troubles de l'ouïe; le malade a des bourdonnements, il entend des bruits, des sifflements, des cloches, etc.

Les cacodylates peuvent être employés pendant plusieurs années consécutives, à la condition qu'on en suspende de temps en temps l'administration, sans amener aucun trouble de la nutrition. Ils agissent en excitant la reproduction des cellules, en multipliant les hématies, en rajeunissant les tissus et en conférant à l'économie une extraordinaire résistance aux déchéances morbides. Il faut les donner par séries de 7 à 10 injections avec repos d'un même nombre de jours intercalaires, parce que l'économie emmagasine le médicament qui ne s'élimine ensuite que lentement.

Parmi les adjuvants de la médication cacodylique, il faut citer en première ligne l'iode. L'orateur conseille de faire prendre au malade, une heure au moins avant le déjeuner, une cuillerée à dessert d'une solution contenant 5 grammes de sel marin, 1 gramme d'iodure de potassium et 1 gramme de bromure de potassium pour 100 c.c. d'eau. Comme autres adjuvants médicamenteux, on peut prescrire les sels de chaux, de magnésie, de fluor, de phosphore, etc.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 8 et 15 juillet 1901.

Sur les sucres du sang.

MM. R. Lépine et **Boulud.** — Nos recherches ont été faites exclusivement avec de fortes quantités (*au moins* 300 grammes) de sang de chiens nourris de viande. Dans l'extrait alcoolique de ce sang préalablement bouilli avec du sulfate de soude, nous avons confirmé la réalité de l'écart — signalé par M. Hédon pour le sang du cheval — entre le chiffre du sucre (évalué comme glucose) donné par le polarimètre, et le chiffre que fournit la réduction de la liqueur cuivrique. Nous avons vu que cet écart est, en général, plus grand dans le sang des veines sus-hépatiques que dans le sang artériel. Souvent même, nous avons trouvé que le sang de ces veines a un pouvoir rotatoire *à gauche*, fait assez rare en ce qui concerne le sang artériel.

Sans contester la possibilité de la présence,

admise par M. Hanriot, d'une *impureté* à pouvoir réducteur plus élevé que celui du glucose, nous pouvons affirmer que l'écart susdit est, en très grande partie, attribuable à l'existence dans le sang, à côté du glucose, non seulement d'acide glycuronique *conjugué* lévogyre (nous avons pu caractériser cette substance par les cristaux de paraphénylhydrazone déviant à gauche en solution pyridique), mais surtout d'un ou plusieurs sucres également lévogyres.

En effet, nous avons vérifié la présence, dans un grand nombre d'extraits de sang, d'un sucre analogue au lévulose par son pouvoir rotatoire à gauche, par la réaction de Sélivanoff, par sa destruction complète après chauffage pendant trois heures à 100°, en présence de 7 % d'acide chlorhydrique, enfin par les cristaux en aiguille de lévulosate de chaux.

En outre, nous avons pu, souvent, caractériser des pentoses :

1° Par la réaction de l'orcine et de la phloroglucine donnant des bandes d'absorption;

2° Par la production de furfurol, constaté dans le distillat après ébullition prolongée en présence d'un excès d'acide chlorhydrique;

3° Par l'absence de fermentation;

4° Par les cristaux de parabromphénylhydrazone n'ayant qu'un faible pouvoir rotatoire à droite.

Dans quelques cas, d'ailleurs très rares, la maltose (non l'isomaltose), signalée autrefois par Couvreur dans le sang du lapin, a été décelée par nous, non seulement grâce aux modifications des pouvoirs rotatoire et réducteur (Voir notre note du 11 mars 1901, *Semaine Médicale*, p. 84), mais aussi au moyen des cristaux de maltosazone solubles dans l'éther.

Enfin, nous appelons l'attention sur l'existence, dans nos extraits du sang de chiens soumis *au régime de la viande*, d'un sucre qui serait analogue au saccharose, n'ayant pas de pouvoir réducteur, déviant à droite et fermentescible.

Il nous a paru que la plupart des matières sucrées sus-indiquées se transforment très facilement, dans le sang, les unes dans les autres.

Anémies et modifications humorales de la grossesse.

MM. Charrin et **Guillemonat**. — Le mécanisme des anémies et des diverses altérations hématiques observées au cours de la gestation est encore mal connu.

Il convient de rappeler, en premier lieu, que, d'après nos recherches, le fer de la rate diminue aux approches du terme (0.72 au lieu de 0.96), phénomène qui concourt heureusement à enrichir les tissus fœtaux en principes ferrugineux, lesquels sont rares dans le lait. En second lieu, l'examen du sang montre que le taux du fer tend à fléchir sous la seule influence de la grossesse. Si, chez la femme normale, la proportion de ce métal est de 0.45, chez des gestantes elle s'abaisse à 0.38 ou 0.34, et, chez des anémiques gravidiques, à 0.32, voire même à 0.25 et 0.17.

Du reste, on constate d'autres altérations sanguines. L'alcalinité passe de la normale (de 1 20 à 2) à 1.05, à 0.70, pour descendre jusqu'à 0.93 ou 0.53 chez des femmes anémiées par la gestation ou chez des convalescentes de *phlegmatia*. Le taux de la chaux est souvent supérieur à la normale, celui de la magnésie, au contraire, devient plus faible; la coagulation *in vitro* s'opère en moyenne plus rapidement (en sept minutes, au lieu de huit et demie ou neuf). Parallèlement, l'acidité urinaire s'élève de 1.20 ou 1.45 à 1.57 ou 1.95, tandis que la salive devient moins alcaline.

En somme, si les globules n'offrent aucun changement important ni constant, les éléments solubles présentent de nombreuses modifications qui ont entre elles un lien commun, la tare cellulaire génératrice. D'un côté, en effet, céder trop de fer constitue un vice de désassimilation; d'autre part, à diverses reprises nous avons indiqué qu'il survient, comme conséquence de la grossesse, un ralentissement dans les échanges, aboutissant forcément à l'accroissement des acides des plasmas, par suite à la dissolution de certains sels du squelette susceptibles de se précipiter ailleurs (dépôts calcaires du placenta, du crâne); ces changements dérivent donc tous d'une tare cellulaire variable suivant les cas, cette désassimilation et ces échanges étant ce que les font les cellules.

Est-il besoin de rappeler que ces modifications du sang et de la salive favorisent, surtout par excès de chaux, les thromboses veineuses et les lésions buccales si communes vers la fin de la grossesse, de même que la diminution de l'alcalinité entraîne la disparition de l'état bactéricide? Ainsi fléchissent et les défenses locales et les défenses générales de l'organisme, à l'heure de la gestation, sous l'influence de changements de la composition des humeurs, œuvres de la pathologie cellulaire.

Sur le rôle des leucocytes dans l'élimination.

M. H. Stassano. — Afin de déterminer si les leucocytes se chargent des substances solubles en circulation, inutiles ou nuisibles à l'économie, pour les déverser dans l'intestin, j'ai injecté du bichlorure de mercure à des chiens soit profondément narcotisés (ce qui a pour effet de réduire l'activité chimiotactique des globules blancs), soit soumis à une injection de peptone, laquelle produit une désagrégation très étendue des leucocytes. J'ai toujours observé que, pour un temps donné, l'apport de mercure à l'intestin est notablement plus faible chez les animaux ainsi traités que chez les témoins. Ce fait démontre que la participation des leucocytes à l'élimination est réelle, et qu'elle est importante.

Les constatations suivantes plaident dans le même sens : de deux lapins, l'un normal, l'autre accoutumé au mercure, le second se débarrasse du poison beaucoup plus rapidement que le premier, après une injection sous-cutanée de 0 gr. 049 milligr. de sublimé; d'autre part, les jeunes chiens éliminent le mercure sensiblement plus vite que des animaux âgés, de même poids; or, il est facile de s'assurer que, précisément, les animaux qui supportent le mieux le mercure — soit qu'ils y aient été accoutumés, soit qu'ils possèdent, du fait de leur âge, une moindre sensibilité à l'égard de ce toxique —, présentent, quelques heures après l'injection de sublimé, une augmentation appréciable du nombre des leucocytes, augmentation qui persiste plusieurs jours. Des observations identiques peuvent être faites après l'injection d'arsenic ou de toxine diphtérique.

Les glucoprotéines comme milieux de culture chimiquement définis.

M. Ch. Lepierre adresse une note relative à l'emploi, pour la culture des divers microorganismes pathogènes ou non, ainsi que pour l'étude des produits qu'ils élaborent (et notamment des toxines), de milieux dont tout l'azote est fourni par des glucoprotéines. Il propose dans ce but un liquide contenant, pour 100 grammes d'eau, 1 gr. 50 centigr. à 2 grammes de glucoprotéine pure, 0 gr. 50 centigr. de chlorure de sodium, 0 gr. 50 centigr. de sulfate de magnésium, 0 gr. 20 à 0 gr. 30 centigr. de glycérophosphate de calcium et 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigrammes de bicarbonate de potassium; on peut y ajouter de 2 à 3 grammes de glycérine, de glucose ou de saccharose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juillet 1901.

Tétanos post-opératoire.

M. Reynier. — Depuis que je vous ai communiqué 3 observations de tétanos post-opératoire (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 195), M. Platon (de Marseille) nous a fait part d'un cas analogue, avec terminaison fatale, où il est bien difficile d'expliquer le mode d'infection. En effet, il s'agit d'une malade opérée dans un pavillon d'isolement où il n'y avait jamais eu de tétaniques, et où toutes les pratiques de l'asepsie sont régulièrement suivies.

En ce qui concerne l'efficacité des injections préventives de sérum antitétanique, je dois ajouter à l'insuccès que je vous ai rapporté un fait que M. Peyrot m'a communiqué, et où, malgré une injection très précoce, le tétanos s'est déclaré quelques jours après une plaie superficielle peu importante.

M. Reclus. — Il ne faut pas oublier que le bacille de Nicolaïer existe toujours sur le parquet des salles, comme partout où l'on marche; il n'est donc pas difficile de se rendre compte de l'origine du tétanos post-opératoire.

M. Delorme. — J'ai vu un de mes opérés succomber au tétanos, après une cure radicale de hernie, sans qu'il se fût produit la moindre suppuration.

M. Routier. — J'ai observé un cas semblable, en l'absence de toute formation de pus au niveau de la plaie.

M. Bazy. — Je tiens à répéter que j'ai la plus entière confiance dans la valeur des injections préventives de sérum antitétanique; depuis que ces injections sont faites régulièrement dans mon service chez tous les malades porteurs de plaies suspectes, je n'ai pas eu un seul cas de tétanos.

Pseudo-néoplasmes inflammatoires.

M. Delbet. — A propos de la communication que M. Ricard nous a faite à l'avant-dernière séance, relativement à certaines tumeurs thyroïdiennes de nature indéterminée (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 220), je puis vous rapporter un fait de tumeur diffuse de la paroi abdominale que j'ai observé chez une femme hystérectomisée quelques mois auparavant. Le tissu de cette tumeur était d'une dureté extrême; au centre, je rencontrai une petite cavité renfermant un calcul biliaire. Persuadé alors que j'avais affaire non pas à un néoplasme, mais à une production inflammatoire, je m'abstins de l'ablation de la masse en question, et la régression se fit spontanément. Je pense que, dans les cas relatés par M. Ricard, il s'agissait de formations inflammatoires développées autour d'une thyroïdite chronique, et je me demande si notre collègue n'aurait pas pu différer l'intervention chirurgicale.

M. Michaux. — Les faits analogues à celui de M. Delbet sont bien connus, mais notre collègue va peut-être un peu loin en les rapprochant de ceux que M. Ricard nous a communiqués.

M. Walther. — J'ai eu 2 fois l'occasion d'observer des tumeurs thyroïdiennes tout à fait comparables à celles des malades de M. Ricard. Dans l'un de ces cas, il existait une tumeur diffuse pour laquelle j'avais porté un pronostic très sombre: je n'intervins pas, et la guérison survint spontanément. Dans l'autre, je crus également à un carcinome diffus et inopérable, et il se produisit ultérieurement une amélioration telle que l'on peut espérer, ici encore, une terminaison favorable.

M. R. Larger (de Maisons-Laffitte) lit un travail sur l'étiologie de la grossesse ectopique. Une enquête faite à domicile par l'orateur dans 27 cas de grossesse ectopique (communiqués ou personnels) a toujours révélé l'existence de signes dégénératifs. Aussi, d'après M. Larger, la grossesse ectopique n'est-elle autre chose qu'un stigmate de dégénérescence, au même titre que le bec-de-lièvre, le pied bot, l'exencéphale, etc.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juillet 1901.

Sténose pylorique sans stase alimentaire.

M. Soupault. — Les sténoses du pylore ne s'accompagnent pas toujours de rétention des matières alimentaires : c'est ainsi que, chez un certain nombre de malades atteints d'ulcère ou de cancer de l'estomac avec rétrécissement du pylore, le cathétérisme de l'œsophage ne ramène pas trace d'aliments. Cette variété de sténose pylorique, sans stase alimentaire, est généralement méconnue, car elle ne se traduit par aucun signe physique.

Les troubles fonctionnels auxquels elle donne lieu, et qui sont le plus souvent mis sur le compte d'une simple dyspepsie, consistent en douleurs, en régurgitations et en vomissements; encore ces deux derniers symptômes peuvent-ils faire défaut. Les douleurs, au contraire, ne manquent jamais; elles surviennent deux ou trois heures après le repas et ne cessent que peu d'instants avant le repas suivant; elles occupent à la fois le creux épigastrique et la région des lombes et simulent quelquefois à s'y méprendre les douleurs des coliques néphrétiques. D'abord intermittentes et paroxystiques, ces crises douloureuses finissent par devenir quotidiennes et continues.

J'ai eu l'occasion d'observer neuf malades atteints de cette variété de sténose pylorique. Tous ont été traités par la gastro-entérostomie; un seul a succombé, les huit autres ont parfaitement guéri et peuvent absorber indifféremment toute espèce d'aliments.

Rétrécissement aortique acquis et aortite chronique dans l'enfance.

M. Barié. — J'ai soigné il y a plusieurs années un jeune garçon de quinze ans chez lequel, à la suite d'une scarlatine grave, il s'établit peu à peu une aortite chronique avec sténose aortique; ces lésions se caractérisaient par un souffle râpeux et un frémissement cataire systoliques, siégeant dans le deuxième espace intercostal droit et se propageant vers la clavicule et l'épaule du même côté; l'aorte était légèrement dilatée et le cœur gauche augmenté de volume. Le pouls était petit, régulier, dur; au sphygmographe, on obtenait le tracé classique du rétrécissement aortique : ligne d'ascension oblique et de faible amplitude se continuant, à son sommet, avec une sorte de plateau arrondi, puis ligne de descente également oblique dont le dicrotisme normal était représenté par un ressaut à peine indiqué.

Dans quelques cas, beaucoup plus rares, le rétrécissement aortique peut se localiser — comme dans certains faits observés chez l'adulte — au-dessous de l'anneau fibreux et des valvules sigmoïdes demeurées saines, c'est-à-dire dans la région mitro-aortique; ainsi serait constitué le rétrécissement sous-aortique de l'enfance, plus exceptionnel encore que la variété sur laquelle je viens d'attirer l'attention, ainsi qu'il résulte du très petit nombre de cas publiés jusqu'ici.

Pseudo-méningite hystérique.

M. Simonin (médecin militaire) relate l'observation d'un homme de vingt-deux ans qui présenta, pendant quarante-huit heures, des signes classiques de méningite, mais sans élévation de la température. On vit apparaître, dans la suite, tout un cortège de stigmates hystériques : ophtalmoplégie externe bilatérale avec intégrité du releveur de la paupière, macropsie, polyopie monoculaire, hémianopsie latérale homonyme incomplète, hémispasme glosso-labié droit simulant une paralysie faciale gauche, hémi-hypoesthésie droite, hémi-hyperesthésie gauche, zones spasmogènes multiples, amnésie antérograde et aboulie intellectuelle.

Ce malade avait eu, trois ans auparavant, une crise léthargique ayant duré trois jours.

Le père de cet homme est atteint depuis longtemps d'hystérie convulsive; les agents provocateurs de la névrose ont été, chez le fils, une intoxication aiguë par des couleurs d'aniline, jointe à des contrariétés. L'examen du liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction lombaire, a permis d'écarter toute hypothèse de lésion méningée.

Cytologie des épanchements de diverses séreuses.

M. Dopter. — J'ai examiné au point de vue cytologique, avec M. Tanton, un certain nombre d'épanchements provenant de la plèvre, de la tunique vaginale, de la synoviale du genou, du péritoine, du péricarde, etc.

Les résultats de ces recherches concordent d'une façon générale avec ceux des études de MM. Widal et Ravaut : il n'y a guère que le liquide des hydarthroses dont la cytologie donne parfois des renseignements contradictoires. Au contraire, dans plusieurs cas de pleurésie survenue au cours ou au déclin de la grippe, l'examen histologique du liquide pleural nous a permis de déceler rapidement la nature tuberculeuse de l'épanchement.

Chez un homme porteur d'une hydrocèle chronique traumatique, le dépôt renfermait des lymphocytes et des cellules endothéliales; après injection iodée, cette lymphocytose fut remplacée par de la polynucléose. Il semble donc que la lymphocytose soit la manifestation d'un processus lent et chronique, la polynucléose, par contre, celle d'une inflammation aiguë.

Enfin, dans un cas d'ascite accompagnant l'évolution d'une cirrhose atrophique du foie, nous avons trouvé des polynucléaires en quantité prédominante, avec des cellules endothéliales. Ce fait est en faveur de l'opinion qui attribue l'ascite des cirrhotiques à des lésions péritonéales concomitantes.

Scorbut infantile et alimentation par le lait maternisé.

M. Comby communique l'observation d'un enfant de onze mois, nourri exclusivement avec du lait maternisé à la dose quotidienne d'un litre et demi, qui fut atteint, à l'âge de neuf mois, de taches purpuriques des membres, de gonflements osseux, de fongosités gingivales avec hémorrhagies, etc.

La substitution du lait de vache frais et bouilli et l'administration, trois fois par jour et alternativement, d'une cuillerée à café de purée de pommes de terre et d'une cuillerée à café de jus d'orange, suffirent à faire disparaître tous ces accidents scorbutiques.

Il faut noter que, sur 12 cas de scorbut infantile publiés en France, 8 sont imputables au lait maternisé.

Laryngite phlegmoneuse à entérocoques.

M. Ménétrier montre le larynx d'un malade ayant succombé à une laryngite phlegmoneuse. L'examen bactériologique du muco-pus recueilli à la surface du larynx y a décelé la présence de petits microcoques réunis deux à deux et offrant tous les caractères de l'entérocoque.

L'inoculation d'une goutte de ce muco-pus à une souris a déterminé la mort au bout de quarante-huit heures; dans le sang et les différentes humeurs de l'animal, on a retrouvé le même microorganisme.

Paralysie du spinal consécutive à un phlegmon du pharynx.

M. Lermoyez relate l'observation d'une femme atteinte de dysphagie, d'enrouement et de paralysie avec atrophie des muscles trapèze et sterno-mastoïdien du côté droit. Il existait, en outre, une paralysie de la corde vocale droite, de la moitié droite du voile du palais et du muscle constricteur du pharynx. Tous ces accidents apparurent à la suite d'un abcès phlegmoneux du pharynx; ils semblent devoir être mis sur le compte d'une névrite de voisinage, localisée à la branche externe du nerf spinal.

Diagnostic des fractures du crâne par la ponction lombaire.

M. Tuffier adresse, en son nom et au nom de M. Milian, à propos de la communication de M. Rendu (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 227), une note tendant à démontrer que la « coloration jaunâtre » du liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire aurait dû faire penser à une fracture du crâne et non à une méningite.

Dans tous les cas de fracture crânienne qu'ils ont observés, MM. Tuffier et Milian ont noté cette même « couleur chair » du liquide céphalo-rachidien, et non un aspect franchement hémorrhagique. D'autre part, ils n'ont jamais constaté de lymphocytose en pareille occurrence.

M. Guinon montre un enfant qui présente, sur toute la surface du corps, un nombre considérable de petites exostoses indolores, adhérentes aux os, et bien différentes, au moins par leur faible volume, des exostoses dites « de croissance ».

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 juillet 1901.

Recherches sur les propriétés du placenta.

MM. Charrin et **Delamare.** — On tend à considérer aujourd'hui le placenta comme un organe doué d'une certaine activité.

Désireux d'étudier cette question, nous avons tenté d'abord d'apprécier la toxicité des extraits de tissu placentaire. Dans nos expériences, il a fallu, en général, injecter une quantité de liquide correspondant à 26 ou 30 grammes de ce tissu pour tuer rapidement, avec dyspnée, hypothermie, albuminurie, parfois exophtalmie, un lapin d'environ 2 kilogrammes : la toxicité du placenta se rapproche donc de celle des glandes les plus actives.

Nous avons recherché ensuite, suivant la méthode de Schiff, si le placenta agissait sur les poisons de nature alcaloïdique, particulièrement sur la nicotine; or, il résulte de nos essais que, malgré sa teneur en glycogène, cet organe ne paraît exercer aucune influence de cet ordre : les animaux ayant reçu une solution de nicotine mise en contact prolongé avec le délivre, moururent à peu près aussi vite que ceux auxquels on avait injecté ce même liquide après trituration avec du muscle; par contre, les lapins intoxiqués avec des quantités semblables de la même solution ayant subi pendant un temps égal l'action d'un poids identique de foie résistèrent plus longtemps et même survécurent.

Avec les poisons microbiens, les résultats ont été un peu différents; en effet, des animaux traités par de la toxine diphtérique soumise à l'influence du placenta ont eu une survie plus longue que ceux auxquels on avait injecté cette même toxine triturée avec du muscle ou du foie. Nous devons, toutefois, ajouter que cette survie a été trop courte pour que nous puissions affirmer d'une manière absolue l'existence d'une propriété d'atténuation ou d'arrêt; il est vrai que les doses de toxine employées étaient massives.

Dans une quatrième série d'expériences, nous avons injecté, dans les vaisseaux de lapines pleines, du mucus dilué, sans parvenir à réaliser la coagulation du sang des fœtus, tandis que celui de la mère se prenait en masse. Or, *in vitro*, le mucus agit nettement sur le sang fœtal; d'autre part, nous pensons avoir procédé avec assez de lenteur pour permettre au mucus de traverser le placenta, et nous n'avons pas retrouvé dans cet organe de thromboses capables de s'opposer à ce passage. Peut-être s'agit-il d'une véritable intervention active du délivre; néanmoins, en dépit des précautions que nous avons prises, les objections auxquelles nous venons de faire allusion s'opposent à une conclusion absolue.

Altérations du sang produites par les morsures des serpents venimeux.

MM. Auché et **Vaillant** (de Bordeaux) adressent une note dans laquelle ils rendent compte d'expériences sur le cobaye, démontrant que les altérations du sang, provoquées par les morsures de serpents venimeux, intéressent à la fois les globules rouges et les globules blancs.

En ce qui concerne les hématies, on note une hématolyse plus ou moins intense. Quant aux leucocytes, leurs modifications sont à la fois quantitatives et qualitatives. Les premières se traduisent par une élévation, quelquefois considérable, du nombre des globules, aussi bien dans les cas suivis de guérison que dans les cas mortels; cette réaction débute très rapidement après la morsure ou après l'injection de venin. Les secondes sont représentées par une augmentation du nombre des leucocytes polynucléés. C'est cette polynucléose qui est la cause de l'élévation du chiffre total des leucocytes. Le nombre des lymphocytes est, en effet, diminué. Celui des éosinophiles s'abaisse pendant la période d'hyperleucocytose, puis se relève pour revenir à la normale et parfois la dépasser un peu, lorsque le chiffre des leucocytes polynucléés est redevenu normal.

Lésions des capsules surrénales dans les maladies infectieuses aiguës.

MM. Oppenheim et **Lœper.** — Nos recherches ont porté sur 53 cas de maladies infectieuses aiguës, comprenant 17 diphtéries toxiques ou compliquées, 1 tétanos, 16 pneumonies ou bronchopneumonies, 10 varioles pour la plupart hémorrhagiques, 3 fièvres typhoïdes, 4 streptococcies, 1 dysenterie avec infection colibacillaire généralisée et 1 péritonite aiguë putride d'origine appendiculaire.

Dans la diphtérie pure, les lésions dominantes des capsules surrénales sont la nécrose cellulaire et l'hémorrhagie. Dans les diphtéries associées, on trouve, en outre, une diapédèse diffuse et des nodules infectieux nettement constitués.

L'intoxication tétanique se traduit par quelques îlots hémorrhagiques et une légère infiltration lymphocytique des parois veineuses.

En cas de pneumonie ou de bronchopneumonie, on trouve peu de lésions cellulaires,

mais des îlots infectieux à lymphocytes, de l'infiltration des parois veineuses et quelquefois de petits abcès microscopiques. Dans un fait, nous avons observé une thrombophlébite infectieuse des veines capsulaires.

Chez les varioleux et les dothiénentériques, les lésions surrénales sont constituées par de nombreux nodules infectieux à lymphocytes, par l'infiltration des parois veineuses et par la tendance à la sclérose de la zone glomérulaire et de la couche médullaire.

Enfin, dans la streptococcie, l'infection colibacillaire et la péritonite putride appendiculaire, les hémorrhagies véritables nous ont paru fréquentes; une fois, la veine centrale présentait un volumineux caillot bourré de streptocoques.

Influence du sérum antituberculineux sur la virulence du bacille de Koch.

M. F. Arloing. — J'ai démontré précédemment que le sérum antituberculineux, mis au contact du bacille de Koch, non seulement n'exerce pas d'action bactériolytique sur ce bacille, mais encore en augmente la végétabilité (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 187). J'ai constaté depuis que, délayés dans ce sérum, dont les propriétés antitoxiques vis-à-vis de l'intoxication tuberculineuse sont certaines, les bacilles tuberculeux envahissent plus facilement l'organisme qui les reçoit.

En effet, des cobayes et des lapins inoculés sous la peau avec des émulsions, datant de vingt-quatre heures, de bacilles de Koch dans du sérum antituberculineux, ont présenté à l'autopsie des lésions viscérales et ganglionnaires beaucoup plus graves et beaucoup plus étendues que les témoins. En outre, tandis que ces derniers avaient des accidents locaux très accusés, les premiers en étaient indemnes.

Il reste à savoir si le sérum antituberculineux a produit une réelle exaltation du bacille ou si, par son introduction simultanée dans l'organisme, il ne s'est pas borné à exercer une influence favorisante sur l'infection.

Les injections épidurales dans l'incontinence d'urine.

MM. Albarran et Cathelin. — En étudiant les effets des injections épidurales de cocaïne sur les affections douloureuses de la vessie, nous avons constaté que l'injection de 2 à 3 c.c. d'une solution de cocaïne de 0.5 à 2 % détermine souvent, mais non toujours, une diminution de la sensibilité douloureuse spontanée, ainsi qu'une diminution de la douleur au contact des instruments; par contre, la sensibilité à la distension par injection intravésicale n'est pas modifiée.

De plus, dans quatre cas d'incontinence d'urine de causes variées (tuberculose vésicale, paraplégie avec cystite, incontinence des vieilles femmes par relâchement du sphincter), il a suffi d'une ou de plusieurs injections de 1 c.c. de cocaïne à 2 % pour amener le rétablissement des mictions volontaires.

De l'action des injections intrarénales d'acide chromique et des badigeonnages du rein avec une solution de nitrate d'argent.

MM. Bordier et Frenkel. — Les modifications de la sécrétion urinaire résultant de l'injection d'acide chromique dans l'artère rénale consistent surtout en une augmentation de la proportion des chlorures et de l'eau. Toutefois cette néphrite chronique ne saurait être comparée à la néphrite épithéliale telle qu'on l'observe en clinique.

Le badigeonnage de la surface du rein avec une solution de nitrate d'argent ne provoque, ni chez le lapin, ni chez le chien, une véritable néphrite, probablement parce que les solutions ne pénètrent pas profondément dans la substance corticale. Ces badigeonnages déterminent souvent une exagération de la diurèse, non seulement au point de vue quantitatif, mais encore en ce qui concerne la teneur de l'urine en azote total, en azote uréique et en matières minérales.

Sur la lipase des ganglions lymphatiques à l'état normal et pathologique.

M. Poulain. — Il résulte d'une série de recherches sur le rôle des ganglions du mésentère dans l'absorption des graisses qu'à l'état normal le pouvoir lipasique est sensiblement le même dans les ganglions périphériques et dans les ganglions du mésentère, pour un même poids de ganglion, au même moment et chez le même sujet.

D'autre part, dans les infections intestinales, l'activité lipasique des ganglions mésentériques diminue beaucoup par rapport à celle des ganglions périphériques. Le contraire s'observe dans les infections cutanéo-muqueuses. Enfin, dans les infections généralisées diffuses, le pouvoir lipasique s'abaisse, et d'une façon sensiblement égale, dans tous les ganglions de l'économie.

M. Lesage adresse une note relative à 16 cas de gastro-entérite des nourrissons, dont 10 terminés par la mort, où il a trouvé à l'état de pureté, dans l'appareil bronchopulmonaire, un coccobacille du genre *pasteurellose*. Ce micro-organisme, pathogène pour le lapin et le cobaye, a été constaté aussi dans les selles, mais mélangé à d'autres espèces bactériennes.

ETRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 8 juillet 1901.

Cancer de l'estomac à évolution lente.

M. Albu présente une femme de quarante-deux ans qui souffrait depuis des années de douleurs gastriques; elle était très amaigrie, mais non cachectique; son estomac était dilaté; l'examen du chimisme stomacal révélait une insuffisance motrice grave; le suc gastrique renfermait en abondance de l'acide chlorhydrique et des sarcines; enfin, la palpation permettait de reconnaître l'existence d'une tumeur pylorique, que l'on crut de nature bénigne en raison de la longue durée de l'affection et de la présence de sarcines dans l'estomac.

Une opération ayant été décidée, on pratiqua une gastro-entérostomie — laquelle date actuellement d'un mois — avec un plein succès. L'étude histologique de la pièce fit voir qu'il s'agissait, en réalité, non d'une tumeur bénigne, mais d'un adéno-carcinome.

M. Strauss rappelle qu'il a communiqué naguère des observations de cancer gastrique ayant duré trois et quatre ans; toutefois, cette évolution lente est plus exceptionnelle pour le carcinome mou — comme chez la malade de M. Albu — qu'en cas de squirrhe.

Quant aux sarcines, l'orateur déclare qu'elles se rencontrent assez fréquemment dans l'estomac des cancéreux, et n'ont, par suite, pas la valeur diagnostique que l'on a voulu leur attribuer.

M. Albu cite l'opinion de Riegel qui, dans 95 % des cas où existaient des sarcines, a vu qu'il s'agissait de tumeurs bénignes.

Sur la présence, dans l'urine, de formations analogues à des caillots.

M. A. Rothschild relate l'observation d'un homme de cinquante neuf ans, de bonne santé habituelle, mais ayant eu deux hématuries au cours des trois dernières années, qui trouva dans ses urines, après une légère hématurie, un corps vermiforme, d'aspect vitreux, long comme le petit doigt, donnant l'impression d'un moulage de l'uretère; cette substance se rétractait dans l'alcool; au microscope, elle se présentait comme une masse anhyste, sans donner toutefois les réactions de la fibrine; c'était la seconde fois que le patient expulsait par les urines une semblable matière.

Quelques mois plus tard apparurent les signes d'une tumeur du rein droit; une néphrectomie ayant été pratiquée, on vit que les deux tiers de l'organe étaient envahis par un sarcome à cellules géantes, dont une partie était constituée par une substance analogue aux formations antérieurement trouvées dans les urines.

Un cas de scarlatine « traumatique ».

M. Th. Lippmann communique l'observation d'un garçon de huit ans, affecté pour la troisième fois en six ans de scarlatine; la dernière atteinte s'est déclarée peu après que cet enfant eût reçu un soufflet; les précédentes avaient laissé de l'engorgement ganglionnaire du cou, et une prédisposition aux angines.

L'orateur voit dans ce cas une confirmation de la théorie qu'il a soutenue jadis, à savoir que les récidives des maladies infectieuses ne sont pas, en règle générale, le fait de contaminations nouvelles, mais témoignent plutôt d'un réveil des germes morbides laissés dans l'organisme par les attaques antérieures, d'une *réinfection endogène*.

D[r] VILLARET.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ANGLAISES

Opération sous la radioscopie, par M. J. BALDWIN.

S'il est aujourd'hui de pratique courante, avant de procéder à l'extraction de corps étrangers, de déterminer leur siège exact à l'aide des rayons de Röntgen, on ne voit guère, au premier abord, l'utilité qu'il peut y avoir à recourir au même moyen de diagnostic au cours de l'intervention. Et, cependant, il est des cas où cette mesure pourrait devenir absolument nécessaire, comme en témoigne l'observation publiée par M. Baldwin et qui, en raison de sa singularité, mérite d'être signalée.

Il s'agit d'un garçon de neuf ans qui reçut une balle de carabine Flobert dans la cuisse droite, immédiatement au-dessus de la rotule. La plaie ne tarda pas à se cicatriser, mais, au bout d'une vingtaine de jours, le petit patient commença à éprouver une certaine difficulté de la marche, et l'examen pratiqué par le médecin traitant sembla indiquer que la balle siégeait sous la peau, à côté de la rotule. Toutefois, une incision menée à ce niveau ne permit pas de trouver le projectile. C'est alors que M. Baldwin fut appelé pour la première fois à voir le malade, en consultation avec un confrère particulièrement compétent en matière de radiographie, M. Early. Le petit garçon étant couché sur le dos, il fut très facile de constater, à l'aide du fluoroscope, que la balle se trouvait au-dessus du condyle interne du fémur, du côté opposé à celui où l'on avait fait l'incision quelques jours auparavant. On intervint de nouveau, mais, en dépit des recherches les plus minutieuses (sous narcose), le projectile resta introuvable. En présence de ces faits, il ne restait plus qu'à admettre que la balle était logée dans la cavité articulaire elle-même et s'y déplaçait constamment. En effet, un second examen fluoroscopique, pratiqué le lendemain de l'opération, décela la présence du projectile, cette fois dans la partie postérieure de la jointure. De plus, on put se convaincre *de visu* que la balle changeait de position sous l'influence des mouvements du membre. Cela étant, il devenait évident que toute tentative d'extraction risquerait de rester complètement infructueuse tant qu'elle ne serait pas guidée par les indications obtenues au moyen du fluoroscope au moment même de l'intervention. Une troisième opération, au cours de laquelle on avait constamment sous les yeux l'image projetée par l'articulation sur l'écran fluoroscopique, fut enfin couronnée de succès. Il va de soi que l'intervention fut très laborieuse, non seulement en raison de la mobilité du projectile, mais aussi à cause de certains inconvénients inhérents à la radioscopie elle-même (chambre obscure, bruit de la machine, etc.). (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 mai 1901.) — L. CH.

Hémorrhagies se produisant dans un larynx sain en apparence, par M. G. B. WOOD.

Les hémorrhagies du larynx surviennent d'ordinaire au cours d'affections ulcéreuses de cet organe, telles que la tuberculose et aussi, mais moins souvent, la syphilis et le cancer; d'autres fois, elles sont consécutives à un traumatisme externe ou interne (pénétration dans le larynx d'un corps pointu ou tranchant); on a observé, enfin, des pertes sanguines laryngées chez des malades atteints de cirrhose du foie, ou à la suite d'un surmenage vocal, ou encore chez des femmes affectées d'aménorrhée. Mais

les hémorrhagies se produisant en dehors de toute affection locale ou générale sont extrêmement rares. Aussi le cas relaté par l'auteur dans le présent travail n'est-il pas sans intérêt :

Il s'agit d'un homme de trente-six ans ayant toujours joui d'une excellente santé, qui fut pris un jour d'une hémoptysie extrêmement abondante. Le sang venait sans le moindre effort; la perte sanguine n'avait pas été provoquée, elle n'avait pas été précédée de toux. Le malade n'avait, d'ailleurs, jamais toussé; il n'accusait pas d'amaigrissement, et l'examen de ses poumons et de son cœur, pratiqué de la façon la plus minutieuse, ne faisait rien découvrir d'anormal. La voûte et la paroi postérieure du pharynx, ainsi que l'amygdale linguale, étaient le siège de nombreux caillots sanguins; à l'examen laryngoscopique, on trouva la région aryténoïdienne, les cordes vocales et la paroi antérieure de la trachée couvertes de sang frais, mais la source de l'hémorrhagie ne put être déterminée. On prescrivit au malade de l'iodure de potassium et de l'ergotine, et on porta un pronostic favorable. En effet, le lendemain le laryngoscope ne révélait plus que l'existence d'un petit point rouge au niveau de la partie antérieure de la corde vocale gauche. On renvoya le patient chez lui après lui avoir ordonné un peu de teinture d'aconit.

La cause de cette hémorrhagie aurait pu, à la rigueur, être attribuée à cette circonstance que cet homme avait l'habitude de mâcher son curedents et que, le matin du jour où s'était produite l'hémorrhagie, un fragment de cure-dents s'était détaché et avait pénétré dans la gorge. Mais plus tard survint une nouvelle hémoptysie; or, depuis son premier accident, le malade avait complètement perdu l'habitude en question. Il ne toussait toujours pas, sa santé générale était excellente; l'examen des poumons et du cœur donna cette fois encore un résultat négatif. Au laryngoscope, on constata la présence de quelques caillots sur l'épiglotte; du sang liquide recouvrait les cordes vocales; on apercevait, en outre, une mince traînée sanguine le long de la paroi antérieure de la trachée; les veines du larynx et du pharynx étaient le siège d'une dilatation très accentuée.

Le traitement consista en applications locales d'extrait surrénal; neuf jours après le début de cette dernière hémorrhagie, le malade ne crachait plus une goutte de sang et la dilatation veineuse était beaucoup moins prononcée. Les pertes sanguines ne se sont plus reproduites depuis lors.

A noter que l'on constata, chez cet homme, un certain degré d'oxalurie au cours de la dernière hémorrhagie, oxalurie qui disparut assez vite sous l'influence d'un traitement approprié.

A moins de voir entre ce trouble urinaire et la perte sanguine un rapport de cause à effet, rapport que l'auteur juge fort peu probable, il faut admettre qu'on se trouve en présence d'hémorrhagies spontanées du larynx, fait d'autant plus intéressant que, dans l'esprit de la plupart des praticiens, une hémoptysie éveille toujours, et non sans raison, avant toute autre idée, celle d'une tuberculose pulmonaire ou laryngée. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai 1901.) — S. J.

Chéloïde traumatique du nerf médian, par M. O. Kiliani.

Une jeune femme de vingt et un ans s'était fait une blessure du poignet gauche, pour laquelle on lui sutura des tendons et, ultérieurement, le nerf médian. Les fonctions de ce nerf ne se rétablissant pas, la malade vint consulter M. Kiliani, qui constata au poignet, sur le trajet du nerf, un petit noyau de la grosseur d'une olive, ferme, douloureux au toucher et adhérent à la cicatrice. La pression à ce niveau déterminait une sensation de fourmillement dans les doigts; l'index et le médius étaient insensibles; le pouce et l'index, placés en extension, ne pouvaient se fléchir. L'électricité faradique ou galvanique était sans action; il y avait, de plus, une légère réaction de dégénérescence.

M. Kiliani extirpa la cicatrice avec la petite tumeur qui lui adhérait et sutura au catgut les extrémités nerveuses; le noyau en question était formé par les deux extrémités renflées du nerf médian; sur la branche cutanée palmaire existait une petite tuméfaction analogue. Quatre jours plus tard, la sensibilité avait reparu, et, au bout de neuf jours, la malade pouvait remuer un peu les doigts. Quand elle quitta l'hôpital, trois mois après, la flexion des interosseux était seule demeurée imparfaite. Quatre mois s'étant encore écoulés, cette femme revint avec une récidive : un petit néoplasme, gros comme un haricot, non adhérent à la peau, occupait le trajet du nerf médian. L'auteur, considérant les tendances qu'avait la malade à faire des chéloïdes, s'abstint cette fois-ci de toute intervention et se contenta d'un traitement symptomatique; le résultat en fut assez bon, car le névrome diminua un peu de volume, devint plus souple, moins douloureux et permit à la patiente de vaquer à ses occupations.

L'examen microscopique de la pièce démontra que la tumeur était constituée par du tissu fibreux; à cause de cette abondante formation cicatricielle, les deux bouts du nerf sectionné n'avaient pu se mettre en contact. On retrouvait encore des débris du fil de soie ayant servi à la première suture nerveuse : ils étaient en voie de résorption, comme en témoignaient les cellules géantes qui les entouraient. (*Annals of Surgery*, janvier 1901.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Emploi de tubes en gélatine pour la suture des nerfs et des tendons.

La méthode connue sous le nom de tubulisation des nerfs (Vanlair) — et qui consiste à assurer, dans les cas de suture à distance, la régénération des fibres nerveuses dans une bonne direction par l'emploi de drains en os décalcifié —, tout en étant très rationnelle comme principe, laisse cependant à désirer en pratique, parce que les tubes dont il s'agit se résorbent parfois trop rapidement et qu'il est impossible de préciser d'avance l'époque à laquelle se fera cette résorption. L'usage de drains en magnésium, préconisé l'année dernière par M. le docteur Payr, assistant de la clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Gratz (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 148), ne paraît pas davantage répondre à tous les desiderata, car le magnésium subit, au bout de quelques jours déjà, une fragmentation plus ou moins accentuée, et la rapidité de sa résorption varie avec l'épaisseur du tube; or, il est des cas où l'on ne peut guère employer des drains épais sans s'exposer à voir survenir des troubles locaux. Aussi M. le docteur G. Lotheissen, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine d'Innsbruck, a-t-il cherché à substituer à l'os décalcifié et au magnésium la gélatine durcie dans une solution de formol à 2 %. Les tubes en gélatine sont conservés dans de l'alcool à 96° et peuvent, au préalable, être stérilisés par la chaleur sèche : ils supportent sans inconvénient la température de 110° à 120° pendant deux heures, et ce n'est qu'à 140° qu'ils deviennent cassants. Le formol a pour effet de retarder la liquéfaction de la gélatine à la température du corps : les expériences *in vitro* et sur les animaux ont montré qu'après un durcissement de vingt-quatre heures, la gélatine ne se dissout qu'au bout d'un mois; traitée par le formol pendant quarante-huit heures, elle résiste six semaines; après un séjour de soixante-douze heures dans le même liquide, la résorption a lieu seulement au bout de deux mois.

Sur 7 cas de suture tendineuse ou nerveuse dans lesquels M. Lotheissen a eu jusqu'à présent l'occasion d'essayer le procédé en question, il y a eu 6 fois guérison sans aucun accident; chez le septième malade, la réunion par première intention ayant échoué, le tube se liquéfia dans l'espace de quatre jours.

Notre confrère estime que l'emploi des drains en gélatine est susceptible de rendre de bons services, à titre de moyen protecteur, même dans la suture directe des nerfs. D'autre part, l'usage de ces drains semble particulièrement indiqué dans les cas de blessure simultanée des tendons des fléchisseurs superficiel et profond, au niveau de la racine des doigts : en pareille occurrence, il n'est pas rare d'observer qu'après la cicatrisation les deux tendons ne peuvent plus fonctionner isolément, par suite d'adhérences qu'ils ont contractées entre eux, accident qu'on pourra facilement éviter en entourant l'un des tendons d'une gaine de gélatine.

Pour les sutures tendineuses, M. Lotheissen recommande de se servir de tubes ayant séjourné quarante-huit heures dans la formaline; pour les sutures des nerfs, il faut soumettre les drains à l'action du formol pendant soixante-douze heures, et, enfin, dans les cas de perte de substance nerveuse, où la régénération nécessite plus de deux mois, il sera prudent de prolonger le durcissement de la gélatine durant six à sept jours.

Inconvénients de l'emploi de l'extrait de capsules surrénales en poudre.

L'extrait de capsules surrénales tendant à prendre une place importante parmi les moyens hémostatiques, surtout en rhinologie, il nous paraît intéressant de signaler les accidents que M. le docteur C. Bloch (de New-York) a eu à enregistrer à la suite de l'emploi de cette substance chez un jeune homme atteint de troubles respiratoires dus à la présence d'une bride fibreuse entre le cornet moyen gauche et la cloison nasale (conséquence d'une intervention antérieure sur le nez). Afin d'éviter une hémorrhagie profuse, notre confrère insuffla dans la narine gauche de la poudre d'extrait de capsules surrénales, procédé auquel il avait fréquemment eu recours sans qu'il en fût résulté jusqu'alors le moindre inconvénient. Cette fois, il est vrai, la quantité de poudre utilisée fut quelque peu supérieure à la dose ordinaire. Le lendemain, le patient se plaignit de céphalalgie et de mal de gorge. A l'inspection, on trouva de l'œdème du voile du palais avec prédominance au niveau de la luette, et de la congestion des amygdales et des piliers, surtout marquée du côté gauche. Des scarifications pratiquées sur l'amygdale gauche et le tissu cellulaire avoisinant amenèrent rapidement la décongestion des parties engorgées. Mais, au bout de quelques jours, la région des piliers devint douloureuse à son tour, et on vit apparaître une ulcération superficielle sur l'amygdale droite; quatre jours plus tard, le même phénomène se produisit du côté opposé. Sous l'influence d'un traitement approprié, les deux ulcères ne tardèrent pas à se cicatriser.

M. Bloch estime que ces accidents ont été causés par l'action vasoconstrictive énergique de la médication surrénale et par la stase veineuse concomitante des vaisseaux périphériques. Aussi notre confrère recommande-t-il de n'employer l'extrait de capsules surrénales que sous forme de solution aqueuse.

Traitement mécanique de la bronchectasie et de la bronchite chronique.

Il y a quelques années, M. le docteur E. Apolant (de Berlin) avait proposé de traiter les collections purulentes communiquant avec les bronches par un moyen mécanique qui consiste à faire pencher le malade hors de son lit, toutes les deux heures environ, de manière que la tête soit très basse, en recommandant de conserver cette attitude aussi longtemps que possible (Voir *Semaine Médicale*, 1894, Annexes, p. CCX). Depuis lors, le même principe a été aussi utilisé pour faciliter l'expectoration chez les sujets atteints de bronchite chronique avec dilatations cylindriques ou sacciformes des bronches, d'abord par M. le docteur H. Quincke, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Kiel (Voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. CXXX), et ensuite par M. le docteur O. Jacobson (de Berlin). Ces deux confrères faisaient coucher le patient sur le dos, *pendant une à deux heures chaque jour*, soit simplement sans oreiller, soit en surélevant en même temps d'une trentaine de centimètres le pied du lit. Or, M. le docteur W. Ewart, médecin en chef du St. George's Hospital de Londres, a pu se convaincre que cette attitude peut être supportée sans inconvénients, même d'une façon permanente. D'après l'expérience de notre confrère, le procédé en question, modifié de la sorte, se montrerait plus efficace que le décubitus horizontal intermittent avec tête basse. M. Ewart estime, cependant, que ce moyen, tout en facilitant l'expectoration, ne stimule pas d'une façon suffisante l'activité pulmonaire et qu'il y a lieu, par conséquent, de lui associer la gymnastique respiratoire.

TRAVAUX ORIGINAUX

La cholémie simple familiale.

Depuis un an, nous avons à diverses reprises attiré l'attention des médecins sur un état pathologique remarquablement fréquent, et qui, rappelant quelques-uns des traits du *tempérament bilieux* des auteurs anciens, était jusqu'à nos travaux resté à peu près complètement méconnu (1). En décrivant l'*ictère acholurique simple*, nous avons dit comment cet état morbide nous avait permis d'établir une relation familiale entre les diverses infections biliaires aiguës ou chroniques (*famille biliaire*), et de préciser à leur origine le rôle du terrain en montrant l'existence d'une *diathèse biliaire*. Aujourd'hui nos recherches portent sur plusieurs centaines de cas, et nous pouvons, après l'étude analytique à laquelle nous nous sommes livrés, faire l'exposé synthétique des données désormais établies.

Plus nous étudions ces faits, plus nous sommes convaincus de la fréquence et de l'importance considérable de cet état. La *cholémie* en est le trait le plus constant. Souvent l'ictère fait complètement défaut, et, lorsqu'il existe, il est toujours très différent de l'ictère tel qu'on l'entend communément. En revanche, le *caractère familial*, que notre premier travail avait mis en lumière et que nous avons appuyé d'une série de preuves, nous est de plus en plus apparu comme un des traits essentiels de cet état pathologique. Aussi croyons nous devoir substituer à la dénomination d'ictère acholurique simple, que des nécessités de nosographie nous avaient d'abord obligés à employer, celle de *cholémie simple familiale*. Ce dernier terme s'adapte mieux à la multiplicité des types cliniques. La cholémie et le caractère familial sont deux éléments à peu près constants, alors que l'ictère, au sens courant du mot, fait habituellement défaut, et que la cholurie peut exceptionnellement exister nettement.

La cholémie simple familiale remonte en général à la naissance ou tout au moins à de longues années en arrière. C'est fréquemment un état compatible avec une santé apparente, un tempérament plus qu'une maladie; même alors, il y a utilité à la reconnaître, en raison des divers accidents qu'elle pourrait ultérieurement amener. D'autres fois, elle entraîne une série de symptômes secondaires, dont l'origine biliaire peut être évidente, ou qui, plus souvent, sont à tort considérés comme primitifs; c'est ainsi que bon nombre de nos malades étaient soignés comme dyspeptiques, comme neurasthéniques, comme albuminuriques, comme rhumatisants.

Il y a donc lieu de distinguer dans l'étude de la cholémie familiale deux ordres de symptômes :

Des *symptômes fondamentaux*, qu'on retrouve toujours plus ou moins au complet et qui permettent d'affirmer l'origine biliaire de cet état morbide;

Des *symptômes secondaires*, très variables dans leur intensité et leur nature suivant les sujets, mais qui présentent toujours un certain nombre de caractères spéciaux : dès lors, leur constatation peut à elle seule faire penser à la cholémie familiale.

Aussi conçoit-on que l'étude de ces symptômes secondaires, jointe à la recherche des *antécédents familiaux*, permette souvent, même en l'absence de tout examen du sérum, d'affirmer la cholémie familiale.

I

Les *symptômes fondamentaux* sont fournis par l'état du tégument et du sérum, plus rarement par celui des urines, ainsi que par l'état objectif du foie et de la rate.

Etat de la peau : Dans un grand nombre de faits, le teint est absolument normal. C'est ce qui nous a récemment amenés à décrire la *cholémie anictérique* à côté de la *cholémie subictérique*.

Mais souvent aussi (et ce sont les cas qui avaient d'abord attiré notre attention) divers indices permettent d'affirmer qu'il y a imprégnation des téguments par les pigments biliaires, justifiant ainsi le mot d'ictère dont nous nous sommes servis au début.

Dans un premier ordre de faits, la peau est d'une coloration jaune mat prédominante à la face, mais généralisée à tout le corps; le teint est celui de l'oriental, du créole; les malades reconnaissent avoir le teint mat, mais ils ne s'imaginent nullement — pas plus, d'ailleurs, que les médecins — que leurs téguments sont colorés par des pigments biliaires. Il n'y a, du reste, pas d'imprégnation biliaire des conjonctives ni des muqueuses, à part de rares exceptions.

Quelquefois, le teint se rapproche singulièrement de celui des chlorotiques, mais les muqueuses demeurent colorées.

On peut encore comparer la coloration de la peau à celle que lui imprime l'ictère hémaphéique dans la pneumonie, par exemple, ou dans certains cas de fièvre typhoïde. Dans ces affections, en effet, comme dans la cholémie familiale, la peau est à peine teintée, la coloration prédomine à la face, les conjonctives sont respectées. Cet ictère est tellement léger qu'il est le plus souvent méconnu des malades et des médecins.

A un degré de plus, c'est le *teint bilieux*. Les téguments, surtout à la face, sont nettement jaunâtres ou jaune verdâtres, parfois olivâtres.

Exceptionnellement, enfin, on a affaire à un véritable *subictère*, et rarement nous avons pu noter dans ce dernier ordre de faits de l'imprégnation des conjonctives.

Dans certains cas, la coloration est partielle, localisée à la face, au pourtour des lèvres, aux sillons naso-labiaux, au front et en même temps à la plante des pieds, à la paume des mains. De même, dans la fièvre typhoïde, on a décrit sous le nom de *signe palmo-plantaire* une coloration anormale de la paume des mains et de la plante des pieds qui nous semble n'être qu'une variété d'ictère hémaphéique partiel.

Dans tous ces faits, *il y a imprégnation des téguments par les pigments biliaires, il y a donc ictère*, bien que l'expression clinique habituelle de cet état morbide fasse défaut et, en présence de sujets offrant ces diverses colorations des téguments, le médecin devra désormais rechercher la cholémie familiale.

Chez certains malades, un autre signe révélateur nous a été fourni par le *xanthélasma* des paupières, unilatéral ou bilatéral, ébauché ou nettement réalisé.

Enfin, la *pigmentation* du visage nous a souvent mis en éveil. A ce point de vue, nous avons observé divers degrés dans la pigmentation, qui montrent, à côté des mélanodermies dues aux cirrhoses pigmentaires la possibilité de mélanodermies d'origine biliaire.

Dans une première série de cas, il y avait *masque hépatique* complet avec pigmentation marquée du front, pigmentation des paupières inférieures, larges taches pigmentaires isolées sur les joues; ce masque rappelle ce qu'on décrivait jadis sous le nom de *chloasma hépatique* et se rapproche du *chloasma de la grossesse*. D'autres fois, nous avons constaté des *taches pigmentaires* encore larges mais plus disséminées, associées ou non à une pigmentation légère des paupières inférieures (*taches hépatiques* des anciens auteurs). Enfin, souvent on ne trouvait que des taches punctiformes, *taches de lentigo*, constituant les *taches de rousseur* si répandues. La fréquence de ces diverses pigmentations dans la cholémie familiale, parfois leur existence isolée en dehors de tout autre symptôme cutané, permettent de les considérer dans nombre de faits comme un signe révélateur.

Ces manifestations cutanées se groupent d'ailleurs souvent, si bien que le *facies* peut présenter divers aspects. Dans les cas les plus nets, il y a une véritable *triade symptomatique*, représentée par le masque hépatique, le xanthélasma des paupières, la teinte jaune du tégument. D'autres fois, deux des symptômes cutanés seuls existent : xanthélasma et teinte jaune, pigmentation et teinte jaune. Enfin, ces manifestations peuvent s'observer isolément les unes des autres. Dans tous les cas, leur constatation a une réelle valeur diagnostique.

Etat du sérum : La recherche de l'état du sérum est des plus simples. Lorsque, après piqûre de la pulpe du doigt, on a recueilli les 2 à 4 centimètres cubes de sang nécessaires à l'examen et laissé transsuder le sérum, sa teinte jaune verdâtre ou jaune orange est souvent à elle seule assez caractéristique pour permettre d'affirmer la *cholémie*. Il est pourtant nécessaire de distinguer deux ordres de faits : ceux où le sérum très teinté efface complètement la partie droite du spectre et donne une réaction de Gmelin typique, et ceux où, la teinte jaune du sérum étant encore accusée, l'effacement spectroscopique reste cependant léger, la réaction de Gmelin douteuse ou nulle. Ces derniers cas pourraient laisser dans l'embarras s'il n'y avait la notion familiale qui permet souvent de retrouver, chez divers autres membres de la famille, avec les symptômes secondaires les plus nets, une cholémie évidente. Parfois enfin, à la présence des pigments biliaires dans le sérum peut se joindre celle d'une faible quantité d'*urobiline*, appréciable au spectroscope.

Etat des urines : L'acholurie pigmentaire est habituelle, et aucune réaction (Gmelin, Salkowski ou Haycraft) ne donne, d'ordinaire, de résultats positifs. Dans un certain nombre de cas, pourtant, la réaction de Haycraft est faiblement positive, mais elle semble traduire les acides biliaires plutôt que les pigments. Chez quelques sujets, nous avons constaté par l'examen fractionné, et surtout dans les urines digestives, des pigments biliaires décelables par la méthode de Salkowski, ou, exceptionnellement, donnant la réaction de Gmelin. Enfin, fréquemment, s'il y a acholurie habituelle, on observe aussi des poussées passagères de cholurie.

L'examen du *chimisme hépatique* nous a montré un taux d'urée le plus souvent normal, parfois légèrement supérieur à la moyenne, rarement abaissé; l'urobilinurie est faible ou nulle, l'indicanurie inconstante. La glycosurie alimentaire, quand nous en avons pratiqué la recherche, fut ordinairement négative.

Etat du foie et de la rate : Dans la grande majorité des cas, aucun de ces deux organes n'est modifié. Parfois, nous avons noté que le foie débordait de un ou de plusieurs centimètres le rebord costal. Cette hypertrophie paraissait

---

(1) Gilbert, Castaigne et P. Lereboullet. De l'ictère familial; contribution à l'étude de la diathèse biliaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 27 juillet 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 281.)

Gilbert et P. Lereboullet. Contribution à l'étude de la famille biliaire; des ictères acholuriques simples. (*Bull et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 2 novembre 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 387.) — Diathèse biliaire et hépatisme. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 16 et 23 novembre 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 402.) — De l'état des urines dans l'ictère acholurique. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 9 mars 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 85.) — Des hémorrhagies dans l'ictère acholurique simple. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 16 mars 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 94.) — Voir aussi, sur ce dernier sujet, Vareillaud. De l'ictère acholurique hémorrhagipare et des hémorrhagies au cours de l'ictère acholurique. (*Thèse de Paris*, 1901).

Gilbert et P. Lereboullet. Contribution à l'étude de l'ictère acholurique simple; cholémie anictérique; ictère acholurique à forme dyspeptique. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 17 mai 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 175.) — Forme rénale de l'ictère acholurique simple (albuminuries intermittentes, albuminuries continues, hémoglobinuries paroxystiques). (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 23 juin 1901, et *Semaine médicale*, 1901, p. 211.) — Voir encore, à ce sujet, Duchesne. La forme rénale de l'ictère acholurique simple. (*Thèse de Paris*, 1901.)

isolée, sans hypertrophie simultanée de la rate. D'autres fois, celle-ci était hypertrophiée parallèlement au foie, pouvant même déborder nettement le rebord costal. Enfin, dans un dernier ordre de faits, la rate seule était hypertrophiée, réalisant alors une variété d'*ictère splénomégalique*.

Parmi les symptômes fondamentaux que nous venons de décrire, le seul constant est la présence de pigments biliaires dans le sérum, et il ne semble pas possible d'établir un parallélisme absolu entre l'état du sérum, celui du tégument et celui des urines, puisque, bien souvent, l'imprégnation cutanée et, à plus forte raison, la cholurie ne sont nullement proportionnées à la cholémie. Lorsque manquent les symptômes cutanés assez spéciaux que nous avons décrits, le diagnostic serait donc difficile en dehors de l'examen du sérum, si les signes secondaires d'une part, les antécédents familiaux d'autre part, ne permettaient fréquemment à eux seuls de reconnaître la cholémie familiale.

II

Les *symptômes secondaires*, consécutifs à la cholémie familiale, dominent souvent le tableau clinique et attirent l'attention du malade et du médecin. Ils sont des plus variés et permettent de décrire, à la cholémie familiale, des *formes prurigineuse, dyspeptique, neurasthénique, hystérique, rhumatismale, hémorrhagique, rénale, fébrile*. Nous avons déjà insisté en détail sur certaines de ces variétés, nous dirons donc seulement leurs traits essentiels.

Symptômes cutanés et forme prurigineuse: Outre les signes objectifs de la présence de la bile dans les téguments, le *prurit*, fréquemment intense et tenace, peut traduire cette imprégnation biliaire, et parfois c'est le symptôme dominant (*forme prurigineuse*). Souvent alors il est accompagné de poussées violentes d'*urticaire*, sans causes alimentaires définies. Prurit et urticaire peuvent être les seules manifestations qui attirent l'attention; et la constatation de la cholémie dans la plupart des cas de prurit chronique, d'urticaire récidivant que nous avons observés ces derniers mois, nous porte à penser que, désormais, le médecin devra toujours songer, en présence de faits semblables, à la cholémie familiale. Chez beaucoup de nos sujets, nous avons noté également, soit une tendance particulière aux troubles cutanés variés (érythème noueux, érythème polymorphe, etc.), soit plus simplement une sensibilité particulière de la peau au froid, amenant avec une facilité très grande la production de la *chair de poule*, phénomène dont nous avons, d'ailleurs, relevé l'existence habituelle dans l'ictère quelle qu'en soit la cause.

Symptômes gastro-intestinaux et forme dyspeptique : Souvent les troubles dyspeptiques dominent la scène. On constate alors les signes classiques de la *gastrite hyperpeptique*, avec des douleurs survenant après les repas, communément attribuées à l'hyperchlorhydrie tardive, avec la conservation habituelle de l'appétit et parfois même de véritables crises de *boulimie*. L'étude du chimisme gastrique, poursuivie parallèlement à l'enquête clinique, nous a donné des résultats concordants. Aussi pensons-nous que les signes de dyspepsie à type de gastrite hyperpeptique doivent souvent faire rechercher la cholémie familiale.

On peut observer des troubles intestinaux concomitants, soit qu'il y ait tendance marquée à la constipation, soit que le malade accuse une diarrhée fréquente avec selles bilieuses, sanguinolentes ou glaireuses. Dans certains cas même, la *dyspepsie intestinale* semble primer la *dyspepsie gastrique*.

Symptômes nerveux et formes neurasthénique et hystérique; somnolences : Certains sujets sont considérés avant tout comme des neurasthéniques, et cette neurasthénie a des caractères assez constants. Elle affecte une allure dépressive, revêt parfois le type de la *mélancolie* profonde, pouvant mener à un état voisin de l'aliénation, parfois même au suicide. Plusieurs de nos malades ont dû être isolés dans des maisons de santé. Cette mélancolie est souvent curable, nous l'avons vu rétrocéder en même temps que la cholémie s'atténuait.

Chez quelques patients, la neurasthénie se manifestait par de l'*impuissance génitale*, dont nous avons observé récemment plusieurs exemples successifs, avec cholémie des plus marquées.

Divers autres troubles du caractère peuvent survenir; les malades sont et se disent des bilieux, tantôt à déterminations promptes, actifs, facilement impatients et irritables, tantôt, inversement, apathiques et somnolents. Dans les deux cas, la tendance aux *idées noires*, à l'*hypocondrie*, à l'*atrabile*, est fréquente.

A ces symptômes se surajoutent souvent des *somnolences* tenaces, surtout digestives, coïncidant d'ordinaire avec l'insomnie habituelle, et pouvant être assez marquées pour que le sujet vienne consulter uniquement pour elles.

Certains malades, enfin, ont présenté des accidents hystériques plus ou moins accentués, et, là encore, l'hystérie, représentant une nouvelle variété d'hystérie toxique (*hystérie biliaire*), nous a paru symptomatique de la cholémie.

Symptômes rénaux et forme rénale (albuminuries intermittentes et continues, hémoglobinurie paroxystique) : Parfois, les accidents rénaux ont d'abord attiré l'attention. C'est ainsi que très fréquemment, tant chez l'adulte que chez l'enfant, nous avons rencontré l'*albuminurie intermittente*, et que souvent c'est celle-ci qui était seule reconnue. D'autres fois, nous avons noté une *albuminurie continue*, ordinairement légère, mais quelquefois plus intense. L'étude du fonctionnement rénal nous a, dans les deux cas, révélé des indices de lésion du rein. Enfin, nous avons vu survenir chez plusieurs malades des crises d'*hémoglobinurie paroxystique*. Les développements que nous avons récemment donnés à l'étude de cette forme rénale, qui vient de faire l'objet de la thèse de M. Duchesne, nous dispensent d'insister sur ces faits.

Symptômes articulaires et forme rhumatismale : Un très grand nombre de sujets se plaignent de *douleurs rhumatismales*. Parfois, il s'agit de *rhumatisme aigu* simulant le rhumatisme articulaire aigu (nous possédons des exemples de *rhumatisme biliaire* à cet égard très démonstratifs, soit au cours de la cholémie familiale simple, soit au cours d'angiocholites chroniques diverses, et notamment de cirrhoses biliaires). Plus souvent ce sont des *douleurs subaiguës* et *chroniques*, *arthralgies* ou *myalgies* apparaissant fréquemment à la fin de la journée, sous l'influence du froid et de la fatigue. Elles se superposent aux douleurs rhumatismales communément mises sur le compte de l'*arthritisme*. D'ailleurs, bon nombre de nos malades pourraient être qualifiés d'arthritiques, et la notion de la cholémie familiale nous paraît appelée à remplacer dans beaucoup de cas la notion, d'ailleurs vague, de l'arthritisme.

Les sujets qui nous occupent ont aussi parfois des *rhumatismes chroniques*, tenaces, localisés à certaines jointures, à certains muscles et pouvant même aboutir à des déformations.

Hémorrhagies et forme hémorrhagique : L'interrogatoire et l'examen révèlent souvent une tendance spéciale aux hémorrhagies, au point que nombre de cas qualifiés autrefois d'*hémophilie* seraient mieux désignés désormais sous le nom de *cholémie familiale à forme hémorrhagique*. Epistaxis de croissance, épistaxis tardives et abondantes, gingivorrhagies, ménorrhagies, purpura, hémorrhagies gastro-intestinales, fausses hémoptysies, telles sont les diverses manifestations dont nous avons été témoins, et dont les principaux exemples ont été rapportés dans la thèse de M. Vareillaud. Elles surviennent soit spontanément, soit sous l'influence d'une cause occasionnelle d'ailleurs très variable.

Symptômes cardio-vasculaires (souffles anorganiques, bradycardie) : L'examen du cœur nous a frappé, chez quelques sujets, par l'existence de souffles musicaux parfois intenses, systoliques et prédominant à la pointe, mais qu'une analyse minutieuse nous a permis de considérer comme des souffles anorganiques. La constatation de ces souffles chez des sujets qui ne sont pas notoirement anémiques, et en dehors de toute cause susceptible de les expliquer, peut faire penser à la cholémie familiale.

Dans certains cas, du reste très inconstants, on peut observer une *bradycardie* assez nette. La même inconstance de la bradycardie se retrouve, d'ailleurs, chez les ictériques avérés.

Etat de la température et forme fébrile : Le plus souvent, la température est normale, mais parfois elle affecte un *type inverse* très net, analogue à celui que nous avons noté dans quelques cas d'angiocholites aiguës ou chroniques.

D'autres fois, nous avons constaté chez nos malades des *poussées fébriles* sans cause, parfois violentes, en général précédées de frissons et suivies de sueurs. Elles sont symptomatiques de l'angiocholite, et leur existence doit faire rechercher la cholémie familiale. C'est dans les cas de cette nature que l'on diagnostique souvent des *accès paludéens*, alors que rien dans l'étiologie ne justifie cette hypothèse.

III

Outre la recherche des signes fondamentaux et des symptômes secondaires, l'étude des cas de cholémie familiale comporte encore une enquête sur les *antécédents familiaux*.

Déjà l'interrogatoire du malade peut révéler que lui-même a présenté antérieurement divers accidents passagers du côté des voies biliaires : *ictère émotif*, *ictère catarrhal*, *ictère lithiasique*, accidents qui ont disparu en laissant subsister les symptômes propres à la cholémie familiale.

On retrouve chez les ascendants ou les collatéraux ces mêmes manifestations. Souvent c'est la *lithiase biliaire* qu'on constate ainsi; d'autres fois, ce sont diverses affections du foie avec ictère, passagères ou définitives *(ictère catarrhal, cirrhose biliaire)*. La plupart des membres de la famille ont un teint analogue à celui du sujet observé, ou même un teint bilieux plus accusé. Ils offrent enfin, plus ou moins apparents, les divers symptômes secondaires de la cholémie familiale. La recherche de ces antécédents familiaux a donc une grande valeur diagnostique. D'ailleurs, dans nombre de cas, l'examen du sérum, systématiquement pratiqué chez les membres d'une même famille, nous a montré que tous avaient de la cholémie, quel que fût le degré des accidents notés chez eux, et surtout quelle que fût la teinte de leur tégument.

IV

Le *diagnostic* de la cholémie familiale se fait donc en se basant sur trois ordres d'éléments : étude des signes fondamentaux, analyse des symptômes secondaires, enfin recherche des antécédents familiaux. Grâce à ces éléments, elle peut être facilement reconnue; souvent même il n'est pas besoin de recourir à l'examen du sérum; l'état des téguments, la présence de symptômes secondaires caractérisés, enfin la notion familiale permettent de porter un diagnostic certain. On conçoit même la possibilité de faire à distance, c'est-à-dire hors de la présence des malades ou rétrospectivement, le diagnostic de cholémie familiale. Un exemple fameux entre tous nous semble être fourni par Napoléon Ier et sa famille. Fils d'une mère

lithiasique, Napoléon Ier avait, étant officier d'artillerie ou premier consul, ce teint bilieux spécial sur lequel nous avons insisté; les témoins de son arrivée à Sainte-Hélène signalent de même son teint olivâtre. On retrouvait de plus, chez lui, la plupart des symptômes que nous plaçons sous la dépendance de la cholémie familiale. C'est ainsi qu'il eut, entre vingt et trente ans, de profonds accès d'hypocondrie; il était à certains moments en proie à des crises dyspeptiques violentes; il avait du prurit, et le diagnostic de gale pourrait bien avoir été erroné; il était sujet aux somnolences; enfin, sa bradycardie trouverait ainsi une explication assez naturelle. Sans entrer dans la discussion de la maladie qui l'emporta, sans insister sur divers arguments que nous pourrions tirer de la santé de ses frères ou de leurs descendants, nous croyons en avoir dit assez pour justifier, à propos de Napoléon Ier (cité, d'ailleurs, comme un exemple de tempérament bilieux), ce diagnostic rétrospectif de cholémie simple familiale.

V

Extrêmement commune, la cholémie simple familiale est plus un tempérament qu'une maladie (1). Or, ce qui fait l'importance de ce tempérament et l'utilité qu'il y a à le reconnaître, c'est qu'il révèle une *lésion minime des voies biliaires*, lésion qui est à la source des troubles multiples que nous avons décrits.

Dans nos études antérieures, nous nous sommes attachés à établir la réalité de cette altération des voies biliaires, altération sans doute très faible, mais réelle et susceptible de s'aggraver.

Les rares *examens anatomiques* que nous avons pu faire jusqu'à présent nous ont montré une *angiocholite* assez nette; toutefois il va de soi que dans nombre de cas la lésion peut être moins apparente, sans que pour cela on ait le droit de la révoquer en doute.

L'histoire clinique des malades, et notamment l'existence possible de poussées de fièvre angiocholitique, les ictères choluriques surajoutés, les liens entre la cholémie simple familiale et les diverses formes de l'infection biliaire chronique plaident, du reste, en faveur de cette lésion infectieuse des voies biliaires.

La notion d'une infection biliaire presque latente et bénigne n'a, au surplus, rien d'anormal, car on n'ignore pas que, chez certains animaux, et notamment chez les animaux inférieurs, le foie peut être, même à l'état normal, profondément infecté.

VI

Cette notion nous a mené à la conception d'une *diathèse biliaire*, c'est-à-dire d'une prédisposition spéciale, héréditairement transmissible, des voies biliaires à l'infection, prédisposition tenant sans doute à une modification de l'activité vitale des cellules des canaux biliaires.

Une semblable prédisposition, outre qu'elle explique la cholémie simple familiale, fait comprendre pourquoi d'autres formes d'infection biliaire surviennent parfois chez ces malades : *ictère des nouveau-nés*, *ictère catarrhal*, *ictère émotif*, *lithiase biliaire*, *ictères splénomégaliques*, *splénomégalies méta-ictériques*, *cirrhoses biliaires*, affections qui, avec la *cholémie familiale*, composent la *famille biliaire*. Elle permet surtout de concevoir comment ces affections se rencontrent souvent chez les ascendants ou les collatéraux, le caractère familial de ces infections biliaires chroniques étant à peu près constant.

(1) Elle nous a paru avoir une fréquence spéciale dans certaines races; chez les Orientaux, elle semble particulièrement répandue, et nous avons dit ailleurs avec quelle prédominance nous l'avons rencontrée chez les Israélites.

L'association la plus fréquente est celle de la *cholémie familiale et de la lithiase biliaire*. Le teint bilieux si fréquemment noté chez les lithiasiques, en dehors de leurs crises, n'est autre, en effet, que celui que nous avons décrit comme propre à la cholémie familiale. Les divers troubles considérés comme secondaires à la lithiase (neurasthénie, dyspepsie, hémorrhagies, etc.) ne sont autres que les manifestations que nous avons montré être sous la dépendance de la cholémie familiale. Une bonne partie de la symptomatologie de la lithiase est donc attribuable à la cholémie familiale, et chaque fois que, dans des cas de cette nature, nous avons recherché la cholémie, nous l'avons trouvée. Tout ne se borne donc pas, dans la lithiase, à l'affection vésiculaire, et l'infection originelle, loin de limiter ses effets à la vésicule, agit également sur les conduits biliaires intra-hépatiques. La production des calculs, accident épisodique, n'est, jusqu'à un certain point, que l'effet de la réaction de défense de la paroi vésiculaire, annihilant ainsi les germes qui ont provoqué la cholécystite catarrhale. Aussi est-ce moins la lithiase vésiculaire, susceptible seulement de produire des accidents mécaniques, que la lésion profonde des voies biliaires intra hépatiques, qui est la véritable maladie. Celle-ci reste bénigne tant que l'organisme est bien portant, mais elle est susceptible, chez les sujets âgés ou dont les moyens de défense sont affaiblis, de se compliquer d'angiocholite pyogène rapidement mortelle. On conçoit dès lors que parfois l'intervention chirurgicale dirigée contre les seuls calculs soit insuffisante, et que, si le traitement n'est pas continué après l'opération, les symptômes communément attribués à la lithiase reparaissent. Nous avons été témoins de plusieurs faits de cet ordre. Dans la lithiase biliaire, c'est donc souvent tout à la fois la lésion biliaire intrahépatique et la lésion vésiculaire que doit viser le traitement.

De même que la notion de la cholémie simple familiale éclaire divers points de la pathogénie de la lithiase biliaire, et qu'elle précise, à côté du rôle de l'infection, le rôle du terrain, de même elle permet de mieux comprendre les infections biliaires chroniques et d'établir une chaîne ininterrompue de faits allant de la cholémie familiale la plus légère aux cirrhoses biliaires les mieux constituées; les *ictères splénomégaliques* de divers types et les *splénomégalies méta-ictériques* constituent les intermédiaires.

La prédisposition à l'infection biliaire n'est d'ailleurs, ici, qu'un cas particulier d'une loi plus générale, d'après laquelle les sujets que nous étudions sont *prédisposés à l'auto-infection* des muqueuses et des conduits glandulaires (*appendicites*, *parotidites*, *otites*, *conjonctivites*, *dacryocystites*, etc.).

Ce n'est pas là la seule prédisposition dont il faille tenir compte, et l'on ne saurait expliquer les variétés spéciales de la cholémie simple familiale (formes prurigineuse, dyspeptique, neurasthénique, rénale, hémorrhagique, etc.), sans faire intervenir la *prédisposition individuelle* à l'une ou l'autre des manifestations secondaires. C'est fréquemment en vertu d'une hérédité dyspeptique ou nerveuse que nos malades nous ont paru présenter une prédominance plus marquée des troubles dyspeptiques ou nerveux. C'est grâce à une prédisposition spéciale que la cholémie amène chez un sujet du prurit ou de l'urticaire, alors qu'un autre, ayant pourtant une cholémie plus accentuée, ne souffre d'aucune manifestation cutanée.

La part à faire à la cholémie familiale dans la genèse de ces divers troubles reste, d'ailleurs, capitale. Mais elle intervient différemment suivant la nature de ces manifestations. C'est ainsi que les troubles cutanés, les hémorrhagies, sans doute aussi les troubles nerveux, semblent avant tout le fait de la cholémie elle-même; les complications rénales, les douleurs articulaires, paraissent plutôt sous la dépendance de la toxi-infection due à l'angiocholite. Peut-être, enfin, le trouble fonctionnel du foie (hyperfonctionnement ou insuffisance) intervient-il également lorsqu'il existe, mais nous n'avons pu saisir nettement son rôle.

VII

Quelle que soit la manière dont la cholémie simple familiale amène ces divers symptômes secondaires, son importance est en tout cas considérable, et les résultats du *traitement*, agissant à la fois sur la cholémie et sur les symptômes secondaires, en sont une preuve indirecte.

La notion de l'ictère acholurique ou cholémie simple familiale n'aurait, en effet, qu'un intérêt théorique, si elle n'avait sa sanction thérapeutique. Or, nous avons pu, grâce à elle, obtenir un grand nombre d'améliorations réelles, équivalant à de véritables guérisons.

Sans insister à nouveau sur le traitement dont nous avons, à propos de l'ictère acholurique simple, maintes fois fixé les principes, nous devons rappeler qu'il consiste d'abord dans l'emploi exclusif du lait *écrémé*, puis du régime lacté mitigé, et enfin d'un régime alimentaire plus large dont nous avons donné le détail dans un de nos travaux. A ce régime alimentaire on peut avec avantage joindre la prescription de certains agents médicamenteux, l'usage de diverses cures hydrominérales (Evian, Vittel, Contrexéville, Martigny, Pougues, Vichy) et l'emploi de l'hydrothérapie. Ce traitement varie naturellement suivant les indications spéciales fournies par les symptômes secondaires, mais les bases générales en restent les mêmes.

La notion de la cholémie simple familiale n'éclaire pas seulement d'un jour nouveau la pathogénie des infections biliaires chroniques, et n'élargit pas uniquement leur cadre. Par les multiples conséquences qu'entraîne cette affection, elle intéresse une grande partie de la pathologie, qu'elle permet de mieux comprendre. Pourtant, la cholémie simple familiale était jusqu'à présent restée à peu près complètement méconnue. Aussi avons-nous cru faire œuvre utile en la signalant aux médecins. Nous avons dû nous limiter à l'exposé de ses caractères essentiels, mais nous pensons en avoir dit assez pour que les praticiens sachent désormais la reconnaître. Ils ne peuvent dès lors manquer de la rencontrer journellement à l'origine des troubles divers que nous avons énumérés, et de se rendre compte, comme nous, de l'importance capitale de ce nouvel état pathologique.

A. GILBERT, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Broussais.
P. LEREBOULLET, Interne lauréat des hôpitaux de Paris.

MÉDECINE PRATIQUE

Le réflexe hypogastrique.

Parmi les contractions musculaires réflexes auxquelles on attribue une certaine valeur dans le diagnostic des maladies du système nerveux, il en est deux seulement qui intéressent la musculature de l'abdomen : ce sont les réflexes abdominal et épigastrique. Le premier, provoqué par une excitation mécanique des téguments abdominaux au voisinage du rebord costal, correspond au segment médullaire compris entre la huitième et la douzième paire thoracique; le second, qui consiste dans une rétraction de l'épigastre par contraction des fibres tout à fait supérieures du droit de l'abdomen, est déterminé par une irritation de la paroi latérale du thorax au niveau des sixième et cinquième espaces intercostaux, parfois même du quatrième, et a pour centre la région de la moelle épinière correspondant aux quatrième,

sixième ou septième paires dorsales. Souvent on se borne à examiner le réflexe abdominal, en négligeant complètement le réflexe épigastrique; or, d'après M. le docteur V. M. Bekhtérev, professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, cette pratique serait loin d'être exempte d'inconvénients, car il est des cas où, le réflexe abdominal faisant défaut, le réflexe épigastrique peut facilement être mis en évidence, et où il peut y avoir intérêt à explorer comparativement son intensité des deux côtés (hémiplégies).

De plus, notre confrère a pu se rendre compte qu'il existe un troisième réflexe qui, bien qu'il ait jusqu'à présent échappé à l'observation des neurologistes, n'en mérite pas moins d'être signalé, sa connaissance pouvant être d'autant plus utile qu'il semble plus constant que le réflexe épigastrique. Il s'agit d'une rétraction de la région sus-inguinale qu'on provoque en excitant (par exemple au moyen de quelques frottements rapides avec le manche du marteau à percussion) la peau de la face interne de la cuisse, au-dessous du pli inguinal. Ce *réflexe hypogastrique*, qui traduit probablement une contraction de la portion inférieure du muscle grand oblique, correspond au segment inférieur de la moelle dorsale, à un point immédiatement sous-jacent au centre du réflexe abdominal, de sorte que, suivant la hauteur de la partie atteinte de la moelle, le premier de ces réflexes peut être aboli, alors que le second est conservé, et *vice versa*. D'autre part, comme, dans les affections cérébrales, les deux réflexes en question ont une valeur équivalente, puisqu'ils se trouvent l'un et l'autre diminués du côté de l'hémiplégie, il importe toujours de rechercher, à côté du réflexe abdominal, qui est d'habitude le seul pris en considération, le réflexe hypogastrique.

L'œsophagoscopie rétrograde.

On connaît les multiples services qu'est appelée à rendre l'œsophagoscopie et sur lesquels M. le docteur von Hacker, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine d'Innsbruck, a longuement insisté (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 390-391). Après avoir expérimenté sur un grand nombre de sujets ce procédé d'exploration tel qu'on l'utilise d'ordinaire, M. le docteur C. Hofmann (de Bonn) a eu l'occasion de pratiquer l'endoscopie en introduisant l'instrument par l'orifice inférieur de l'œsophage, et il a pu se convaincre que cette *œsophagoscopie rétrograde* est susceptible, dans certaines conditions, de donner des résultats supérieurs à ceux qu'on obtient par la voie habituelle.

Il s'agissait d'un homme ayant avalé un clou et chez lequel, des troubles dysphagiques de plus en plus accentués étant apparus, M. le docteur Witzel, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Bonn, pratiqua, au bout de deux ans, une gastrostomie, de façon à pouvoir ensuite dilater la partie rétrécie du conduit par le cathétérisme rétrograde. Quinze jours après l'opération, on introduisit une sonde molle dans l'œsophage, par la fistule gastrique, et on put franchir l'obstacle siégeant immédiatement au-dessus du cardia. L'œsophagoscopie, pratiquée par la voie buccale, ne montra rien de net, sauf le bord d'une saillie cicatricielle que la sonde passée par la bouche ne parvenait pas à franchir. M. Hofmann eut alors l'idée d'insinuer l'œsophagoscope à travers le cardia, et dès le premier essai il réussit à enfoncer le tube dans l'œsophage à une hauteur de 25 centimètres, où l'instrument rencontra un obstacle naturel dans la conformation anatomique du conduit. Pendant les premiers moments, le malade éprouvant une certaine angoisse et les battements précipités du cœur se transmettant à l'œsophagoscope, l'examen fut assez pénible; mais, dès que le patient fut tranquillisé, on put se rendre compte de l'aspect de l'extrémité inférieure de l'œsophage beaucoup mieux que n'aurait permis de le faire l'œsophagoscopie buccale. De plus, en pratiquant en même temps le cathétérisme par la bouche, il fut facile de constater que la sonde se trouvait arrêtée, au-dessus de la région cicatricielle, dans une sorte de diverticule.

Notre confrère estime que cette *exploration combinée* de l'œsophage est susceptible de rendre de grands services dans les cas analogues à celui que nous venons de relater et où le diagnostic reste en suspens.

Fait à remarquer, l'œsophagoscopie rétrograde — qui peut être réalisée toutes les fois qu'on pratique la gastrostomie, même à titre d'opération simplement préliminaire — permettrait d'explorer parfaitement, en plus de la portion inférieure de l'œsophage, le cardia et même la cavité gastrique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juillet 1901.

De l'hémichorée préparalytique.

M. Raymond lit, au sujet d'un mémoire de M. Boinet (de Marseille), un rapport que nous résumons ainsi :

L'hémiplégie cérébrale organique traduit une interruption de la voie motrice dans son trajet encéphalique cortico-pédonculaire. Elle peut se compliquer de phénomènes morbides qui indiquent une irritation de cette même voie. Au nombre de ceux-ci figure l'hémichorée, qui peut être pré ou post-paralytique. Dans son travail, M. Boinet a relaté deux observations qu'il donne comme des exemples de la première de ces variétés.

L'un de ces faits est relatif à une hémichorée gauche à développement brusque, survenue sans attaque, et qui fut suivie à bref délai d'une atrophie musculaire considérable limitée aux membres du côté gauche, sans hémiplégie proprement dite, mais avec asymétrie faciale correspondante. Malgré ce manque de paralysie motrice, M. Boinet n'a pas hésité à porter le diagnostic d'hémichorée préparalytique et à rattacher l'atrophie musculaire à une dégénération du faisceau pyramidal.

Cette observation, d'après le rapporteur, représente un fait atypique qui sort du cadre ordinaire de l'hémichorée préparalytique : l'absence de paralysie motrice subséquente, ainsi que le défaut de contracture permanente dans le côté envahi par l'atrophie musculaire, rendent peu vraisemblable l'hypothèse d'une dégénération du faisceau pyramidal. L'atrophie musculaire, à la fois précoce et très prononcée, survenue aux membres du côté gauche, ne saurait être invoquée comme une preuve de cette dégénération.

La lésion dont dépendent ces atrophies musculaires précoces des hémiplégiques siège certainement dans la zone motrice, dans la substance sous-jacente ou encore dans la couche optique.

Des faits de ce genre, en tant qu'ils excluent l'hypothèse d'une compression et d'une irritation directe du faisceau pyramidal, plaident en faveur de la théorie soutenue par Kahler et Pick, par Nothnagel, von Monakow, etc., d'après laquelle la pathogénie de l'hémichorée et de l'hémiathétose pourrait être formulée de la façon suivante :

Un foyer, hémorragique ou autre, situé dans la partie postérieure de la couche optique, ou dans toute autre région avoisinant la portion cortico-pédonculaire de la voie motrice, exerce sur les centres moteurs corticaux une irritation centripète qui, réfléchie sur le faisceau pyramidal, provoque par voie réflexe les désordres moteurs choréiformes ou athétosiques. Mais pour qu'il en soit ainsi, encore faut-il que cette irritation puisse se propager le long des fibres pyramidales, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas interruption complète de ces fibres. On conçoit donc très bien le développement de l'hémichorée dans un cas de lésion à foyer intracérébral, sans hémiplégie consécutive.

La seconde observation relatée par M. Boinet est une nouvelle preuve de la fréquence de l'association de l'hémiathétose avec l'hémichorée. Le malade qu'elle concerne présentait, comme le précédent, une asymétrie faciale avec affaissement de la joue gauche, une déviation de la langue à droite et une atrophie musculaire assez prononcée des membres du côté droit, lesquels étaient le siège de secousses choréiques et athétosiques.

Le caractère atypique de ces deux observations fait regretter l'absence des autopsies qui, seules, auraient pu établir d'une façon indiscutable la topographie des lésions en cause.

Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire.

M. Poncet (de Lyon). — La tuberculose peut donner lieu à des manifestations articulaires tellement semblables, au point de vue clinique, à celles du rhumatisme, que la confusion serait le plus souvent impossible à éviter, si l'on ne songeait à la relation de cause à effet qui existe entre ces troubles et l'infection bacillaire. C'est à ces complications articulaires de la tuberculose que nous proposons de donner le nom de *rhumatisme tuberculeux* ou de *pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire*.

Tandis que tous les auteurs admettent l'origine infectieuse des arthrites blennorrhagiques, puerpérales, scarlatineuses, etc., nulle part l'idée d'un rhumatisme tuberculeux n'a été jusqu'ici nettement formulée.

Faut-il chercher la cause de ce silence dans l'opinion encore régnante, et fondée par certains côtés, qu'il existe un antagonisme entre la tuberculose et le rhumatisme?

Quoi qu'il en soit, j'ai observé dans ces derniers temps un certain nombre de malades chez lesquels le diagnostic de rhumatisme tuberculeux ne laissait pas de doute; je me contenterai de résumer brièvement l'histoire de trois d'entre eux.

Le premier était un homme de quarante-quatre ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui fut atteint, il y a quatre ans, d'une épididymite chronique suppurée dont témoigne une cicatrice en cul-de-poule adhérente au testicule. Un an après, il eut une bronchite suivie d'une pleurésie gauche; enfin, l'année dernière, il fut pris brusquement de douleurs articulaires avec gonflement, qui furent attribuées à un rhumatisme articulaire aigu.

Ces accidents inflammatoires, au bout de huit à dix jours, se localisèrent à la région lombaire et à la hanche droite, et, quand ce patient entra dans mon service, je trouvai chez lui une coxo-tuberculose à forme plastique et un mal de Pott lombaire avec un gros abcès ossifluent dans la fosse iliaque du même côté.

Ma seconde observation concerne une femme de quarante-cinq ans, atteinte de tuberculose pulmonaire ancienne. Subitement, sans cause connue, elle présenta des arthrites aiguës multiples, qui disparurent bientôt et furent remplacées par une ostéo-arthrite fongueuse suppurée de l'articulation de la première et de la deuxième phalange du médius droit. La désarticulation du doigt fut pratiquée et les inoculations faites aux cobayes avec les produits pathologiques de cette articulation se montrèrent positives. On constate actuellement des craquements dans les articulations autrefois frappées, une arthrite subaiguë de l'articulation tibio-tarsienne droite, et, comme si cette malade devait présenter toute la gamme des lésions que l'on peut qualifier de rhumatismales, elle offre une ankylose complète, en flexion presque totale, de l'articulation de la première et de la deuxième phalange du petit doigt correspondant.

Enfin, mon troisième cas est celui d'une femme de soixante-trois ans, qui, entrée dans mon service le 9 mars dernier, y mourut neuf jours après. Elle présentait aux deux sommets des signes de tuberculose pulmonaire avancée, et était, en outre, atteinte d'une ostéo-arthrite fongueuse suppurée du cou-de-pied droit; enfin, dans la plupart des autres articulations des membres, on constatait un reliquat d'accidents inflammatoires anciens.

C'est au mois d'octobre 1899, lors d'un premier séjour à l'Hôtel-Dieu pour une toux opiniâtre accompagnée d'hémoptysies, que cette femme fut prise de douleurs articulaires mul-

tiples sans gonflement; puis, au mois de juin 1900, elle eut des douleurs et de la tuméfaction au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite qui devait plus tard suppurer. Vers la même époque, les articulations des doigts subirent quelques altérations; celles du pouce restèrent depuis lors déformées, avec subluxation métacarpo-phalangienne.

L'autopsie de cette malade révéla toute une série de lésions articulaires plus ou moins intenses; les inoculations qui furent faites au cobaye avec des produits recueillis dans l'intérieur des articulations donnèrent un résultat positif.

Les vibrations abdominales comme signe d'ascite au début.

M. de Brun (de Beyrouth). — Chez certains malades, si l'on applique la main sur les parois abdominales pendant que le sujet parle, on perçoit des vibrations en tous points semblables aux vibrations thoraciques.

Il résulte de mes recherches que ce symptôme indique l'apparition d'un épanchement liquide dans la cavité péritonéale; et il se trouve ainsi que les vibrations abdominales doivent leur existence à des conditions physiques qui, par un effet inverse, abolissent, lorsqu'elles sont réalisées au niveau des cavités pleurales, les vibrations thoraciques.

Tous les épanchements péritonéaux ne provoquent pas, à toutes les périodes, l'apparition du signe qui nous occupe. C'est surtout au début des ascites, alors que les feuillets du péritoine commencent à se mouiller, et avant que le liquide se soit collecté dans les parties déclives, qu'on le perçoit dans toute sa pureté.

En réalité, les vibrations abdominales constituent un des modes particuliers de la sensation de flot qui caractérise d'ordinaire les épanchements abdominaux, avec cette différence qu'au lieu de provenir du choc unique d'un doigt contre la paroi latérale, elles sont provoquées par de fines secousses vibratoires agitant, sur toute sa surface, le centre aponévrotique du diaphragme et propagées par une mince lamelle liquide mouillant les replis péritonéaux.

On comprend combien, dans ces conditions, ce symptôme peut être éphémère et fragile, et l'on conçoit qu'après l'avoir constaté au début des épanchements abdominaux, avant que la sensation de flot soit perceptible, il puisse disparaître alors que cette sensation est nettement perçue. Voilà pourquoi on ne le retrouve, en général, ni dans les épanchements abondants, ni même au début des récidives d'un épanchement récemment ponctionné.

Mais sa précocité ne l'empêche pas d'avoir une réelle valeur; il m'a permis dans plusieurs circonstances d'affirmer l'apparition d'un épanchement que rien encore ne laissait soupçonner; son importance est d'autant plus grande que si, dans la plupart des cas, il coïncide avec le flot lombo-abdominal décrit jadis par M. Bard (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 348), j'ai pu, parfois, le percevoir un ou deux jours avant que le signe de Bard, malgré sa précocité, fût perceptible.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Addition à la séance du 15 juillet 1901.

La cirrhose atrophique du foie dans la distomatose des bovidés.

MM. Cornil et **G. Petit** adressent une note relative aux lésions hépatiques que détermine, chez les bovidés, la présence de distomes dans le foie.

A un premier degré, les canaux biliaires interlobulaires, gorgés de trématodes aux divers stades de leur développement, s'enflamment, se dilatent, et deviennent le point de départ, dans le tissu cellulaire des espaces portes, d'un œdème inflammatoire et d'une néoformation de tissu conjonctif; en même temps, se constituent de très nombreux néocanalicules biliaires. La prolifération conjonctive finit par envahir le lobule lui-même, qui est dissocié en petits amas de cellules hépatiques disposées sans ordre, limités par de larges bandes de tissu fibreux. Ces lésions sont analogues à celles que l'on observe dans les stades les plus accentués de la cirrhose humaine.

Mais, chez le bœuf, le processus ne s'arrête pas là, et, dans les parties du foie les plus atteintes, on ne trouve plus trace de cellules hépatiques; les vaisseaux sanguins présentent des altérations très intenses d'endo et de périvascularite chroniques; les canaux biliaires préexistants, contenant de nombreux œufs ou des débris de distomes adultes, montrent une surface interne végétante, qui forme des plis villeux recouverts de cellules cylindriques muqueuses; leur chorion est infiltré de leucocytes. Ces altérations aboutissent à une atrophie très considérable de la glande hépatique, dont le bord, aminci, arrive à former une lame fibreuse ne mesurant que 10 à 15 millimètres d'épaisseur.

Sur la non-absorption de l'hydrogène sulfuré par la peau et les muqueuses externes.

M. A. Chauveau rend compte d'expériences qu'il a faites avec M. Tissot, concernant l'emploi, dans une atmosphère contaminée par de l'acide sulfhydrique, de l'appareil qu'il a récemment présenté à l'Académie (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 220).

Deux chiens de même taille et de même poids furent placés dans une caisse respiratoire de 350 litres, renfermant environ 8 % d'hydrogène sulfuré; l'un de ces animaux respirait l'atmosphère ambiante, tandis que l'autre, par l'intermédiaire de l'appareil inhalateur, était mis en communication avec l'air extérieur; le premier ne survécut que quelques secondes; le second, au bout d'une heure, ne paraissait nullement incommodé.

Il résulte de ces faits que l'acide sulfhydrique n'est pas absorbé par le tégument, ni par les muqueuses extérieures.

Action des courants de haute fréquence et de haute tension sur la toxicité urinaire.

MM. Denoyès, Martre et **Rouvière**, complétant leurs recherches récentes, relativement à l'action des courants de d'Arsonval sur la sécrétion urinaire (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 227), ont étudié l'influence des mêmes courants sur la toxicité des urines. Ils ont observé qu'il se produit, dans les périodes de traitement, une augmentation de la quantité de substance toxique éliminée dans les vingt-quatre heures par kilogramme de poids; en outre, le nombre de molécules élaborées nécessaires pour tuer un kilogramme d'animal diminue. Ces modifications, plus ou moins accentuées suivant les individus, persistent, mais atténuées, un certain temps encore après la fin de l'expérience.

Action des courants galvaniques sur les microbes.

M. le Secrétaire perpétuel ouvre un pli cacheté, déposé le 12 août 1889 par Apostoli et M. Laquerrière, traitant de l'influence de la galvanisation sur les bactéries. La conclusion de cette note est que les courants galvaniques peuvent détruire les microbes, ou atténuer leur virulence au point de les transformer en virus-vaccins.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 juillet 1901.

Etranglement intestinal par pincement latéral.

M. Schwartz. — J'ai observé, chez une femme de quarante-huit ans, un cas d'étranglement intestinal par pincement latéral. La malade, qui présentait tous les signes d'une épiplocèle crurale irréductible, très faiblement douloureuse à la pression, n'avait pas de nausées, pas d'anorexie, pas la moindre suppression des gaz. Dans le doute, je me décidai pour une intervention immédiate; au fond du sac, j'aperçus une anse grêle que j'attirai au dehors, et sur laquelle je pus constater un pincement latéral. Après avoir laissé quelques instants l'intestin à l'air, afin de m'assurer que la portion pincée reprenait sa coloration normale, je fis la réduction. La guérison a été obtenue très simplement.

J'ai vu il y a quelques années, à la Pitié, un cas de ce genre, mais le début des accidents remontait à six jours, et le pincement latéral était compliqué de sphacèle; l'opération ne put empêcher la mort.

M. Quénu. — J'ai eu, il y a sept ans environ, l'occasion d'observer un fait analogue chez une femme de trente-trois ans; j'avais porté le diagnostic de hernie crurale étranglée; or, je trouvai un pincement latéral au niveau duquel il s'était produit une sorte de diverticule.

En ce qui concerne la suppression des gaz, je crois qu'il ne faut pas y attacher une très grande importance, car il peut y avoir pincement latéral de l'intestin sans que la circulation des gaz soit interrompue.

M. Rochard. — J'ai vu un cas semblable concernant un homme qui ne présentait aucun signe extérieur, mais était porteur d'une hernie qui avait été réduite. Je constatai l'existence d'un pincement latéral avec un diverticule, comme chez le malade de M. Quénu.

M. Lejars. — J'ai observé plusieurs fois le pincement latéral de l'intestin; je me rappelle, notamment, une vieille femme chez laquelle on avait cru à un abcès ganglionnaire; la malade n'offrait aucun signe de réaction intestinale; il s'agissait, en réalité, d'un abcès stercoral, consécutif au sphacèle déterminé par un pincement latéral.

M. Broca. — Je me demande si, dans les cas de pincement latéral avec diverticule comme ceux dont il vient d'être question, le diverticule n'est pas préexistant.

M. Delbet. — A côté du véritable pincement latéral de l'intestin, il existe, en effet, des cas où l'on est en présence d'un pincement diverticulaire.

M. Guinard. — J'ai constaté jadis, au cours d'une autopsie, un pincement latéral qui avait persisté après réduction d'une volumineuse hernie inguinale congénitale.

Pseudo-néoplasmes inflammatoires.

M. Bazy. — L'observation communiquée par M. Delbet dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 237) m'a rappelé un cas analogue que j'ai opéré, et où la tumeur était consécutive à une perforation de la vésicule biliaire. D'autre part, on rencontre quelquefois, autour de l'urèthre, des productions fibreuses de nature inflammatoire, extrêmement dures, susceptibles d'être prises pour des néoplasmes.

M. Potherat. — Appelé auprès d'un vieux confrère qui présentait dans la fosse iliaque gauche une volumineuse tumeur pour laquelle on avait porté le diagnostic de cancer du côlon descendant, je fis une incision verticale dans le flanc gauche; arrivé au-dessous du petit oblique, je tombai sur la tumeur elle-même, dont il me fut impossible de déterminer les limites. Dans ces conditions, je me décidai à inciser le néoplasme, et je rencontrai bientôt une cavité limitée par du tissu fibreux semblable à celui que j'avais incisé. Je me bornai à drainer cette cavité, et le malade guérit parfaitement après résorption spontanée de la masse fibreuse. J'appris ensuite que ce foyer inflammatoire s'était développé à la suite d'une injection de Brown-Séquard.

M. Berger. — Il y a environ un mois et demi, j'ai été consulté par un homme qui portait, au côté droit du cou, une tumeur adhérant fortement au larynx et à la trachée, et qui me parut tout d'abord être un cancer du lobe droit du corps thyroïde, d'autant plus que l'on sentait quelques ganglions dans le creux sus-claviculaire; j'avais cependant des doutes, car il n'y avait pas de dysphagie, comme il en existe habituellement en cas de cancer thyroïdien. Je prescrivis au malade un traitement ioduré. Or, je l'ai revu ces jours derniers, et j'ai constaté une légère amélioration; il m'a été impossible, notamment, de retrouver les ganglions dont j'avais précédemment constaté l'existence.

M. Reclus. — Certains phlegmons ligneux du cou, déterminés par un microbe à virulence très atténuée, sont parfois confondus avec des néoplasmes thyroïdiens; leur diagnostic peut présenter de très grandes difficultés. La question d'intervention est alors particulièrement délicate, car ces phlegmons spéciaux guérissent spontanément.

Nouveau procédé d'anastomose intestinale.

M. Chaput. — J'ai appliqué à la suture intestinale les agrafes imaginées par M. Michel pour les sutures cutanées (Voir *Semaine Mé-*

dicale, 1900, p. 176). On peut, de cette façon, exécuter très rapidement et avec beaucoup de solidité toutes les anastomoses intestinales ou gastro-intestinales. Les agrafes placées à l'extérieur du viscère tombent à l'intérieur au bout de quelques jours, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte au moyen d'expériences sur une dizaine de chiens, qui ont tous guéri.

J'ai employé ce procédé quatre fois chez l'homme; dans deux cas, l'intervention a été suivie de mort, mais l'un de ces malades était atteint de péritonite généralisée, et l'autre était absolument cachectique; dans un troisième fait, la guérison a été obtenue sans incident; enfin, mon quatrième opéré s'est suicidé, et j'ai pu, à l'autopsie, vérifier la solidité de l'anastomose.

M. Broca lit un rapport sur une observation de M. Chavannaz (de Bordeaux) relative à un cas de cholécystostomie pour épithélioma de la vésicule biliaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 juillet 1901.

Sur quelques cas d'albuminurie intermittente.

M. Le Noir communique 24 cas d'albuminurie intermittente, ou mieux orthostatique, car chez la plupart de ces malades elle disparaissait par la position horizontale. Agés de dix à trente ans, ces patients étaient tous maigres, dyspeptiques, et présentaient un léger degré de dilatation de l'estomac et de congestion du foie, en même temps qu'un abaissement de la pression artérielle. Chez aucun d'eux, on ne constatait de signe de néphrite en dehors de l'albuminurie. Tous ont guéri sans complication d'aucune sorte; chez une femme, la grossesse a évolué normalement et a paru même avoir une action suspensive sur l'albuminurie. Il s'agirait donc là d'un type clinique spécial d'albuminurie intermittente ou fonctionnelle. L'intermittence ne suffit cependant pas pour affirmer la bénignité de l'affection, et il faut se baser sur l'ensemble des signes cliniques pour formuler un pronostic favorable.

M. Pierre Merklen. — Il importe de ne pas confondre l'albuminurie orthostatique fonctionnelle avec l'albuminurie orthostatique néphritique. La première m'a semblé dépendre d'une atonie vasculaire ou vasomotrice : l'hypotension artérielle constatée chez un grand nombre de ses malades par M. Le Noir vient à l'appui de cette hypothèse. Il s'agit, somme toute, d'une affection sans gravité, qui jamais, d'après mes observations, ne se comporte comme une néphrite. Aussi ne suis-je pas surpris qu'une femme atteinte de cette variété d'albuminurie orthostatique puisse mener à bien plusieurs grossesses sans présenter aucune complication rénale : bien plus, M. Le Noir signale que la gravidité paraît interrompre le phénomène albuminurique. Ce fait est des plus intéressants au point de vue de la pathogénie et surtout de la pratique médicale.

M. Méry. — J'ai observé de l'albuminurie intermittente chez un homme qui venait d'avoir des oreillons. Dans ce cas, il existait des troubles dans l'excrétion du bleu, dont l'élimination était cyclique. La cryoscopie montrait également une diminution de la perméabilité. Il s'agissait donc vraisemblablement d'une albuminurie intermittente néphritique et non d'une albuminurie intermittente essentielle.

M. Pierre Merklen. — J'ai relaté avec M. Claude les résultats de l'examen cryoscopique des urines d'un certain nombre de malades atteints d'albuminurie orthostatique fonctionnelle et, parmi eux, de deux frères (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 281). Chez tous, le rein s'est montré parfaitement suffisant. Au contraire, il y avait une légère insuffisance rénale dans un fait d'albuminurie orthostatique consécutive à une néphrite scarlatineuse.

Valeur comparée des injections intra-arachnoïdiennes et épidurales de cocaïne dans le traitement des phénomènes douloureux.

M. Achard. — Je viens de traiter, avec M. Laubry, un certain nombre de malades au moyen d'injections intra-arachnoïdiennes de cocaïne, à la dose de 0 gr. 01 centigr.

Dans 3 cas (lumbago chronique, zona, sciatique), nous n'avons obtenu aucune sédation des douleurs. Le soulagement a été assez marqué chez 10 patients : 1 était atteint de coliques de plomb, 3 de tabes, 1 de zona, 1 de douleurs lombaires et 4 de sciatique. Enfin la disparition des douleurs a été complète dans 9 cas, dont 1 de douleurs fulgurantes tabétiques, 1 de douleurs sciatique et crurale consécutives à un zona, 2 de coliques de plomb, 1 de névralgie iléo-lombaire, 3 de sciatique et 1 de lumbago.

Nous avons pu presque toujours éviter les vertiges et les vomissements consécutifs aux injections, en opérant sur les malades couchés et en les maintenant à la diète quelques heures auparavant.

Dans 8 cas, nous avons essayé comparativement l'action des injections intraméningées et celle des injections épidurales (0 gr. 02 centigrammes de cocaïne dans le canal sacré); sauf dans un fait, le soulagement consécutif à l'injection extra-arachnoïdienne a toujours été moindre, quelquefois nul.

En somme, l'injection intraméningée présente certains inconvénients avec la probabilité d'un soulagement notable; l'injection extraméningée offre la certitude presque absolue d'éviter tout accident et le défaut d'un soulagement moindre. La première méthode semble donc particulièrement indiquée si la douleur est très violente et si le malade peut être maintenu couché pendant quelques heures; la seconde, lorsque la douleur n'est pas très aiguë et que le patient ne peut garder la position horizontale.

Rupture spontanée d'une ascite au niveau de l'ombilic.

M. P. Merklen relate, en son nom et au nom de M. Gougelet, l'observation d'une femme atteinte depuis près de deux ans d'une ascite avec œdème des membres inférieurs, liée à une cirrhose cardiaque et alcoolique; la paracentèse avait dû être faite 25 fois en vingt et un mois, donnant issue chaque fois à 15 litres environ de liquide. Dix-sept jours après la dernière de ces ponctions, une ouverture spontanée se produisit à l'ombilic, lequel s'était progressivement distendu et aminci à la faveur d'une ancienne hernie. Cette rupture avait été précédée de la formation d'une eschare dont la chute mit à nu un petit trajet fistuleux et suppurant par où le liquide ascitique s'évacua en deux heures comme un jet d'urine. Dès le lendemain, la malade était prise de péritonite et les jours suivants de phénomènes toxémiques, vomissements, langue sèche, subdélire, subcoma; elle succomba sept jours après la rupture.

Méningite cérébro-spinale avec présence dans le pus d'un diplobacille mobile.

M. Simonin (médecin militaire) communique un cas de méningite cérébro-spinale terminé par la mort au neuvième jour. Le pus, épais, grumeleux, verdâtre, contenait, à côté de rares méningocoques décapsulés, une véritable culture d'un diplobacille mobile, liquéfiant la gélatine et ne prenant pas le Gram. Il s'agissait vraisemblablement là d'un agent peu fréquent d'infection secondaire, parti du pharynx : en effet, ce malade avait présenté, dès le début, une amygdalite érythémateuse, due à une association du staphylocoque blanc et de ce même diplobacille. Le staphylocoque fut retrouvé dans la synovie louche qui distendait les deux articulations du genou.

Quant au diplobacille en question, il paraît analogue à un germe rencontré par MM. Antony et Ferré dans le sang et le pus, au cours de l'épidémie de méningite cérébro-spinale de Bayonne en 1897. Il se rapproche également du microorganisme isolé par MM. Achard et Lœper dans le liquide céphalo-rachidien de deux malades atteints de fièvre zostérienne (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 94).

Hémorrhagie intestinale au cours d'une pneumonie.

M. Rathery relate l'observation d'un homme de cinquante et un ans, atteint d'une pneumonie du côté droit d'abord, du côté gauche ensuite, qui rendit sans effort par l'anus, au douzième jour de cette affection, une énorme quantité de sang rouge foncé. Cette hémorrhagie se répéta deux fois les jours suivants, toujours fort abondante, et la mort survint dans l'adynamie au bout de trois jours.

A l'autopsie, on trouva les côlons descendant et transverse remplis de caillots; débarrassée de ces derniers, la muqueuse apparut comme ponctuée de fines ulcérations de 1 à 2 millimètres de diamètre, prédominant au niveau de l'angle colique gauche et au-dessus de l'ampoule rectale.

Ces petites ulcérations étaient dues à une simple abrasion de l'épithélium; la *muscularis mucosæ* n'était nulle part intéressée; il existait à la périphérie une vascularisation considérable des capillaires, dont quelques-uns étaient même rompus. Enfin, l'examen bactériologique permit de constater l'existence de pneumocoques au niveau de ces lésions. Leur nature pneumococcique ne saurait donc être mise en doute, d'autant que la séroréaction resta négative, ce qui permet d'exclure l'hypothèse d'un pneumo-typhus.

Pouls lent permanent avec crises apoplectiformes, épileptiformes et syncopales, et malformations cardiaques.

M. Labbé présente une malade atteinte de pouls lent permanent (de 20 à 30 pulsations à la minute) et sujette de temps à autre, à la suite d'émotions, à des crises nerveuses tantôt apoplectiformes, tantôt épileptiformes, syncopales, etc.

Il existe, en outre, un double souffle systolique et présystolique à la pointe du cœur et un dédoublement du second bruit; il y a donc lieu d'admettre que cette femme, qui a eu des accès de cyanose dans sa première enfance, offre une malformation congénitale du cœur, probablement un rétrécissement et une insuffisance mitrales, et que cette lésion a réalisé, par les troubles circulatoires qu'elle a entraînés du côté du bulbe, un véritable syndrome bulbaire dont le pouls lent permanent et les crises nerveuses polymorphes sont l'expression clinique.

Sur un cas de zona thoracique avec diplobacilles dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Dopter (médecin militaire). — Dans un cas de zona thoracique où la ponction lombaire a été pratiquée au cinquième jour de l'éruption, le liquide céphalo-rachidien contenait une quantité moyenne de lymphocytes et quelques cellules endothéliales.

En outre, l'ensemencement de ce liquide décelait la présence d'un diplobacille très mobile, ne prenant pas le Gram, disposé souvent en forme de chaînettes et cultivant sur tous les milieux usuels; si l'aspect morphologique de ce microbe le rapproche du colibacille, certains caractères de ses cultures, telles que la propriété de liquéfier la gélatine, l'en éloignent totalement. Il diffère donc du microorganisme qui a été isolé par MM. Achard et Lœper dans deux cas semblables.

Ce fait tend à prouver d'abord la participation méningée ou médullaire au zona idiopathique; ensuite la nature microbienne de cette affection; et enfin la non-spécificité probable de la fièvre zostérienne.

Sur un cas d'ostéite déformante de Paget.

M. Galliard montre un homme de cinquante-huit ans qui présente, en même temps qu'un développement énorme du crâne sans augmentation de volume de la face, une hyperostose des clavicules, des fémurs et des os de la jambe, lesquels sont incurvés en avant et en dehors. Les altérations osseuses du membre supérieur sont beaucoup moins prononcées que celles du membre inférieur. Il existe, en outre, une légère cyphose, un développement exagéré du réseau veineux superficiel, un rétrécissement de l'orifice mitral et de l'hypertrophie du foie.

Il s'agit donc là d'un cas d'ostéite déformante de Paget, dont la cause n'a pu être déterminée.

M. Gallois présente des moulages et des photographies d'un homme qui portait, au niveau de la paume des mains, une série de petites tumeurs nodulaires d'origine syphilitique ayant guéri par le traitement spécifique.

M. Lesieur (de Lyon) adresse une note sur l'étude comparée des bacilles diphtériques et pseudo-diphtériques du nez et de la gorge.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 juillet 1901.

Sécrétion pancréatique et atropine.

MM. Wertheimer et **Lepage** (de Lille). — Chez des chiens curarisés, nous avons pu injecter, par la voie veineuse, des doses énormes d'atropine (0 gr. 08 centigr. par kilogramme de poids), sans que le pancréas cessât de répondre aux excitations réflexes.

A ces fortes doses, non seulement l'atropine ne met pas obstacle à la sécrétion réflexe du pancréas, mais encore, par une exception sans doute unique dans la physiologie des glandes, elle active souvent la sécrétion spontanée de cet organe; de sorte que si, chez l'animal en expérience, on place également une canule dans le conduit de la glande sous-maxillaire, on peut voir le suc pancréatique couler plus abondamment, peu après le début de l'injection, alors que la salivation est déjà complètement arrêtée.

De la vitesse des temps de réaction auditive en rapport avec le coefficient mental.

MM. Vaschide et **Vurpas**. — Nous avons étudié au moyen du chronomètre de d'Arsonval, sur une malade qui avait une tendance exagérée à analyser ses impressions, la vitesse du temps de réaction auditive simple ou de choix, en rapport avec le coefficient mental du sujet.

Voici les résultats de 20 mensurations de la durée de ces deux sortes de réactions : pour les premières, la moyenne générale a été de 33.55, avec une variation moyenne de 7; pour les secondes, la moyenne générale a été de 25, la variation moyenne de 2.3.

La part plus active, l'attention plus soutenue, l'intérêt plus vif que cette femme apportait aux réactions de choix expliquent cette constatation paradoxale. Il semble que la vitesse des réactions ne soit pas toujours proportionnelle au sens et à la nature de ces réactions.

Injections épidurales de cocaïne dans les crises vésicales du tabes.

M. Bergouignan. — J'ai eu recours aux injections épidurales de cocaïne chez un tabétique présentant, depuis trois ans, des crises vésicales avec dysurie et oligurie. On lui fit à trois jours de distance deux injections, l'une de 0 gr. 02 centigr., l'autre de 0 gr. 03 centigrammes de cocaïne en solution à 2 %. La douleur cessa dix minutes après la première injection, réapparut quelques instants le lendemain et ne s'est plus manifestée depuis dix jours. L'émission des urines a été rendue facile, en même temps que la diurèse est devenue abondante. Les injections furent immédiatement suivies d'un vomissement.

Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans la leucémie.

M. Ferrar. — Chez un sujet atteint de leucémie à un degré très élevé (480,000 globules blancs pour 1,674,000 globules rouges), le liquide céphalo-rachidien ne renfermait aucun élément figuré.

Cette constatation prouve que la présence d'éléments leucocytaires dans le liquide céphalo-rachidien est indépendante de causes générales, et qu'elle est entièrement subordonnée, comme l'a établi M. Widal, à l'existence d'une lésion ou d'une irritation locales.

A propos des anémies post-hémorrhagiques.

MM. Ramond et **Hulot**. — Il résulte de nos expériences que l'anémie consécutive à une hémorrhagie est plus considérable quand le sang extravasé reste dans l'organisme que lorsqu'il s'écoule librement au dehors. Aussi nous paraît-il probable que le sang retenu dans les tissus donne lieu à la production d'une petite quantité d'hémolysine.

M. Doyon adresse une note sur l'existence, chez le chien, d'un réseau anastomotique extrêmement abondant entre le système porte et le système des veines caves, par l'intermédiaire de l'épiploon.

LETTRES DE BOHÊME

(*De notre correspondant particulier.*)

Prague, le 20 juillet 1901.

Le troisième Congrès des médecins et naturalistes tchèques a eu lieu récemment à Prague. Le nombre et la valeur des travaux qui ont été communiqués au cours de cette réunion démontrent que le peuple tchèque mérite bien la seconde université qu'on lui a jusqu'ici refusée. La place restreinte dont je dispose dans ce journal ne me permet pas de faire mention de tous ces travaux; aussi me bornerai-je à analyser ceux dont l'intérêt est le plus général, sans vouloir, pour cela, méconnaître l'importance des autres.

La dyspnée dans la bronchite des vieillards.

M. Thomayer a observé plusieurs cas de bronchite des vieillards où de graves accès de dyspnée survinrent, bien que l'examen du poumon ne révélât que des signes de bronchite légère. Ces crises dyspnéiques sont bien connues; on les explique généralement en invoquant l'obturation des bronches par des sécrétions inflammatoires. L'orateur n'admet pas cette interprétation; il tend à démontrer que, bien souvent, la dyspnée est provoquée par une dilatation passagère du cœur gauche et doit être considérée comme une variété d'asthme cardiaque. Cette dilatation du cœur est due à l'élévation transitoire de la pression sanguine sous l'influence de la toux, ainsi que M. Thomayer a pu s'en assurer au moyen d'observations sphygmographiques et tonométriques. Se basant sur ce fait, il a administré à ses malades des médicaments cardiaques (strophantus, digitale, etc.) et il a vu les accès dyspnéiques disparaître aussitôt.

Différenciation de la névrite optique brightique d'avec la névrite optique par tumeur cérébrale.

M. Deyl a signalé un procédé simple permettant de reconnaître si une névrite optique est symptomatique d'une néphrite chronique interstitielle ou d'une tumeur cérébrale. Si, lorsqu'on comprime le globe oculaire avec un doigt, les pulsations des artères papillaires et rétiniennes deviennent manifestes, c'est qu'il s'agit d'une tumeur cérébrale; dans le cas contraire, on a affaire au mal de Bright. L'absence des pulsations, dans cette dernière affection, s'explique par la sclérose des parois des artères papillaires et rétiniennes. Etant donnée la fréquence avec laquelle certains symptômes des tumeurs cérébrales (céphalées, vomissements, convulsions, etc.) s'observent au cours de la néphrite interstitielle chronique, on comprend l'intérêt pratique du signe décrit par M. Deyl.

Du mécanisme de la mort dans l'embolie de l'artère pulmonaire.

M. Kose a étudié à l'institut du professeur Spina les troubles circulatoires qui surviennent après l'embolie de l'artère pulmonaire. S'occupant surtout du mécanisme de la mort en pareil cas, il a constaté que ce n'est ni la dilatation du ventricule droit, ni l'irrigation insuffisante du myocarde, ni l'intoxication par l'acide carbonique, mais bien la réplétion insuffisante du ventricule gauche, qui entraîne l'issue fatale.

Conductibilité et excitabilité électrique des nerfs.

M. Pelnár rend compte d'expériences faites sous la direction du professeur Thomayer, à la policlinique de Prague, sur des grenouilles atteintes de névrite toxique; ces recherches infirment la théorie d'Erb, admettant que la conductibilité du nerf est fonction du cylindre-axe, son excitabilité électrique fonction de la gaine de myéline.

En étudiant, sous le microscope, les coupes transversales des nerfs enflammés, colorées par la méthode de Béthe, l'orateur a pu s'assurer que le nerf est dégénéré dans tous ses éléments chaque fois qu'il a perdu et sa conductibilité et son excitabilité au courant électrique. Au contraire, lorsqu'il est encore conducteur, mais non excitable, c'est-à-dire quand il y a dissociation des fonctions nerveuses, ce n'est que la périphérie qui est dégénérée, le centre étant intact.

Il en résulte que le degré de conductibilité d'un nerf enflammé par l'injection de substances toxiques dépend du nombre de fibres restées normales, et que le degré de son excitabilité électrique est déterminé par l'état des fibres qui viennent en contact avec les électrodes.

Paraplégie épileptique.

M. Heveroch a observé chez trois épileptiques, après une série d'accès comitiaux, une paraplégie flasque avec perte des réflexes rotuliens. Un de ces malades en est déjà à sa quatrième attaque paraplégique; les trois premières, ayant duré à peu près un mois, disparurent sans laisser de traces, en même temps que l'on notait le retour des réflexes patellaires. Les deux autres patients ont succombé au cours de leur paraplégie — l'un par paralysie du cœur, l'autre par tuberculose pulmonaire —, et l'examen microscopique du système nerveux ne révéla aucune lésion appréciable.

Morphologie du bacille de la morve.

M. Kucera fait une communication sur la morphologie du bacille de la morve, qu'il a étudiée à l'institut du professeur Obrzut. Sur les milieux dont la composition se rapproche de celle de l'organisme animal, ce microbe a l'aspect de bâtonnets tout à fait graciles; sur les milieux végétaux, au contraire, il donne des formes longues, filamenteuses, parfois même ramifiées. Outre la nature du sol nutritif, un second facteur intervient pour déterminer ces modifications : c'est l'espace de temps pendant lequel le microbe est cultivé sur les milieux artificiels; plus ce temps est prolongé, plus ces variations morphologiques sont intenses; en même temps, le microorganisme en question perd sa virulence.

D'après M. Kucera, le bacille de la morve est un hyphomycète saprophyte qui ne peut vivre dans l'organisme animal que dans certaines circonstances. Son évolution phylogénique commence par la forme de bâtonnets courts, passe par celle de longs filaments et finit par celle de mycélium filamenteux, ce dernier représentant un végétal très simple dont chaque élément est moins indépendant que le bâtonnet primitif et ne peut avoir une existence propre. Après avoir pénétré dans l'organisme animal, ce microbe subit une évolution régressive : les éléments du mycélium se séparent, reprennent la forme de bâtonnets et récupèrent leur virulence; ils s'émancipent de la même façon que le font, selon Hansemann, les cellules épithéliales devenues cellules carcinomateuses.

Bacilles diphtériques et pseudo-diphtériques.

M. Hála communique les résultats de recherches qu'il a faites sous l'inspiration du professeur Deyl et qui tendent à démontrer que le bacille de la diphtérie (Klebs Löffler), le bacille pseudo-diphtérique (Hoffmann-Löffler) et le bacille xérosique (Kuschbert-Neisser-Leber) doivent être rangés dans une catégorie commune, celle des bactéries corynéacées.

Je signalerai, en terminant, les deux communications suivantes :

L'une de **M. Maixner**, sur le *pronostic des maladies du cœur*. D'après l'orateur, il y a des cardiaques chez lesquels les signes cliniques de l'endocardite aiguë disparaissent définitivement; chez d'autres, des lésions valvulaires manifestes permettent une survie de cinq à trente années; le pronostic des affections du cœur serait donc moins sombre qu'on ne l'admet en général;

L'autre, de **M. Kodym**, sur le *pronostic de la tuberculose pulmonaire;* sur 228 cas de tuberculose suivis à la policlinique de Prague pendant deux ans, l'orateur n'a constaté une amélioration indiscutable ou la guérison complète que chez un cinquième des patients, c'est-à-dire moins fréquemment que ne le pensent certains cliniciens.

Dr L. SYLLABA,
Docent à la Faculté tchèque de médecine de Prague.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections sous-cutanées de scopolamine et de morphine comme moyen d'anesthésie.

En se basant sur l'antagonisme qui existe entre la scopolamine et la morphine (la première accélère la respiration et ralentit l'activité cardiaque, tandis que la seconde agit en sens inverse), un médecin allemand, M. le docteur Schneiderlin (d'Emmendingen) a essayé, il y a quelque temps, d'associer ces deux substances dans le but d'obtenir, sans l'aide d'aucun autre anesthésique, la narcose générale. Ces tentatives furent couronnées de succès et notre confrère put effectuer de la sorte, sans la moindre douleur, des opérations telles qu'une amputation de cuisse, une résection du pied, etc. Toutefois, la méthode préconisée par M. Schneiderlin ne paraissait pas appelée à entrer dans la pratique courante, parce que notre confrère procédait toujours par tâtonnement, faisant dans chaque cas plusieurs *injections d'essai*, afin de déterminer la dose nécessaire des deux alcaloïdes. M. le docteur B. Korff (de Fribourg-en-Brisgau), qui a tout récemment repris l'étude de cette question, s'est appliqué à simplifier la méthode de M. Schneiderlin et à en régler la technique d'une façon uniforme. A cet effet, il a institué dans le service de M. le docteur Schinzinger, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Fribourg-en-Brisgau, une série d'essais qui ont consisté à injecter en deux fois, à deux heures d'intervalle, 0 gr. 0006 décimilligr. de bromhydrate de scopolamine et 0 gr. 02 centigr. de chlorhydrate de morphine. Dans les expériences ultérieures, la quantité totale de scopolamine fut portée à 0 gr. 0008 décimilligr. Mais, au lieu de chercher, comme l'avait fait M. Schneiderlin, à obtenir l'anesthésie au moyen d'injections répétées, et à doses croissantes, des deux alcaloïdes en question, M. Korff administrait aussi le chloroforme toutes les fois que la narcose semblait insuffisante au moment d'opérer, c'est-à-dire une heure environ après la seconde injection.

En procédant ainsi, on n'aurait besoin d'employer qu'une quantité minime de chloroforme, souvent quelques gouttes seulement. De plus, le patient n'éprouverait aucune des sensations pénibles qui accompagnent habituellement la chloroformisation; la narcose ne serait pas troublée par des efforts de vomissement; enfin, après l'intervention, l'opéré ne s'agiterait pas, mais resterait plongé, pendant plusieurs heures, dans un sommeil calme, ce qui met la plaie à l'abri d'accidents fâcheux.

Notre confrère, ayant eu recours à ce genre d'anesthésie chez 80 sujets, n'a jamais eu à enregistrer aucun trouble, sauf dans un cas où il s'agissait d'un vieillard de quatre-vingt-deux ans qui fut pris, au bout de vingt quatre heures, d'agitation avec subdélire; ces désordres se dissipèrent spontanément le lendemain.

Ajoutons que, parfois, M. Korff fait *trois* injections de 0 gr. 0004 décimilligr. de bromhydrate de scopolamine et de 0 gr. 01 centigr. de chlorhydrate de morphine, espacées d'une heure et demie à deux heures. Chez les enfants de sept à dix ans, le premier médicament est employé à la dose de 0 gr. 0001 décimilligramme à 0 gr. 0002 décimilligr., et le second à la dose de 0 gr. 003 milligr. à 0 gr. 005 milligr.

Traitement de la phtisie par le cacodylate de soude en injections intraveineuses.

Chez une jeune femme atteinte de tuberculose pulmonaire au troisième degré, avec fièvre oscillant entre 38° le matin et 40° le soir et crachats purulents contenant de nombreux bacilles de Koch et staphylocoques, ainsi que des fibres élastiques en abondance, un confrère italien, M. le docteur L. Anelli (de Bettola), après avoir essayé sans le moindre succès les injections sous-cutanées de cacodylate de soude, se décida, en désespoir de cause, à administrer le même médicament par la voie intraveineuse. Notre confrère injecta tous les jours 0 gr. 05 centigr. de cacodylate de soude dissous dans 1 c.c. d'eau stérilisée. Dès les premières injections, on constata un abaissement de la température avec diminution du nombre des pulsations et des respirations. Au bout de trois semaines, la malade se trouvait complètement apyrétique, le soir tout comme le matin; le pouls qui, avant le traitement battait de 96 à 120 fois à la minute, n'était plus qu'à 80 ou 85; les sueurs nocturnes s'étaient sensiblement amendées et la patiente éprouvait un bien-être qu'aucune des cures précédentes n'avait pu lui procurer. En même temps, l'expectoration devenait purement muco-spumeuse, et l'examen microscopique y décelait une diminution notable du nombre des bacilles de Koch et des staphylocoques, ainsi que la disparition complète des fibres élastiques.

En présence de cette amélioration considérable, obtenue dans un cas de lésions pulmonaires très accentuées, M. Anelli estime que les injections intraveineuses de cacodylate de soude méritent, à plus forte raison, d'être employées dans les phases moins avancées de la maladie, où l'on pourrait espérer, par ce mode de traitement, une guérison complète.

La galvanisation contre le rhumatisme blennorrhagique.

Partant de ce fait que les courants constants exercent une action sédative sur les douleurs et favorisent la régénération du muscle dans les cas d'amyotrophie, M. L. Delherm, interne des hôpitaux de Paris, a essayé de traiter les arthropathies blennorrhagiques par la galvanisation. Le *modus faciendi* adopté à cet effet a consisté à placer l'articulation malade entre deux électrodes en terre glaise — lesquelles permettent d'utiliser des courants très intenses sans crainte de déterminer des eschares —, et à faire ensuite monter l'intensité du courant à 20, 30, voire même 50 milliampères; si le patient n'accuse pas de sensation de cuisson ni de brûlure, c'est que le courant est bien supporté et qu'on peut sans inconvénient en augmenter encore l'intensité. On fait deux applications le premier jour et une les jours suivants; la durée de la séance est d'une demi-heure au début et d'un quart d'heure ensuite.

Parmi les 6 malades du service de M. le docteur A. Mathieu, médecin des hôpitaux de Paris, qui furent soumis à la galvanisation, quelques-uns avaient plusieurs articulations prises, de sorte que le nombre total des arthropathies traitées par les courants constants a été de 13, dont 2 arthralgies, 3 hydarthroses, 1 arthrite des petites articulations et 7 inflammations plus ou moins graves de grosses jointures. La guérison complète de la plupart de ces accidents a nécessité d'une à six séances.

La diminution des douleurs, qui ne manquerait jamais de se produire à la suite de la galvanisation, se manifesterait d'habitude, non pas immédiatement après la séance, mais au bout d'une à deux heures. Quelle que soit la ténacité du cas, la douleur spontanée ne tarderait pas à disparaître et, seule, la sensibilité de l'articulation à la pression persisterait encore quelques jours. L'œdème péri-articulaire se dissiperait en même temps que les phénomènes douloureux, et la jointure récupérerait ses fonctions normales, sans la moindre trace d'atrophie musculaire ni de raideur.

Ajoutons que M. Delherm a expérimenté, concurremment avec les courants galvaniques, le salicylate de méthyle et la faradisation, appliquant, par exemple, chez un seul et même malade, le salicylate de méthyle sur l'articulation la moins douloureuse et l'électricité galvanique sur une jointure atteinte plus gravement. Dans ces essais, les courants constants se sont toujours montrés supérieurs aux deux autres moyens de traitement. M. Delherm estime, en outre, que la galvanisation offre des avantages sur l'emploi des appareils plâtrés, lesquels, tout en agissant rapidement sur la douleur et l'inflammation, favorisent dans une certaine mesure la production de l'atrophie musculaire et des ankyloses.

Traitement de l'ankylose temporo-maxillaire post-infectieuse par la chaleur associée au massage.

Si l'inflammation aiguë de l'articulation temporo-maxillaire, d'origine rhumatismale ou goutteuse, se termine le plus souvent par la résolution, il est loin d'en être de même pour les arthrites, moins fréquentes mais beaucoup plus graves, qu'on observe au cours ou à la suite des maladies infectieuses, telles que la grippe, la septicémie puerpérale ou la fièvre typhoïde, et qui aboutissent presque toujours à la constriction des mâchoires. Pour combattre cette ankylose, on a habituellement recours à l'emploi des révulsifs et, en particulier, aux badigeonnages de teinture d'iode, ainsi qu'à l'écartement graduel des maxillaires. Ces deux moyens se montrant, dans nombre de cas, insuffisants à amener la résorption des exsudats intra-articulaires, M. le docteur Ch. Colombo, privatdocent de thérapeutique physique à la Faculté de médecine de Rome, leur préfère l'action beaucoup plus énergique de la chaleur associée au massage. Notre confrère se sert d'un vaporisateur ordinaire à alcool, en forme de boule métallique fermée hermétiquement, dont la pression intérieure est réglée au moyen d'une soupape. On laisse agir la vapeur d'eau, qui s'échappe par un tube très mince, à une distance ne dépassant pas 5 à 6 centimètres, de façon qu'elle arrive sur la région temporo-maxillaire à la température d'au moins 45°. Puis, au bout de huit à dix secondes, on pratique le pétrissage avec la pulpe des doigts de la main droite, en faisant glisser, pendant quinze à vingt secondes, les téguments de la face sur les os et sur les parties molles de l'articulation temporo-maxillaire; on reprend ensuite la vaporisation pour lui faire de nouveau succéder le massage. Les mêmes manœuvres sont répétées sur la jointure du côté opposé, après quoi on procède à l'écartement mécanique et progressif des mâchoires. Il est bon d'y associer des mouvements actifs, et dans ce but on recommande au malade de mâcher, dans les intervalles des séances, un morceau de caoutchouc, en le faisant passer d'un côté à l'autre des arcades dentaires. Une cinquantaine d'applications de thermo-massage suffisent, en général, pour amener la disparition de la raideur articulaire, même dans les cas graves.

La vaporisation peut, d'ailleurs, être remplacée par la douche d'air chaud; celle-ci permet d'employer des températures plus élevées, en même temps qu'elle rend le massage moins difficile, les doigts du masseur ne devenant pas glissants, comme le fait se produit quand on a recours à la vapeur.

Les collyres et les bains oculaires iodurés contre les cataractes au début.

L'œil absorbant rapidement et en quantité considérable les sels d'iode en solution aqueuse que l'on porte au contact de la cornée et de la conjonctive, M. le docteur Badal, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, traite depuis quelques années les cataractes commençantes par des solutions d'iodure de potassium ou de sodium à 2.5 %, en collyres et en bains d'yeux. Le collyre est instillé à la dose d'une ou deux gouttes matin et soir; quant aux bains oculaires, on les fait prendre deux fois par jour, à l'aide d'une œillère étroitement appliquée contre l'œil, les paupières entr'ouvertes, pendant une ou deux minutes. Notre confrère avait également essayé les injections sous-conjonctivales, mais il fut obligé d'y renoncer, les malades acceptant difficilement un mode de traitement qui nécessite l'intervention constante du médecin et l'emploi de la cocaïne.

Sans avoir jamais vu une cataracte rétrograder d'une façon absolument nette à la suite de l'usage des solutions iodurées, M. Badal a eu l'occasion de constater, chez plusieurs sujets, un arrêt dans l'évolution du processus morbide, et chez un grand nombre d'autres un ralentissement inaccoutumé dans le développement de l'opacité du cristallin. Tout en tenant compte de la marche souvent irrégulière de cette affection, il est d'autant plus permis de se demander si ces faits ne doivent pas être attribués à la médication que, pour quelques-uns des malades de notre confrère, le traitement remonte déjà à une date éloignée (dix-huit mois à deux ans et demi) et que l'état des cataractes reste toujours stationnaire.

Quant au choix à faire entre l'iodure de potassium et l'iodure de sodium, M. Badal ne saurait, pour le moment, se prononcer en faveur de l'un plutôt que de l'autre de ces médicaments; il est, du reste, porté à croire que c'est surtout l'iode qui joue ici le rôle de principe actif.

TRAVAUX ORIGINAUX

Disposition métamérique spinale de la syphilide pigmentaire primitive.

Existe-t-il quelque rapport entre la disposition cutanée de la *syphilide pigmentaire primitive* et la topographie des territoires nerveux? Cette question fera l'objet du présent travail.

Il importe, au préalable, de déterminer le siège et les limites de la syphilide pigmentaire primitive. Au point de vue du siège, l'éruption tantôt reste localisée au cou, tantôt s'étend par une sorte de diffusion à une partie plus ou moins considérable du tronc et des membres. On peut donc, à cet égard, lui reconnaître un siège *cervical* et un siège *ultracervical*. Cette dernière dénomination signifie que la pigmentation gagne plus ou moins vers le tronc ou les membres, en dessous de la région du cou. La plupart des auteurs disent que, dans ces conditions, la syphilide pigmentaire est *généralisée*. Mais ce terme est défectueux, puisque les observations publiées jusqu'à présent montrent que la lésion cutanée n'occupe que le tronc et la racine des membres. Même dans le cas de Doyon (1), où le territoire pigmenté semble avoir atteint le maximum d'étendue possible, la syphilide respectait la face et les mains.

I

La localisation *cervicale* de la syphilide pigmentaire est, pour ainsi dire, classique. Elle est la règle, la *localisation ultracervicale étant l'exception:* la lésion se limite au cou *29 fois sur 30*, d'après M. le professeur Fournier qui en a fait une étude magistrale et vraiment définitive, — *99 fois sur 100*, d'après Leloir. Il nous a été donné d'en examiner une trentaine de cas et d'en préciser les limites. Au niveau de la nuque, sur la ligne médiane, l'éruption s'étend depuis l'implantation des cheveux jusqu'à la septième vertèbre cervicale approximativement; en avant, elle va de l'os hyoïde à la fourchette sternale. En traçant deux circonférences, passant l'une par les deux points les plus supérieurs, l'autre par les deux points les plus inférieurs des limites médianes antérieure et postérieure, on circonscrit un tronçon cutané, une *zone*, dans laquelle se trouve généralement comprise la syphilide pigmentaire du cou.

Il y a dans cette localisation quelque chose de très remarquable; le siège de l'éruption est tellement fixe que, malgré quelques variations négligeables, la majorité des cas de syphilide pigmentaire du cou restent superposables (*fig. 1*).

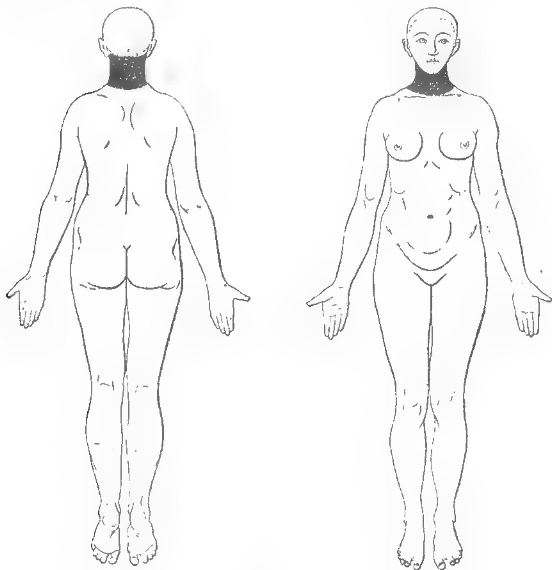


Fig. 1.
Répartition la plus habituelle de la syphilide pigmentaire.

A quoi peut bien correspondre une pareille disposition? A une distribution *nerveuse* particulière, pourrait-on répondre *a priori*, en ne tenant compte que de la bilatéralité et de la symétrie habituelle du trouble de la pigmentation. D'autre part, il est clair qu'une telle localisation ne coïncide avec aucun département vasculaire connu. Il est même tout aussi impossible d'invoquer, à l'exemple de Neisser, l'action d'un agent physique, la lumière ou la chaleur, par exemple, les cas de syphilide généralisée suffisant à récuser cette hypothèse. Force est donc de chercher dans le système nerveux la raison de cette singulière répartition topographique.

Est-elle sous la dépendance du système nerveux périphérique? Non, car la distribution du plexus cervical ne rappelle en aucune façon la topographie de la syphilide pigmentaire du cou. C'est le système nerveux central, la *moelle*, qu'il faut interroger.

Il est évident que la disposition de cette syphilide rappelle à certains égards le territoire cutané de la troisième racine cervicale (schéma de Rocher). Mais, par d'autres côtés, la ressemblance fait défaut. Aussi est-il de prime abord difficile de dire si la topographie de la syphilide pigmentaire cervicale est *rhizomérique* ou *myélomérique*. Du reste, il ne peut en être autrement, nos connaissances sur la métamérie spinale du cou étant encore rudimentaires, et les renseignements cliniques et expérimentaux manquant jusqu'ici de nombre et de précision sur ce point.

II

La syphilide pigmentaire *ultracervicale* est autrement intéressante et instructive, encore qu'elle soit fort rare. De plus, nous devons déclarer, après avoir lu attentivement les observations publiées (une vingtaine environ), qu'elles nous ont paru, pour la plupart, inutilisables. En effet, les limites de l'éruption ou bien ne sont point indiquées, ou bien ne le sont que d'une façon trop succincte. Les observateurs ne se sont préoccupés que de la diffusion de la syphilide à une *partie plus ou moins grande du corps*. Deux faits seulement méritent d'être retenus, parce que l'étendue de la lésion est bien délimitée dans la description et qu'elle est, en outre, figurée par la photographie.

Dans le cas de Tortora (1), on voit «sur toute la région du cou des taches de couleur café au lait, disposées en réseau... Cette disposition s'observe *sur tout le tronc jusqu'à la base du thorax* en arrière; on n'en retrouve point de traces dans la région lombaire. En avant, elle se termine aux mamelles. Les bras sont affectés et la disposition aréolaire s'y termine au tiers inférieur. Mais, à mesure qu'on arrive à cette dernière région, les taches brunes paraissent moins accusées et, au coude, la lésion n'est plus reconnaissable. Les régions axillaires sont affectées aussi de la même hyperchromie et les taches y semblent même plus accentuées. Tout le reste de la superficie du corps est intact». Cette syphilide pigmentaire, qui datait d'un mois, s'effaça progressivement. Un an après, elle n'existait plus qu'au niveau du cou; spécialement à la région postérieure, elle avait totalement disparu du tronc.

Le cas de Semen (2) est presque identique, comme distribution, à celui de Tortora. La syphilide pigmentaire s'y présentait de la façon suivante: « Au cou et à la nuque, très marquée et très confluente, surtout en arrière. Le dos est couvert de taches, ainsi que les épaules et les bras; ces taches vont s'atténuant jusqu'aux articulations des coudes. A la ceinture et à la région lombaire, les taches deviennent confluentes et forment une véritable nappe à réseau. En avant, elles descendent sur toute la poitrine; les seins en sont couverts; elles affectent à ce niveau la forme d'une résille à mailles très régulières. Les flancs sont couverts de taches jusqu'à la racine des cuisses; sur l'abdomen, la pigmentation est moins accusée; sur les flancs et l'abdomen, ce sont plutôt des placards de formes irrégulières que des taches arrondies. Les membres inférieurs, les avant-bras, les mains et le visage sont absolument indemnes. »

Dans ces deux observations, l'éruption est photographiée et les limites en sont explicitement et minutieusement indiquées. Si l'on fait abstraction du tronc et si l'on n'envisage que l'éruption au niveau des membres supérieurs, il est évident que *ni les nerfs périphériques ni les racines* ne peuvent être incriminés. Il est nécessaire de remonter à la moelle et d'invoquer la métamérie spinale, la *myélomérie*, pour expliquer cette disposition segmentaire.

III

Nous avons eu nous-mêmes l'occasion d'examiner deux jeunes filles respectivement âgées de dix-sept et de dix-huit ans, atteintes de syphilide pigmentaire primitive *ultracervicale*, et de dessiner minutieusement les limites de l'éruption. Les schémas ci-dessous (*fig. 2* et *3*) en donnent une idée suffisante. Il est évident que, dans ces deux cas, il faut faire appel à la métamérie radiculaire ou *rhizomérie*.

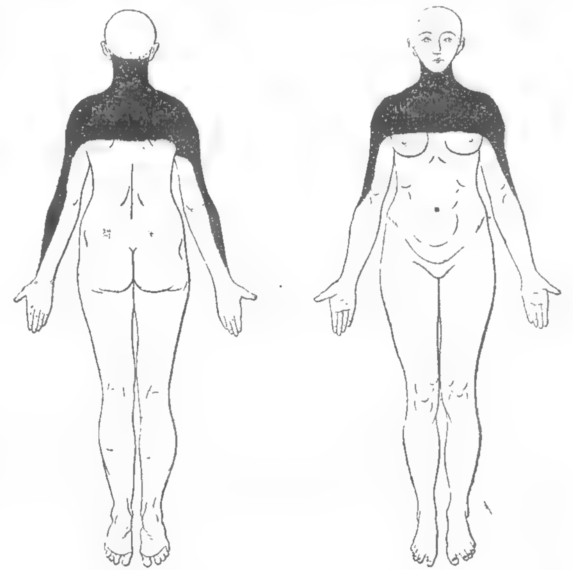


Fig. 2.
Syphilide pigmentaire rhizomérique.

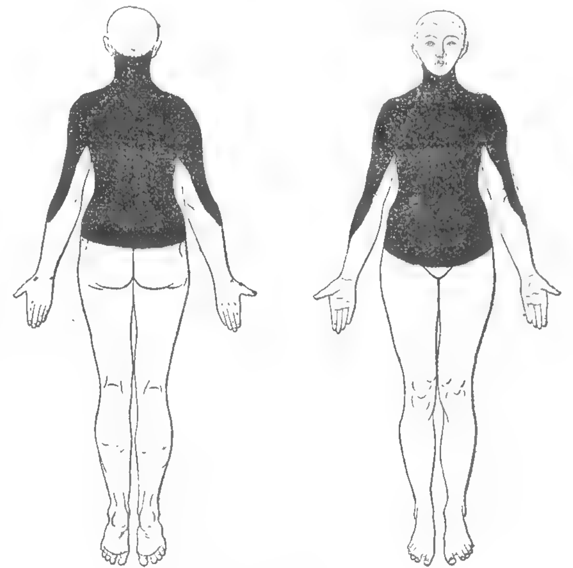


Fig. 3.
Syphilide pigmentaire rhizomérique.

Tels sont les faits et l'interprétation qu'ils nous semblent comporter. Nous admettons qu'il faut, en principe, tenir compte de cette cause d'erreur, à savoir que l'éruption a pu disparaître par place à un moment où l'on n'en constate que le reliquat. Mais il n'y a pas à faire cette réserve dans les cas actuels.

Aussi croyons-nous fermement que la dispo-

(1) M. Doyon. Sur un cas de syphilide pigmentaire généralisée. (*Ann. de dermatol. et de syphiligr.*, mai 1888, p. 335.)

(1) I. Tortora. Un caso abbastanza raro di sifilide pigmentaria areolata. (*Morgagni*, avril 1886, p. 248.)

(2) G. Semen. De la syphilide pigmentaire et de sa valeur diagnostique. (*Thèse de Paris*, 1895.)

sition de la syphilide pigmentaire primitive affecte des rapports étroits avec le système nerveux central, spinal ou radiculaire, et que la topographie cervicale ou ultracervicale de l'éruption est superposable à la distribution cutanée soit des myélomères, soit des rhizomères. C'est là un argument majeur à faire valoir en faveur de la nature trophonévrotique de cette syphilide pigmentaire.

Maintenant, comment le virus syphilitique agit-il sur les centres trophiques? Nous n'avons pas d'hypothèse plausible à formuler. Pourquoi se localise-t-il à certains étages, et spécialement à un étage cervical? En vertu, sans doute, d'un principe d'élection propre à certains poisons. La digitale a une prédilection pour le bulbe, le plomb pour le système nerveux des membres supérieurs, l'alcool pour celui des membres inférieurs. Il y a une sorte de susceptibilité des étages à l'égard de tel ou tel poison; le fait est indéniable, mais la raison intime nous en échappe complètement.

Dr Brissaud, Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Dr Souques, Médecin des hôpitaux de Paris.

L'ÉTIOLOGIE ET LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

D'APRÈS LES TRAVAUX DU CONGRÈS DE LONDRES

Sans contester l'importance des travaux des Congrès de Berlin et de Naples pour la lutte contre la tuberculose, on ne saurait cependant méconnaître qu'au point de vue purement médical ils n'ont guère enrichi nos connaissances sur cette affection. En effet, ce qui avait surtout fait l'objet des discussions au cours de ces deux réunions, c'est la question des *sanatoria* à laquelle on semble, depuis quelque temps, vouloir réduire le problème très complexe du traitement préventif et curatif de la tuberculose. Or, sans compter que dans cette question la médecine proprement dite n'est pas seule en jeu et que les considérations économiques et administratives y tiennent une place tout au moins aussi importante, il faut se rappeler que la cure de *sanatorium* et l'ensemble des mesures hygiéniques et thérapeutiques préconisées dans ces dernières années contre la tuberculose paraissaient jusqu'à présent basés sur des notions théoriques définitivement acquises. Sans doute, les hommes de laboratoire et les cliniciens n'étaient pas tout à fait d'accord sur le rôle respectif qu'il convenait d'attribuer à chacun des deux facteurs de l'évolution de la tuberculose, au *bacille* et au *terrain;* sans doute, en Allemagne, par exemple, on était loin d'attacher aux prédispositions morbides l'importance qu'on leur reconnaissait et qu'on leur reconnaît encore en France; sans doute, enfin, depuis deux ans environ on voyait se manifester, parmi nos confrères allemands, des divergences d'opinions sur une question étiologique assez importante, les uns soutenant, avec Flügge, que la tuberculose se transmet surtout par les bacilles contenus dans les gouttelettes de salive projetées par les phtisiques au moment de leurs quintes de toux, d'autres restant, au contraire, fidèles à la théorie ancienne, d'après laquelle la transmission du contage se ferait par l'intermédiaire des crachats desséchés. Mais, ces quelques notes discordantes mises à part, rien ne semblait devoir troubler la parfaite harmonie qui existait entre les vues théoriques et les déductions pratiques concernant la prophylaxie de la tuberculose.

Et, d'ailleurs, ces vues théoriques n'avaient-elles pas, pour la plupart du moins, acquis la force de dogmes? Etait-il permis, par exemple, de mettre en doute l'identité de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine, identité qui, proclamée déjà par Villemin, paraissait, depuis les mémorables recherches de M. Chauveau sur la tuberculose par ingestion, s'imposer avec une évidence telle qu'elle était devenue une des bases de la prophylaxie? N'avons-nous pas tous insisté, à l'exemple de MM. Gerlach, Bollinger, Bang et de tant d'autres, sur le danger que présente l'emploi du lait provenant de vaches atteintes de pommelière? Et, il y a deux ans seulement, au Congrès de Berlin, M. Virchow et M. Bollinger ne sont-ils pas venus rappeler, une fois de plus, le rôle prépondérant que joue dans l'étiologie de la tuberculose infantile l'usage du lait provenant de vaches tuberculeuses?

Mais on sait que les sciences biologiques, et particulièrement la médecine, s'accommodent mal des dogmes. Si le fait avait encore besoin d'être démontré, on en trouverait la preuve dans la retentissante communication que M. le professeur Koch (de Berlin) a faite au Congrès qui vient de tenir ses assises à Londres, du 22 au 26 juillet. Par l'originalité et la hardiesse de l'opinion qu'a développée devant cette réunion le savant bactériologiste dont les travaux font depuis longtemps autorité en la matière, ainsi que par la gravité des problèmes que soulève cette communication, elle mérite d'être analysée de près, quelles que soient d'ailleurs les réserves qu'on puisse faire, pour le moment, sur la portée générale des expériences ayant servi de point de départ au travail en question.

I

Après avoir rappelé que les crachats des phtisiques constituent la source principale de l'infection tuberculeuse — axiome sur lequel il serait fastidieux d'insister ici et qui, du reste, ne fait aujourd'hui l'objet d'aucun doute —, M. Koch a abordé la question de savoir s'il existe d'autres sources de contagion assez importantes pour entrer en ligne de compte dans la lutte contre la tuberculose. Et, d'abord, que faut-il penser de la transmission héréditaire à laquelle on s'accorde, en général, à faire jouer un rôle considérable? Sans vouloir complètement nier l'existence de la tuberculose héréditaire, le professeur de Berlin estime cependant que celle-ci est assez rare pour qu'on soit autorisé à n'en tenir aucun compte en pratique. Mais il est un autre mode possible d'infection tuberculeuse, auquel on attribue une portée beaucoup plus générale et dont la notion se retrouve à la base des mesures prophylactiques les plus rigoureuses : c'est la transmission des germes de la maladie de l'animal tuberculeux à l'homme. Or, les recherches instituées à cet égard par M. Koch lui ont permis de se faire, sur ce sujet, une opinion qui va absolument à l'encontre des idées généralement admises.

Il faut évidemment commencer par écarter toute idée de danger de la tuberculose aviaire, laquelle diffère trop de la tuberculose humaine pour qu'il y ait lieu de s'en préoccuper comme d'une source possible d'infection pour l'homme. Mais, en ce qui concerne la tuberculose bovine elle-même, M. Koch avait toujours fait des réserves sur l'identité de cette forme de la maladie avec la tuberculose humaine. La question lui paraissant loin d'être résolue, il a plus d'une fois cherché à l'élucider par l'expérimentation. Toutefois, tant que ces expériences n'ont porté que sur de petits animaux, tels que le lapin et le cobaye, elles n'ont permis de formuler que des présomptions en faveur de la non-identité des deux tuberculoses. Mais ces présomptions se sont changées en certitude depuis que M. Koch a été à même d'expérimenter sur le veau, le seul animal qui convienne réellement à ce genre de recherches.

Les expériences dont il s'agit ont été poursuivies pendant ces deux dernières années en collaboration avec M. Schütz, professeur au Collège vétérinaire de Berlin. Elles ont consisté d'abord à infecter par les voies les plus diverses (ingestion, inhalation et injections sous-cutanées, intrapéritonéales ou intra-veineuses), au moyen de cultures pures de bacille de la tuberculose humaine, ou directement avec des crachats de phtisiques, de jeunes veaux soumis préalablement à l'épreuve de la tuberculine et reconnus indemnes de tuberculose. Sur 19 animaux en expérience, dont 6 ingérèrent des crachats tuberculeux presque chaque jour pendant sept à huit mois, aucun ne présenta la moindre indisposition et tous augmentèrent considérablement de poids. Lorsque, au bout de six à huit mois, ils furent sacrifiés, on ne trouva pas trace de tuberculose dans leurs viscères, et c'est seulement aux points où avaient été faites les injections qu'il fut possible de déceler l'existence de petits foyers de suppuration renfermant quelques bacilles de la tuberculose. Or, si l'on veut bien se rappeler que c'est là exactement ce qu'on trouve dans les cas où l'on injecte des cadavres de bacilles de Koch sous la peau d'animaux réfractaires à la tuberculose, on voit que les veaux ne se sont pas autrement comportés à l'égard du *bacille vivant* de la phtisie humaine que s'ils avaient reçu des bacilles morts.

Cet état de non-réceptivité est d'autant plus remarquable que la même expérience, pratiquée cette fois avec des bacilles provenant des poumons d'un animal atteint de tuberculose bovine, a toujours donné des résultats positifs, et cela que le contage ait été introduit sous la peau, dans la cavité péritonéale ou dans le système vasculaire. Chez tous les animaux de cette catégorie, on voyait se produire, après une période d'incubation d'une huitaine de jours environ, des désordres graves; quelques-uns d'entre eux périssaient au bout d'un mois et demi à deux mois, les autres se trouvaient dans un état misérable, et chez tous l'autopsie dénotait une infiltration tuberculeuse très étendue au niveau des piqûres et des ganglions lymphatiques avoisinants, ainsi que des lésions avancées des organes internes, notamment du poumon et de la rate. C'est dire que les veaux se sont montrés aussi sensibles à l'égard de la tuberculose bovine qu'ils étaient réfractaires à celle de l'homme.

La même différence a été constatée dans une autre série d'expériences qui ont consisté à mélanger, à l'alimentation de jeunes porcs, des crachats de phtisiques, pendant que des animaux témoins recevaient, dans des conditions absolument identiques, des bacilles de la tuberculose bovine. Toutefois, à l'autopsie de certains des porcs de la première série, on trouva de rares nodules dans les ganglions lymphatiques du cou; un de ces animaux présentait même quelques granulations grises dans les poumons. Enfin, des injections intravasculaires, pratiquées comparativement avec les deux espèces de microorganismes sur des ânes, des moutons et des chèvres, ont donné des résultats tout aussi nets et catégoriques que ceux des recherches susmentionnées.

En présence de tous ces faits, M. Koch se croit autorisé à affirmer que la tuberculose humaine diffère de celle des bovidés et n'est pas transmissible à ces derniers.

Reste à savoir — et c'est là que la chose devient infiniment plus importante — si la réceptivité de l'homme à l'égard de la tuberculose bovine est nulle, comme paraît l'être la réceptivité du bétail vis-à-vis de la tuberculose humaine. Faute de pouvoir expérimenter sur l'homme, on se voit ici forcé de chercher la solution du problème par la voie indirecte des déductions. C'est ainsi que, étant donnée la teneur élevée du lait et du beurre consommés dans les grandes villes en bacilles vivants de la tuberculose, on devrait s'attendre à voir un grand nombre de cas de *tuberculose par ingestion*, surtout parmi les enfants. Sans doute, on est porté à attribuer cette origine à la plupart des faits de tuberculose infantile, mais, d'après M. Koch, rien n'est moins fondé, car l'origine alimentaire de la tuberculose ne peut être mise en évidence, avec toute la certitude désirable, que dans les cas où l'on a affaire à des lésions primitives de l'intestin. Or, si l'on consulte le registre des autopsies d'un grand hôpital comme celui de la Charité de Berlin, on trouve à peine

une dizaine de cas de tuberculose intestinale primitive dans l'espace de cinq ans. Sur 933 observations de tuberculose infantile recueillies à l'hôpital des enfants de l'empereur et de l'impératrice Frédéric, M. Baginsky n'a jamais noté de lésions intestinales en l'absence d'altérations des poumons et des ganglions bronchiques, et, d'autre part, sur un total de 3,104 autopsies d'enfants tuberculeux, M. Biedert n'a compté que 16 cas de tuberculose primitive de l'intestin. Et encore importe-t-il de tenir compte que, même en ce qui concerne ces quelques faits, l'origine bovine de la tuberculose n'a pas été dûment établie, origine que permettra dorénavant de mettre en évidence l'inoculation — de préférence sous-cutanée — au bétail d'une culture pure des bacilles trouvés dans les organes tuberculeux.

Quoi qu'il en soit, M. Koch croit pouvoir d'ores et déjà affirmer qu'alors même que l'homme serait susceptible de contracter la tuberculose bovine, cette éventualité ne se réaliserait que très rarement. Cela étant, une conclusion pratique s'imposait et le directeur de l'Institut des maladies infectieuses de Berlin n'a pas craint de la formuler avec la plus grande franchise : s'il est vrai que la propagation de la tuberculose par le lait ou la viande provenant d'animaux tuberculeux est problématique et n'est certainement guère plus fréquente que la transmission héréditaire de cette maladie, *il n'y a aucune nécessité à prendre contre elle des mesures quelconques.*

II

Il est à peine besoin d'ajouter que cette déclaration heurtait trop violemment toutes les idées actuelles sur l'étiologie et la prophylaxie de la tuberculose pour ne pas soulever d'objections : on ne se décide pas facilement à brûler ce qu'on a si longtemps adoré avec tant de conviction. Aussi, quoiqu'il ne soit pas d'usage de discuter les mémoires lus en séances générales des Congrès, on a cru devoir, vu « la gravité du cas », faire une exception à cette règle et, sur l'invitation de lord Lister qui présidait la réunion, plusieurs savants en la matière sont venus successivement prendre la parole et formuler leurs réserves sur la portée des faits relatés par le professeur de Berlin. Mais, auparavant, lord Lister a tenu à faire observer combien les conclusions de M. Koch, si elles étaient confirmées, rétréciraient le champ des mesures prophylactiques à opposer à la tuberculose. Au reste, les expériences du bactériologiste allemand ne lui paraissent pas absolument démonstratives. M. Koch a échoué dans ses tentatives de transmission de la tuberculose humaine aux bovidés ; mais pendant longtemps on n'a pu arriver à transférer la variole au veau, ce qui avait fait admettre la dualité des virus variolique et vaccinal, alors qu'il est bien démontré aujourd'hui que la vaccine n'est qu'une variole atténuée par son passage dans l'organisme humain.

Quant à la prétendue rareté de la tuberculose alimentaire, lord Lister ne saurait y souscrire; il croit que, dans bon nombre de cas d'adénopathie mésentérique tuberculeuse primitive de l'enfance, la porte d'entrée des germes doit être recherchée au niveau de la muqueuse intestinale ; ne sait-on pas que le bacille d'Eberth peut franchir cette muqueuse sans la léser et être arrêté par les ganglions mésentériques ? En somme, les expériences de M. Koch lui semblent nécessiter de minutieuses recherches de contrôle.

Après lui, M. le professeur Nocard (d'Alfort) a pris pour base de sa discussion ce principe essentiel de la méthode expérimentale, à savoir que les faits négatifs, si nombreux soient-ils, ne sauraient prévaloir contre un seul fait positif. M. Koch a apporté des faits négatifs, il est vrai, puisque ses tentatives d'inoculation de la tuberculose humaine aux bovidés ont échoué; mais l'on connaît aussi des faits positifs : l'orateur rappelle les remarquables expériences de M. Chauveau, qui a réussi à rendre des veaux tuberculeux en leur faisant ingérer ou en leur injectant dans les veines des produits tuberculeux d'origine humaine.

Pour expliquer les insuccès de M. Koch dans ses essais d'infection des bovidés avec les crachats de tuberculeux, M. Nocard montre combien certains microorganismes, quand ils sont adaptés à vivre sur un milieu, inerte ou vivant, se développent difficilement sur d'autres terrains ; c'est ainsi que l'ensemencement du bacille de la tuberculose humaine sur les milieux usuels ne donne au début que des cultures maigres et poussant lentement; par passages successifs, les cultures deviennent, au contraire, abondantes et précoces; c'est ainsi, encore, que le bacille du rouget du porc se développe difficilement dans l'organisme du lapin; quand il est accoutumé à ce nouvel hôte, il cesse, par contre, d'être virulent pour le porc; de même en ce qui concerne le trypanosome de la dourine du cheval qui, après quelques passages de souris à souris, ne peut plus être inoculé au chien, alors qu'au début il infectait très facilement cet animal.

D'autre part, de la non-transmissibilité de la tuberculose de l'homme aux bovidés — si elle était démontrée — serait-on autorisé à conclure que la réciproque est exacte ? Mais, bien au contraire, on connaît des exemples indiscutables de contagion humaine par l'usage alimentaire de lait provenant de vaches tuberculeuses : témoin le cas de la fille du professeur Gosse.

C'est surtout sur cette dernière catégorie de faits qu'a insisté M. le professeur Bang (de Copenhague), qui cite, à l'appui, des observations de vétérinaires contaminés par piqûre au cours d'autopsies d'animaux tuberculeux; il montre, en outre, le danger qu'il y aurait à laisser se répandre la notion que les produits alimentaires fournis par les animaux infectés ne sont pas nuisibles pour l'homme.

Dans les sections du Congrès, la question soulevée par M. Koch a donné lieu, directement ou indirectement, à une série de communications dont les principales sont celles de MM. McFadyean, Ravenel et Crookshank.

M. le professeur McFadyean (de Londres) a tiré des travaux même du chef de l'école bactériologique allemande de nombreux arguments en faveur de l'identité des tuberculoses bovine et humaine. N'est-ce pas M. Koch qui a démontré que les deux variétés de bacilles peuvent servir indifféremment aux inoculations expérimentales ? N'a-t-il pas établi que les animaux infectés par la tuberculose des bovidés réagissent à la tuberculine de provenance humaine ? Assurément, on ne saurait contester qu'il est difficile de contaminer les animaux avec les bacilles tuberculeux fournis par l'homme; mais cela prouve-t-il la non-contagiosité de la tuberculose bovine pour l'espèce humaine, quand on sait, au contraire, que tous les microorganismes pathogènes pour les animaux domestiques le sont également pour l'homme ?

Passant ensuite à la rareté — admise par M. Koch — de la tuberculose intestinale primitive, l'orateur combat énergiquement cette affirmation, comme l'avait fait lord Lister lui-même. Aux statistiques citées par le professeur de Berlin, il oppose celle de M. Still qui, d'après les autopsies qu'il a pratiquées à l'hôpital des enfants de Great Ormond Street, à Londres, donne 29.1 % comme proportion des cas de tuberculose d'origine alimentaire; de son côté, M. Shennan (d'Edimbourg) arrive au taux de 28.1 %. Et l'importance des voies digestives au point de vue de la contamination tuberculeuse est encore prouvée par un travail publié naguère par le regretté Sir Richard Thorne, lequel a montré que depuis cinquante ans, sous l'influence des mesures hygiéniques ayant particulièrement visé la contagion par les bronches, le nombre des décès par tuberculose pulmonaire a diminué de 45 % en Angleterre, alors que durant le même laps de temps, en l'absence de tout contrôle sur les animaux de boucherie et les vaches laitières, la mortalité par tuberculose alimentaire est restée à peu près stationnaire chez les adultes et a même sensiblement augmenté en ce qui concerne les enfants au-dessous d'un an.

Aussi M. McFadyean, tout en reconnaissant que l'inhalation de poussières bacillifères est le mode de contagion de beaucoup le plus fréquent et le plus important, se déclare t il partisan résolu des mesures destinées à empêcher la vente de viande et de lait provenant d'animaux tuberculeux, même s'il était démontré que l'ingestion de ces produits n'expose, comme ç'a été le cas pour les porcs ayant servi aux expériences de M. Koch, qu'à « de rares nodules dans les ganglions lymphatiques du cou » et à « quelques granulations grises dans les poumons ».

Il y a plus. M. Ravenel (de Philadelphie), à l'encontre de la manière de voir de M. Koch, a relaté 5 cas de tuberculose humaine où l'infection était nettement d'origine bovine; d'où il conclut que la tuberculose des bovidés est transmissible à l'homme, et surtout à l'enfant. Il reconnaît cependant, ainsi que le lui ont montré des expériences poursuivies durant trois années, que le bacille de la tuberculose bovine offre, en culture, des caractères spéciaux et assez constants, qui permettent de le différencier d'avec celui de la tuberculose humaine.

Enfin, M. le professeur Crookshank (de Londres) a fait observer que, quel que soit l'intérêt des recherches de M. Koch, le bacille ne constitue qu'un des facteurs de la tuberculose ; il faut tenir compte, en outre, des susceptibilités individuelles, de l'état de santé du sujet, du terrain en un mot. Il proteste contre la prétendue inutilité des précautions à prendre à l'égard des aliments provenant d'animaux infectés, tout en reconnaissant que le danger qu'ils présentent a été quelque peu exagéré.

Ainsi donc, les arguments de M. Koch ne paraissent pas avoir impressionné outre mesure les membres du Congrès; aussi, avant de se séparer, ont-ils émis le vœu que les inspecteurs sanitaires continuent à veiller avec le plus grand soin, pour empêcher la vente de lait et de viande infectés; toutefois, ils ont demandé qu'il fût constitué une commission d'enquête ayant mission de vérifier les relations de la tuberculose des animaux avec celle de l'homme.

Reconnaissant néanmoins que les crachats tuberculeux sont le véhicule le plus commun du virus de l'homme à l'homme, le Congrès a également émis le vœu que l'expectoration en lieu public soit réprimée.

Si réservé que l'on doive être sur la destinée ultérieure de la nouvelle théorie étiologique de la tuberculose, il faut bien reconnaître que la communication de M. Koch marquera dans l'histoire de cette maladie; elle est appelée incontestablement à susciter une série de travaux qui, un jour peut-être, délivreront l'humanité de l'obsession de l'ubiquité du germe de la tuberculose.

Dr A. GUBB (de Londres).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juillet 1901.

A propos des lésions hépatiques déterminées par la présence des douves.

M. R. Blanchard. — J'ai eu récemment l'occasion d'étudier un foie d'Annamite provenant de l'hôpital d'Hanoï et envahi à l'extrême par la Douve chinoise (*Opisthorchis sinensis*) : le nombre des parasites pouvait être évalué à

plus de 10,000; j'ai pu examiner, d'autre part, des foies de mouton contenant des quantités considérables de douves indigènes de la petite espèce (*Dicrocœlium lanceatum*). Les lésions constatées dans les deux cas étaient identiques et conformes aux descriptions de M. Shaper et de M. Katsurada : le parasite obstrue les canalicules biliaires, d'où dilatation de ceux-ci, vive irritation catarrhale de leur muqueuse, hypertrophie des glandes pouvant aboutir à la constitution d'un adénome, prolifération conjonctive, etc. Il est probable, d'ailleurs, que le trématode n'agit pas simplement comme obstacle mécanique, mais qu'il joue un rôle actif; on a démontré, en effet, que la grande douve de nos pays (*Fasciola hepatica*) se nourrit de sang qu'elle puise dans les capillaires serpentant dans l'épaisseur des canaux biliaires.

En ce qui concerne la pathogénie de ces lésions, je tiens à faire remarquer qu'il n'est pas exact de dire, comme l'ont fait récemment MM. Cornil et Petit (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 245), qu'on trouve dans les canaux biliaires des parasites à tous leurs degrés de développement, depuis les œufs innombrables jusqu'aux animaux adultes, ce développement exigeant le passage du parasite par le corps de plusieurs hôtes successifs. Le foie du mammifère — hôte définitif — contient des parasites adultes, et des œufs frais pondus; ces derniers, entraînés par la bile dès les premières phases de leur segmentation, tombent dans l'intestin et sont rejetés avec les déjections; leur transformation en embryons ne peut avoir lieu que s'ils arrivent dans l'eau, où ils donnent alors naissance à une larve ciliée, le *miracidium;* cet embryon est condamné à une mort rapide, à moins qu'il ne trouve son hôte intermédiaire, un gastéropode d'eau douce dans le cas particulier; mais ses chances de survie sont bien peu nombreuses, car la spécialisation est excessive : à chaque espèce de douve correspond une espèce de gastéropode qui seule est susceptible de lui donner asile. Dans le corps du nouvel hôte, le *miracidium* se transforme en *sporocyste* par simple mue; celui-ci produit, par bourgeonnement interne, un grand nombre de *rédies*, lesquelles se segmentent une ou plusieurs fois, donnant autant de nouvelles générations de rédies, dont la dernière, toujours par bourgeonnement interne, produit des *cercaires;* ces larves quittent le corps du mollusque et nagent dans l'eau, où elles sont dégluties par l'hôte définitif, soit avec l'eau de boisson, soit avec les plantes qui poussent sur les bords des marais; parfois même elles sont absorbées plus tôt, avec le mollusque qui leur a servi d'hôte de passage; elles ne tardent pas à se fixer dans les voies biliaires pour y acquérir leur forme définitive.

Il résulte de ce cycle évolutif extrêmement complexe que l'on ne saurait trouver dans le foie du mammifère infesté que des *adultes* ou des *œufs*, ceux-ci ne pouvant se développer qu'après plusieurs migrations.

M. Cornil. — Notre collègue a pris texte d'une phrase contenue dans une courte note communiquée avec M. Petit à l'Académie des sciences, où nous faisons l'énumération des différents états du distome trouvés dans les canaux biliaires, pour en inférer que nous admettons un mode de développement inexact. Nous n'avons rien dit à propos de ce développement et nous n'avons nullement soulevé la question de savoir si c'étaient les œufs qui avaient fait les distomes ou les distomes qui avaient pondu les œufs.

M. Blanchard a, de plus, laissé entendre qu'il n'y avait, dans notre note, rien de plus que ce qui avait été publié déjà par M. Shaper et par M. Katsurada.

J'avoue que je ne connaissais pas le mémoire de M. Shaper qui donne une très bonne description de la cirrhose et rappelle en particulier mes premières recherches sur la fréquence des néocanalicules biliaires dans les tissus sclérosés du foie (1873). Mais dans son travail, qui est de 1890, M. Shaper ne parle nullement d'une série de faits nouveaux que M. Petit et moi avons mentionnés dans notre note : par exemple, la transformation fibreuse de grands espaces du foie où il n'y a plus vestige de lobules hépatiques ni même de cellules hépatiques isolées; les lésions si curieuses des vaisseaux sanguins dont la paroi est devenue d'une épaisseur telle qu'elle occupe tout un champ du microscope; la présence dans leur paroi et dans leur membrane adventice de très nombreuses cellules granuleuses d'Ehrlich qui leur forment comme une couronne; le rétrécissement et souvent l'oblitération du calibre de ces vaisseaux par un tissu conjonctif nouveau; la calcification complète de certains canaux et de leur contenu, etc.

Si nous avons présenté une note sur ce sujet, c'est parce que nous avions constaté des faits nouveaux.

Quant au travail de M. Katsurada, il est relatif aux lésions causées chez l'homme, dans le Japon, par le *Distoma spathulatum*, et n'a pas de rapport avec notre communication.

Cardiopathies latentes et mort subite dans l'armée.

M. Kelsch lit sur ce sujet un travail que nous résumons ainsi :

Envisagées au point de vue de la localisation des lésions, les cardiopathies latentes qui s'observent de temps en temps dans l'armée, et qui sont souvent la cause de morts subites, peuvent se répartir en trois groupes : l'hypertrophie du cœur avec ou sans surcharge graisseuse de cet organe, avec ou sans altération apparente de ses fibres, les dégénérescences valvulaires, et enfin les lésions aortiques avec ou sans altérations concomitantes des valvules ou des orifices.

Quelle est la nature de ces différentes cardiopathies, au développement desquelles une enquête approfondie a démontré que le rhumatisme était étranger?

L'idée la plus simple qui se présente à l'esprit, c'est d'incriminer les fatigues et les vicissitudes de la profession militaire. On sait, en effet, que le surmenage habituel jette dans l'économie une quantité considérable de matières extractives et de déchets de désassimilation qui, ne pouvant être éliminés au fur et à mesure de leur production, exercent, en vertu de leur nature toxique, une action irritante et nocive sur l'endartère, ainsi que sur les muscles vasculaire et cardiaque.

Mais si cette interprétation est applicable à certains malades, elle ne convient pas au plus grand nombre d'entre eux. Ceux-ci sont des sujets jeunes, aux prises depuis peu de temps avec les épreuves de la vie militaire, et, si l'effort a été la cause occasionnelle de la mort, on ne saurait le considérer comme un facteur suffisant de la maladie.

Il faut alors invoquer, pour l'expliquer, une stimulation morbide exercée sur l'appareil cardio-vasculaire par des poisons venus du dehors et parmi lesquels l'alcool tient la plus large place, ou bien par des agents infectieux, ou encore par les produits de leur sécrétion.

L'alcool ne pouvant être incriminé, d'après l'orateur, que chez deux ou trois de ses malades, il en arrive par élimination à attribuer aux infections antérieures une action prépondérante, sinon exclusive, dans la genèse des cardiopathies et de l'artériosclérose qui causent parfois la mort subite des soldats.

La dothiénentérie, les fièvres éruptives, la diphtérie, la grippe, sont, de toutes les maladies infectieuses, celles qui laissent le plus volontiers sur le cœur et les vaisseaux des lésions durables.

Les altérations rudimentaires que les infections diverses sont susceptibles de laisser sur l'appareil cardio-vasculaire n'évoluent point fatalement vers la dégénérescence; pour qu'elles aient des suites redoutables, il faut le concours de causes adjuvantes, telles que les efforts soutenus et réitérés, les fatigues habituelles, le surmenage, les excès divers. Or, ces multiples facteurs se trouvent réunis dans la vie militaire plus que partout ailleurs.

Les marches d'entraînement, si salutaires pour un organisme sain, deviennent des stimulants morbides pour ces cœurs déjà marqués du sceau pathologique. Des lésions cardio-vasculaires à peine ébauchées en reçoivent une impulsion funeste qui les sollicite à l'activité pathogène. Tantôt elles évoluent et accomplissent leur œuvre de destruction dans le silence, jusqu'au jour où elles se démasquent par la rupture aortique ou l'arrêt du cœur; tantôt elles se révèlent de bonne heure par des crises de dyspnée ou de palpitations douloureuses, de sténocardie, de tachycardie, etc.

De cet exposé, l'orateur conclut que les cardiopathies non rhumatismales sont loin d'être rares dans l'armée, et qu'elles y sont une cause de mort subite relativement fréquente : dans ces dernières années, il a pu en réunir une trentaine de cas.

Dans tous, l'évolution de la lésion a été assez silencieuse pour permettre au sujet qui en était atteint de vaquer à l'accomplissement de ses devoirs, jusqu'au jour où, un effort brusque ou soutenu ayant porté la tension artérielle à un degré incompatible avec la faible résistance du cœur ou de l'aorte dégénérés, la mort s'en est suivie par dilatation aiguë du premier ou par déchirure des tuniques de la seconde.

Transmission expérimentale du méningocoque de Weichselbaum par les voies respiratoires.

M. Landouzy lit un rapport sur une note de M. Busquet (médecin militaire), relative aux faits suivants :

Le méningocoque ayant été constaté dans le mucus nasal de trois soldats atteints de méningite cérébro-spinale épidémique, ce mucus fut déposé dans les fosses nasales de 5 cobayes et de 3 lapins. Tous ces animaux furent malades; 5 d'entre eux ayant succombé, on trouva des méningocoques dans leur canal céphalo-rachidien.

D'autre part, l'inoculation du mucus nasal des cobayes et des lapins en question a, par simple dépôt dans les fosses nasales d'autres cobayes et lapins, envahi l'organisme de ces derniers et pénétré dans le canal céphalo-rachidien.

Enfin, le dépôt du liquide céphalo-rachidien d'un des soldats décédés, contenant le méningocoque, sur la muqueuse nasale d'un lapin et de cinq cobayes, détermina des accidents chez tous et la mort de deux cobayes; le liquide céphalo-rachidien de ceux-ci renfermait le méningocoque.

Intoxication grave par l'emploi d'une teinture servant à noircir les chaussures.

M. Landouzy communique, au nom de M. Lop (de Marseille), l'observation d'un jeune garçon qui, après avoir porté pendant huit heures des chaussures jaunes teintes le matin même en noir, éprouva des accidents graves : crampes au niveau des mollets, cyanose de la face et des extrémités, anurie, hypothermie, etc., etc.

Après enquête, on reconnut que ces accidents étaient dus à une intoxication par l'aniline contenue dans la teinture ayant servi à noircir les chaussures.

Cette observation peut être rapprochée de celles que l'orateur a relatées lui-même à l'Académie (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 243); elle prouve, comme celles-ci, du reste, qu'il y a dans l'emploi des teintures pour chaussures un danger public et qu'il y aurait lieu d'attirer sur ce point l'attention des pouvoirs compétents.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 juillet 1901.

Sur l'acidité de quelques sécrétions animales.

M. Berthelot fait une communication dans laquelle il démontre que, du fait des oxydations incessantes dont l'organisme est le siège, tous les tissus et toutes les humeurs renferment normalement un excès d'acide libre, particulièrement d'acide carbonique; au contraire, on ne peut y rencontrer de bases libres, si ce n'est en certains points et alors que des circonstances spéciales interviennent (fermentations donnant naissance à de l'ammoniaque et à des alcalis carbonés analogues).

D'après l'orateur, les réactions qui ont lieu au sein des organes glandulaires, source des humeurs ici étudiées, et qui aboutissent à la formation de composés acides, sont multiples et beaucoup plus complexes que ne l'admettent d'ordinaire les physiologistes. Il cite notamment, comme telles, l'action de l'eau, qui dissocie les sels des acides faibles, dédouble les composés éthérés, glycérides et amides, et produit des acides aux dépens de certains aldéhydes; la transformation isomérique d'un corps neutre en composé acide (changement du glucose en acide lactique); les fermentations complexes, comme la fermentation butyrique; les modifications dans la capacité de saturation de certains acides par double décomposition; l'élec-

trolyse ; enfin, et surtout, l'oxydation, formant des acides avec les alcools, les aldéhydes, les éthers, etc., et donnant naissance, en tous les points de l'économie, à de l'acide carbonique.

Excitation électrique produite par deux ondes inverses l'une de l'autre.

M. G. Weiss adresse une note de laquelle il résulte que, si on lance dans un nerf deux excitations électriques très courtes, très rapprochées et de sens inverse l'une de l'autre, au moment où l'on arrive au seuil de l'excitation l'une seulement de ces deux ondes est efficace, la seconde n'ajoutant ni ne retranchant rien, et pouvant être supprimée sans que le résultat soit modifié.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juillet 1901.

Cancer thyroïdien.

M. Poncet (de Lyon). — J'ai eu l'occasion de voir un assez grand nombre de cas de dégénérescence cancéreuse de la glande thyroïde. Le sarcome thyroïdien est relativement rare, et les tumeurs malignes du corps thyroïde appartiennent le plus ordinairement aux différentes variétés de cancer épithélial, parmi lesquelles il est des cancers ligneux rappelant par bien des caractères les faits observés par M. Ricard et qualifiés par lui de dégénérescence fibreuse, d'après les résultats d'un examen histologique (Voir *Semaine Médicale,* 1901, p. 220). D'une façon générale, je crois qu'il faut n'attacher qu'une importance très relative aux constatations microscopiques et que, dans les faits de cette nature, l'histologie doit céder le pas à la clinique. Chaque fois, en effet, qu'on se trouve, comme dans le cas de M. Ricard, en présence d'une tumeur diffuse avec envahissement des muscles, des vaisseaux et des nerfs adjacents, il est bien certain, à mon avis, qu'il ne peut être question que d'un cancer, quel que soit l'avis formulé par les histologistes.

M. Tuffier. — L'aspect macroscopiquement envahissant d'une tumeur ne me paraît pas impliquer forcément l'idée de malignité.

Rupture de la vessie traitée par la sonde à demeure.

M. Chauvel. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été adressée par M. Dubujadoux (médecin militaire) relativement à un fait de rupture de la vessie, à la suite d'un violent traumatisme abdominal. Le blessé ayant refusé l'intervention chirurgicale qui lui était proposée, notre confrère se contenta de placer une sonde à demeure, et les accidents disparurent progressivement. M. Dubujadoux pense qu'il s'agissait d'une rupture intrapéritonéale; ce diagnostic ne me paraît pas absolument certain, étant données les conditions dans lesquelles la guérison a été obtenue; il se pourrait que la lésion ait été simplement extrapéritonéale.

M. Routier. — J'estime, comme M. Chauvel, que le siège intrapéritonéal de cette rupture n'est pas démontré; nous ne sommes donc pas en droit de considérer cette observation comme un cas de guérison d'une rupture intrapéritonéale de la vessie par la sonde à demeure.

Fistule vésico-vaginale traitée par le procédé du dédoublement.

M. Bazy. — M. de Spartali (de Smyrne) nous a envoyé une observation de fistule vésico-vaginale traitée avec succès par le procédé du dédoublement. Dans une première tentative, notre confrère avait avivé et suturé la fistule par le procédé de Doyen; mais, au quatrième jour, il dut, en présence d'une grave hémorrhagie vésicale, faire sauter les fils et pratiquer immédiatement une cystostomie vaginale, au moyen d'un surjet à la soie qui permit d'obtenir l'hémostase.

Six semaines plus tard, M. de Spartali, ayant fait une incision transversale suivant le grand axe de la fistule, obtint ainsi deux lambeaux vaginaux, l'un antérieur et l'autre postérieur, qui furent décollés d'avec la vessie dans une étendue de 2 à 3 centimètres. Ces deux lambeaux furent ensuite rapprochés et suturés l'un à l'autre par leur face profonde, au moyen de quatre points au crin de Florence. La malade a gardé le décubitus latéral pendant douze jours avec une sonde à demeure, et la guérison définitive a été obtenue sans incident.

Résultats éloignés de la désarticulation sous-astragalienne.

M. Chauvel. — M. Dubujadoux nous a communiqué plusieurs cas de désarticulation sous-astragalienne. Comme on peut en juger par la lecture des observations et par l'examen des figures qui sont jointes à ce travail, le résultat éloigné de l'opération a été excellent, au point de vue fonctionnel, chez tous les malades de notre confrère.

M. Delorme. — J'ai fait une désarticulation sous-astragalienne pour une tumeur de l'avant-pied, et le résultat a été si parfait que mon opéré, qui est officier de cavalerie, continue à monter à cheval sans la moindre gêne.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 juillet 1901.

Paralysie faciale congénitale chez un nouveau-né.

M. Marfan. — On sait que les paralysies faciales des nouveau-nés reconnaissent le plus souvent pour cause un traumatisme obstétrical ou une compression du nerf de la septième paire par les os du bassin. Il existe cependant un certain nombre de cas où ces paralysies sont dues à un arrêt de développement du système nerveux, portant tantôt sur les noyaux et tantôt sur la portion périphérique du nerf. C'est à un fait de cette nature que j'ai eu récemment affaire.

Il s'agit d'un nouveau-né qui entra dans mon service pour une paralysie complète de la face, à droite, et dont le pavillon de l'oreille, du même côté, était réduit à l'état de moignon. Cet enfant succomba au bout de huit jours, et l'autopsie permit de constater l'absence complète des portions intra et extrapétreuse du facial droit. Le rocher était constitué par une petite masse informe ne renfermant aucune des parties normales de l'oreille. En outre, sur des coupes de la protubérance, le noyau du facial n'était représenté que par de petites cellules, rares et atrophiées.

Je crois que, dans ce cas, le trouble primitif a porté sur le rocher, d'où agénésie de l'oreille et de la partie périphérique du facial et, consécutivement, atrophie de la portion centrale et du noyau d'origine de ce nerf.

M. Comby. — J'ai observé depuis peu trois cas de paralysie faciale congénitale chez des enfants dont les mères avaient accouché normalement. Il est probable que, dans ces faits, la paralysie était due à une lésion nucléaire centrale intéressant l'origine du nerf facial. Seul, un de ces petits malades présentait, en même temps que la paralysie, des altérations oculaires du côté correspondant.

Zona métamérique du membre inférieur.

M. Widal. — Il m'a été donné d'observer récemment, avec M. Le Sourd, chez une femme de quarante-neuf ans, un zona métamérique de la cuisse droite. Les groupes de vésicules s'étendaient, en bandes transversales pour la plupart, depuis la région inguinale jusqu'au genou, et depuis le creux poplité jusqu'à la région lombaire.

L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien démontra l'existence de lymphocytes, comme dans les cas communiqués précédemment par MM. Brissaud et Sicard (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 94).

Cette constatation fournit un nouvel argument en faveur d'une altération médullaire ayant intéressé la pie-mère, car il est bien démontré aujourd'hui qu'une lésion purement ganglionnaire ne pourrait déterminer l'exode cellulaire constaté dans le liquide céphalo-rachidien. Celui-ci ne contenait, du reste, aucun microbe : tous les ensemencements sont restés stériles.

M. Achard. — J'ai pratiqué l'ensemencement du liquide céphalo-rachidien de 17 malades atteints de zona. Les cultures ont été positives dans 8 cas seulement : 5 fois elles contenaient plusieurs espèces de bacilles, 2 fois des staphylocoques, et 1 fois des streptocoques associés aux staphylocoques. J'ai observé d'assez grandes variations dans la formule leucocytaire du liquide céphalo-rachidien des mêmes sujets.

La leucocytose de la rougeole.

M. J. Courmont (de Lyon) adresse, en son nom et aux noms de MM. Montagard et Péhu, les résultats de recherches ayant porté sur les leucocytes des morbilleux, spécialement en vue de différencier la rougeole, par l'examen du sang, d'avec les rash varioliques. D'après ces auteurs, la rougeole s'accompagne d'une hyperleucocytose légère, exclusivement polynucléaire, qui augmente encore lorsqu'il survient des complications. Jamais on n'observe ni myélocytes, ni hématies nucléées, ni éléments mononucléaires. En outre, les éosinophiles sont diminués de nombre chez l'enfant, ce qui distingue la rougeole d'avec la scarlatine, s'il est vrai, comme on l'a affirmé, que cette dernière affection s'accompagne d'éosinophilie.

Lésion de la queue de cheval et du cône terminal.

M. de Massary. — Le malade que voici est un homme de trente-neuf ans qui se plaint de douleurs dans les membres inférieurs et chez lequel on constate, en même temps qu'une atrophie considérable des muscles de ces membres, une diminution des réflexes rotuliens et achilléens et une abolition des réflexes cutanés plantaires. Il présente, d'autre part, une incontinence des urines et des matières fécales, de l'anesthésie des muqueuses uréthrale et rectale et de l'hypoesthésie de la peau du scrotum, du pénis et du périnée; les fonctions génitales sont abolies.

La coexistence de ces différents symptômes prouve que nous sommes en présence d'une lésion intéressant à la fois le cône terminal de la moelle, les dernières racines rachidiennes et les premières racines sacrées; quant à la nature de cette lésion, il est impossible de la préciser, cet homme n'étant ni tuberculeux ni syphilitique; toutefois, comme il a fait une chute sur le siège un mois environ avant l'apparition des accidents, ceux-ci sont peut-être d'origine traumatique.

Pseudo-méningite hystérique.

M. Méry montre une femme ayant eu, à deux reprises différentes, des symptômes de méningisme (céphalée, somnolence, etc., sans vomissements ni élévation de température), et qui a guéri subitement, chaque fois, à la suite de la soustraction, par ponction lombaire, de 4 à 5 c.c. de liquide céphalo-rachidien. L'examen cytologique de ce liquide a, du reste, confirmé le diagnostic de pseudo-méningite, car on ne put y déceler la présence d'aucun élément lymphocytique. C'est donc à l'hystérie qu'il faut attribuer les accidents présentés par cette malade, chez laquelle on constate, du reste, tous les stigmates habituels de cette névrose. En outre, l'écoulement goutte à goutte, et non en jet, du liquide céphalo-rachidien, semble indiquer que c'est à une influence suggestive résultant de la ponction que doit être attribuée la guérison, et non à une décompression des centres nerveux.

Anurie chez un malade atteint de pneumonie.

M. Caussade communique, au nom de M. Gilbert et au sien, l'observation d'un homme de trente-cinq ans, qui fut pris, au troisième jour d'une pneumonie, d'une néphrite avec anurie presque absolue. La quantité d'urine rendue par le patient, dans la semaine que dura cette anurie, ne dépassa pas 350 grammes. La mort survint au onzième jour du fait d'accidents urémiques qui se montrèrent seulement dans les dernières vingt-quatre heures. Quant à la pneumonie, son évolution ne fut pas influencée par l'anurie.

A l'autopsie, on trouva tous les *tubuli* du rein oblitérés par des cylindres de globules rouges et par des cellules épithéliales hypertrophiées.

Rein amyloïde chez un tuberculeux.

M. Hirtz relate l'observation d'un homme de trente ans, atteint de tuberculose pulmo-

naire chronique et d'albuminurie, qui succomba à des accidents urémiques quelques jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva, outre une caverne au sommet du poumon droit, de gros reins blancs, lardacés, dans lesquels le microscope décela une dégénérescence amyloïde très prononcée.

M. Touche (de Brévannes) dit avoir constaté la respiration de Cheyne-Stokes chez quatre paralytiques généraux atteints d'hémorrhagie méningée; il croit pouvoir en conclure que le type respiratoire dont il s'agit constitue un bon signe de cet accident.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 juillet 1901.

Sur la sensibilisatrice dans le sérum des typhoïdiques.

MM. Widal et **Le Sourd.** — Nous avons cherché, par le procédé de fixation de M. Bordet, l'époque d'apparition de la sensibilisatrice dans le sérum de cobayes inoculés sous la peau avec une culture de bacilles typhiques.

Chez deux animaux, la sensibilisatrice a apparu cinq jours après l'inoculation, en même temps que la réaction agglutinante. Chez un troisième, elle a précédé d'un jour l'apparition de l'agglutinine. Chez un quatrième, au contraire, c'est l'agglutinine qui a paru la première.

Chez les dothiénentériques soumis à notre observation, nous avons constamment retrouvé la réaction agglutinante et la réaction de fixation. Dans aucun de nos cas, cette double recherche n'a pu être faite dans les tout premiers jours de la maladie. Chez un malade seulement, elle a été effectuée le sixième jour : les deux réactions existaient déjà à cette époque.

La dissociation des deux phénomènes peut cependant s'observer en clinique. C'est ainsi que, chez un jeune homme convalescent depuis quatre mois d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, la réaction agglutinante n'était plus décelable, alors que la réaction de fixation présentait encore une netteté remarquable.

D'autre part, chez un jeune homme en convalescence depuis huit jours d'une troisième rechute de fièvre typhoïde, le sérum agglutinait à 1 pour 300 et la réaction de fixation présentait l'aspect le plus net que nous ayons jamais pu obtenir. Dix jours plus tard, le malade faisait une quatrième rechute à évolution classique, avec courbe en plateau, hypertrophie de la rate, diazoréaction, taches rosées, etc.

Ce fait semble montrer que la réaction de fixation ne saurait être considérée comme un témoin de l'immunité.

Sur l'actinomycose humaine.

M. Poncet (de Lyon). — On sait aujourd'hui que l'actinomycose s'observe communément en France, aussi bien à la ville qu'à la campagne; ses lieux d'élection sont la région cervicofaciale, puis les régions appendiculo cæcale et ano-rectale. Tout phlegmon d'apparence dentaire doit être supposé de nature actinomycosique, surtout s'il est ancien et s'il s'accompagne, en dehors de l'évolution d'une dent de sagesse, d'un trismus précoce et persistant.

Une inflammation fistuleuse para-abdominale d'origine intestinale, avec masses indurées profondes plus ou moins étendues et simulant par certains caractères un néoplasme, éveillera également l'idée d'une lésion actinomycosique.

J'en dirai autant des périnées fistuleux, indurés, avec intégrité de l'appareil urinaire et point de départ anal ou rectal.

Le ganglion sus-épitrochléen dans l'éléphantiasis du membre supérieur.

M. Tribondeau. — J'ai observé aux îles de la Sonde 14 cas d'éléphantiasis des membres supérieurs, et j'ai été frappé de la physionomie que donne à la région atteinte l'engorgement du ganglion sus-épitrochléen.

L'affection débute à la main ou à l'avant-bras par une poussée de lymphangite réticulaire staphylococcique; puis une large travée de lymphangite tronculaire remonte le long du bord interne de l'avant-bras, mais s'arrête presque toujours à la partie inférieure du bras, au niveau du ganglion sus-épitrochléen.

Celui-ci, d'abord appréciable au palper seulement, augmente peu à peu de volume, de façon à former une masse distincte à la vue, ovoïde, à grand axe dirigé presque perpendiculairement au bras. Cette tumeur sus-épitrochléenne peut être constituée par plusieurs ganglions superposés.

Immunité relative du lapin à l'égard de la strophantine administrée par voie buccale.

M. Maurel. — Tandis qu'il suffit de 0 gr. 0003 décimilligr. de strophantine en injection intraveineuse et de 0 gr. 0004 décimilligr. de la même substance administrée par la voie hypodermique pour tuer 1 kilogramme de lapin, il faut, pour obtenir le même résultat en donnant le poison par la voie gastrique, arriver à la quantité énorme de 0 gr. 04 centigr.

Ce fait semble prouver que la dose de strophantine pouvant être employée impunément chez l'homme en injection sous cutanée ne doit pas être calculée seulement d'après la tolérance gastrique. Il semble ressortir également de ce fait que la succion des plaies produites par les flèches empoisonnées avec le strophantus pourrait être pratiquée sans grand danger. Enfin, c'est peut-être à l'immunité relative des voies digestives qu'il faut attribuer l'innocuité de l'ingestion du gibier tué par ces mêmes flèches.

Influence des lécithines sur les organismes tuberculisés.

MM. Claude et **Zaky.** — Chez l'homme comme chez l'animal, la lécithine n'entrave pas directement le développement de la tuberculose, mais modifie de la façon la plus heureuse la nutrition des organismes tuberculisés. On voit, en effet, sous l'influence de cette substance, le poids augmenter, les échanges nutritifs devenir plus actifs, enfin, et surtout, l'élimination du phosphore diminuer considérablement. La lécithine peut donc être considérée comme un adjuvant précieux dans le traitement de la tuberculose.

Le bacille de Koch dans les selles des tuberculeux.

M. Anglade (d'Alençon). — Les selles constituent une voie importante d'élimination du bacille de Koch, non seulement chez les sujets atteints d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin, mais encore dans les cas où la tuberculose est localisée au poumon : la recherche du bacille en question, dans les selles de malades dont l'intestin semblait respecté, m'a toujours donné des résultats positifs.

M. Wertheimer (de Lille) envoie une note sur les anastomoses réciproques des deux pneumogastriques dans le thorax, chez l'homme.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

De la torsion des hydro-salpinx, par M. F. Cathelin.

Le nombre des cas actuellement publiés de salpingite tordue est de 41, dont 7, faute de renseignements circonstanciés, n'ont pu être utilisés par l'auteur de ce travail, qui étudie successivement les causes, les lésions, les symptômes et le mécanisme de ces torsions, ainsi que leur diagnostic et leur traitement.

La torsion du pédicule des salpingo-ovarites peut être considérée comme peu fréquente, ce qui tient peut-être, ainsi que M. Bouilly l'a fait remarquer, à la rareté relative des hydro-salpinx; la plupart des lésions annexielles sont, en effet, d'origine inflammatoire, ce qui implique l'idée d'adhérences.

La torsion survient le plus souvent à droite : sur 31 observations où l'indication de côté est donnée, la lésion intéressait 21 fois les annexes droites et 10 fois seulement les annexes gauches. C'est presque exclusivement aux dépens de la partie externe périphérique de la trompe, *au niveau du pavillon*, que la tumeur se développe. Elle peut acquérir des dimensions assez considérables, celles d'une orange, par exemple.

Signalé dans 25 cas, le nombre des tours de torsion a varié de un demi à 4 ½, mais c'est entre 1 et 2 qu'il oscille le plus ordinairement (19 fois contre 6). Tantôt la torsion se fait dans le sens des aiguilles d'une montre, tantôt en sens inverse; elle peut être serrée ou lâche, avec ou sans étranglement.

Le contenu de la tumeur est le plus souvent constitué par du sang liquide, l'hydro-salpinx s'étant, par la torsion, transformé en hémato-salpinx. Sur les 41 faits en question, il existait seulement 6 pyosalpinx; ces suppurations étaient vraisemblablement secondaires, car il semble bien qu'une salpingite purulente franche et chaude ne puisse guère se tordre.

Le mécanisme de la torsion dépend d'un certain nombre de causes mécaniques, tant intrinsèques qu'extrinsèques. Parmi les premières, celles qui proviennent de la tumeur, la localisation tubaire externe ou périphérique de l'hydro-salpinx est une condition *sine qua non;* l'accroissement de la tumeur, dès le début de la torsion, influe sur celle-ci, et l'on peut dire que, si la tumeur s'accroît d'autant plus qu'elle se tord, la réciproque n'est pas moins vraie. Les causes extrinsèques, tirant leur origine des organes voisins, résident essentiellement dans la pression et la contraction intestinales, ainsi que dans la déclivité très grande du détroit supérieur, qui ne peut être que favorable à la torsion, surtout s'il survient un déplacement des organes par le fait d'un mouvement violent ou par suite du relâchement de la sangle abdominale.

Le diagnostic d'hydro-salpinx tordu est, en général, difficile; sur les 41 observations colligées par M. Cathelin, il n'a pas été fait une seule fois; dans 5 cas, on avait reconnu la torsion, mais en pensant à un kyste de l'ovaire; 17 fois on avait cru à une simple salpingite, 7 fois à un kyste de l'ovaire, 2 fois à une appendicite, etc.

L'intervention s'impose toujours, et doit consister dans la laparotomie médiane sous-ombilicale; en règle générale, étant donnée la fréquence des lésions symétriques d'hydro-salpinx, on se trouvera bien d'une castration bilatérale, en laissant seulement un fragment d'ovaire. (*Rev. de chir.*, février et mars 1901.) — M. C.

Affections cornéennes et iriennes d'origine palustre, par M. A. Leprince.

Le paludisme est susceptible de produire, du côté de l'appareil visuel, des altérations de deux sortes : les unes intéressant seulement le fond de l'œil (hémorrhagies rétiniennes, chorio-rétinites, infiltration blanche du vitré, amauroses et amblyopies transitoires, etc.), les autres localisées aux plans superficiels, notamment à l'iris et à la cornée. Les premières sont relativement fréquentes et assez bien connues; les secondes, au contraire, constituent des raretés, exception faite pour la kératite parenchymateuse diffuse; il n'existerait, en particulier, que deux cas de kératite ulcéreuse dendritique d'origine palustre; M. Leprince en relate une nouvelle observation.

Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, ayant un leucome de l'œil gauche consécutif à une kératite de l'enfance, de nature indéterminée. Cette malade avait eu, cinq ou six ans auparavant, des accès de fièvre avec crises hépatiques, lorsque, huit jours après un accouchement, survint un violent accès fébrile, bientôt suivi d'une légère conjonctivite qui fut traitée par des collyres au sulfate de zinc. Les paroxysmes paludéens continuèrent les jours suivants; momentanément supprimés par un changement de résidence, ils reparurent dès que la patiente revint à son domicile habituel. En même temps, l'état des yeux s'aggravait malgré des applications de sangsues et des instillations de cocaïne et d'atropine.

Quand l'auteur vit cette femme, deux mois environ après le début des accidents, il constata, à gauche, une double ulcération cornéenne, et, à droite, deux leucomes récents, en tout semblables à la taie ancienne de l'œil droit, ce qui permet de supposer que l'affection oculaire survenue pendant l'enfance était de même nature que les troubles actuels.

Sous l'influence de la quinine et de la médication arsenicale, associées à un traitement local (pommade iodoformée, instillations d'atro-

pine, plus tard application de tampons chauds), les ulcérations ne tardèrent pas à se cicatriser et les troubles fonctionnels (photophobie, douleurs, larmoiement) à disparaître; l'électrisation ayant alors été employée, les leucomes de l'œil droit s'effacèrent peu à peu, au point que la vision redevint suffisante pour permettre le travail et la lecture sans fatigue.

Un mois plus tard, une rechute survint à l'occasion d'un nouvel accès de fièvre, mais l'administration de quinine amena rapidement la guérison locale et générale. Depuis lors, la kératite ni les accès palustres ne sont plus revenus.

L'apparition des accidents cornéens à chaque retour offensif de la fièvre, ainsi que les effets du traitement spécifique, ne sauraient laisser aucun doute sur la nature de cette kératite. (*Ann. d'oculist.*, mai 1901.) — F. F.

A propos des pleurésies séro-fibrineuses dites d'origine traumatique, par MM. F. Barjon et Ch. Lesieur.

Si l'on sait que les traumatismes violents du thorax, surtout quand ils s'accompagnent de plaie, de fracture de côte ou d'hémorrhagie interne, sont fréquemment la cause de pleurésies purulentes ou hémorrhagiques, on connaît moins le rôle de la simple contusion thoracique dans la production des épanchements séro-fibrineux. Le nombre des cas appartenant à cette dernière catégorie est encore restreint, et leur pathogénie n'est pas aussi simple qu'elle paraît au premier abord : rappelons qu'il y a cinq ans M. Chauffard publiait dans ce journal même une leçon clinique où il relatait 3 cas de pleurésie séreuse traumatique, dont 2 furent trouvés de nature tuberculeuse (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 81). Ce sont 2 faits de même ordre qui font l'objet du présent travail.

Le premier concerne un homme de trente-trois ans, de bonne santé habituelle, mais ayant eu, trois années auparavant, une crise d'albuminurie sans cause apparente : peut-être s'agissait-il d'*albuminurie prétuberculeuse;* douze jours après une chute, il éprouva des frissonnements et de la dyspnée, et bientôt il dut consulter un médecin qui reconnut un épanchement de la plèvre gauche et retira par thoracentèse 1,800 grammes d'un liquide citrin; il entra à l'hôpital au cinquième jour de sa pleurésie, présentant du côté gauche tous les signes d'un volumineux épanchement, avec vive dyspnée, voussure, matité absolue, déviation du cœur, etc.; l'état général était assez profondément altéré, et la fièvre se maintint longtemps élevée. Deux ponctions furent nécessaires pour amener une guérison relative, et quand le patient, au bout de deux mois environ, fut envoyé dans un asile de convalescence, il existait chez lui des signes non douteux de tuberculose du sommet gauche. Au reste, les cobayes inoculés avec du liquide pleural ou des crachats moururent tuberculeux.

Le second a trait à un homme de cinquante-trois ans, n'offrant aucun signe de tuberculose mais ayant des habitudes d'intempérance; le début de la pleurésie fut ici extrêmement insidieux, car ce n'est que trois mois et demi après un traumatisme du thorax — lequel n'avait eu jusqu'alors comme conséquence qu'une douleur locale persistante, sans troubles généraux — que ce malade fut obligé de recourir à l'homme de l'art. L'épanchement, contrairement au cas précédent, était peu considérable et une seule thoracentèse suffit à le tarir; l'état général était bon, et la fièvre ne s'éleva jamais au-dessus de 38°5. Néanmoins, l'auscultation du sommet gauche révélait l'ensemble de symptômes constituant le second schéma de Grancher, et l'inoculation de la sérosité extraite par ponction en démontra la nature tuberculeuse. Trois mois plus tard, cet homme revenait à l'hôpital avec des signes cavitaires du lobe supérieur du poumon gauche et des symptômes d'infiltration du sommet droit; l'autopsie confirmait peu après le diagnostic clinique.

Voilà donc deux nouveaux faits où un traumatisme a été l'occasion d'un épanchement séro-fibrineux, bientôt suivi de l'apparition de lésions phymiques. Il semble donc que, tout comme la pleurésie *a frigore*, la pleurésie traumatique doive faire songer à une tuberculose latente jusqu'alors. (*Lyon méd.*, 5 mai 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Beiträge zur Beurteilung der Bedeutung der vaginalen und sacralen Totalexstirpation des Uterus für die Radicalheilung des Gebärmutterkrebses. In-8°, 112 p. Vienne, 1901. — **Valeur de l'extirpation par voie vaginale et par voie sacrée dans la cure radicale du cancer utérin,** par MM. H. von Erlach et H. von Wörz.

Le présent travail se compose de deux parties distinctes, dont la première, ayant trait aux opérations par voie vaginale, est due à M. von Wörz, tandis que la seconde, traitant des interventions par la voie sacrée, est l'œuvre de M. von Erlach. Il est basé sur 165 cas d'extirpation de l'utérus, pratiquée tant en ville qu'à l'hôpital.

Comme limites à l'intervention, les auteurs admettent qu'il faut s'abstenir de la cure radicale toutes les fois que la matrice est immobilisée, puis quand les deux ligaments larges présentent une infiltration cancéreuse et enfin lorsque l'un des ligaments est infiltré jusqu'à la paroi du bassin.

En ce qui concerne l'opération vaginale, elle fut pratiquée 131 fois; en outre, chez 7 autres malades, on fit l'amputation du col. La mortalité de l'extirpation vaginale fut de 7.63 %. Des renseignements ultérieurs purent être obtenus pour 115 opérées : 62 étaient sans récidive depuis au moins un an, 49 présentaient une récidive ou avaient déjà succombé, 4 enfin étaient mortes d'affections indépendantes de leur cancer.

Quant à la durée de la guérison, chez les 62 patientes de la première catégorie, elle variait de un à dix ans; chez 31, elle remontait à plus de trois ans. Les quatre cinquièmes environ des récidives étaient survenues au cours de la première année, une seule ne s'était faite qu'après trois ans et demi.

Au point de vue de la fréquence des récidives selon la localisation du néoplasme, 43.7 % des malades opérées pour un cancer de la portion vaginale ont rechuté; la proportion des récidives s'est élevée à 50 % pour le cancer du col, tandis qu'elle ne fut que de 18.2 % pour le cancer du corps utérin. La coïncidence du cancer avec une grossesse fut observée chez 14 femmes qui furent soumises à la cure radicale, sans aucune guérison définitive.

M. von Wörz conclut de ces chiffres que l'opération vaginale est actuellement le traitement de choix, lorsque la limitation du néoplasme permet d'opérer dans du tissu sain et où il n'existe pas de complications susceptibles d'aggraver notablement le pronostic. Quand le vagin est envahi, la méthode sacrée entre en concurrence avec l'opération vaginale. L'extirpation totale par la voie abdominale est enfin indiquée lorsque la matrice est fixée par un processus pathologique indépendant du néoplasme, ainsi que dans le cas où des fibromyomes volumineux coexistent avec le cancer; on profitera alors de la laparotomie pour pratiquer l'extirpation des ganglions lymphatiques du voisinage. La voie abdominale doit également être choisie lorsqu'une grossesse coïncide avec le cancer.

L'opération sacrée fut pratiquée 27 fois, chez des femmes où la méthode vaginale paraissait présenter de trop grandes difficultés, surtout à cause de la propagation du cancer au vagin et au ligament large. Au point de vue de la technique, M. von Erlach continue l'incision sacrée jusqu'au vagin, afin de rendre l'accès aussi large que possible; il évite ainsi la résection du coccyx. Comme traitement post-opératoire, il tamponne la plaie pendant les deux ou trois premiers jours pour ne pratiquer que secondairement les sutures profondes et superficielles. Les lésions involontaires, telles que la ligature de l'uretère, peuvent être évitées plus facilement par la voie sacrée que par la voie vaginale.

En ce qui concerne les résultats immédiats, 5 malades sur 27 succombèrent aux suites opératoires. Des 22 autres, 17 purent être suivies pendant plusieurs années : 10 d'entre elles furent emportées par une récidive, tandis que les 7 dernières, observées depuis au moins vingt et un mois, sont restées en bonne santé. La proportion des guérisons radicales atteint donc 26 %. Ce résultat est d'autant plus satisfaisant qu'il s'agissait de lésions avancées et qu'en outre, dans aucun cas, le cancer n'était localisé au corps de la matrice.

Pour ce qui est des indications générales, l'auteur s'abstient de l'opération par la voie sacrée chez les malades présentant une complication quelconque en dehors de leur cancer, telle qu'albuminurie ou diabète, cette intervention étant sensiblement plus grave que l'extirpation vaginale. Il la croit indiquée, par contre, chez les femmes encore vigoureuses, alors que le cancer se trouve à la limite de l'opérabilité par la voie vaginale, surtout quand le vagin est étroit, ainsi que dans les cas de fixation de la matrice par des cicatrices inflammatoires anciennes.

Ces résultats nous paraissent présenter un certain intérêt, car nombre de chirurgiens, au cours de ces dernières années, ont fait montre d'un pessimisme croissant relativement aux résultats éloignés de la cure radicale du cancer utérin. — F. de Q.

Sur un moyen auxiliaire de diagnostic de la fièvre typhoïde au début, par M. F. Schmidt.

Si l'on connaît la fréquence des complications laryngées au cours de la fièvre typhoïde, on ne s'est occupé jusqu'ici que des lésions qui, se produisant au déclin de cette affection, sont dues, ainsi que l'ont montré des recherches récentes, à l'action directe du bacille d'Eberth et dont l'ensemble est désigné sous le nom de *laryngo-typhus*.

Il existe, cependant, des altérations analogues survenant tout à fait au début de la dothiénentérie dont elles constituent même, parfois, le seul symptôme initial. Ces complications n'ont encore été signalées que par un très petit nombre d'auteurs; elles méritent, toutefois, la plus grande attention, non seulement en tant que moyen de diagnostic précoce de la fièvre typhoïde, mais encore parce qu'elles représentent très probablement le point de départ des lésions beaucoup plus graves du laryngo-typhus. M. Schmidt a eu l'occasion d'en observer deux exemples dans le service de M. le professeur L. von Schrötter (de Vienne).

Le premier malade présentait les symptômes d'une affection fébrile mal définie, mais qui rappelait plutôt la variole que la fièvre typhoïde; comme il se plaignait en même temps de mal de gorge et de dysphagie, M. von Schrötter examina son larynx et y constata des modifications tellement caractéristiques que, se basant sur ses observations antérieures, il posa sans hésitation le diagnostic de fièvre typhoïde; l'évolution ultérieure de la maladie montra que ce diagnostic était exact. Chez le deuxième sujet, les manifestations de la dothiénentérie étaient beaucoup plus nettes; quoique le patient n'accusât aucun trouble du côté de la gorge ni du larynx, on examina cet organe et on y trouva, à peu de chose près, les mêmes altérations que dans le cas précédent.

Ces lésions étaient, chez les deux malades, limitées exclusivement à l'épiglotte. Celle-ci présentait une rougeur diffuse, uniforme chez le premier patient, plus prononcée au niveau de son bord libre chez le deuxième. Chez l'un comme chez l'autre, le bord libre était couvert d'un dépôt blanc, à limites irrégulières, festonnées et qui pouvait être considéré comme résultant d'un processus de desquamation et de nécrose des couches superficielles. Sur les autres parties du larynx, on ne constatait que les signes d'un catarrhe très léger. Dans le premier cas, les modifications en question disparurent complètement en quinze jours; dans le deuxième, elles cédèrent beaucoup plus lentement, car, au bout de cinq semaines, l'épiglotte offrait encore un état d'hyperémie assez prononcé, sans que toutefois le malade en éprouvât le moindre trouble.

Il faut ajouter que, dans ces deux faits, la fièvre typhoïde évolua d'une façon tout à fait normale et ne présenta jamais un caractère quelconque de gravité.

Il y a donc une utilité incontestable à examiner le larynx dans toutes les affections fébriles de nature douteuse, à plus forte raison dans la fièvre typhoïde, même bénigne; en effet, il résulte des deux observations relatées par M. Schmidt que les altérations laryngées ne se produisent pas exclusivement dans les formes graves de cette maladie. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, avril 1901.) — S. J.

Recherches comparatives sur la pression osmotique du sang maternel et du sang fœtal, par MM. Krönig et Füth.

Tout le monde connaît le principe de physique en vertu duquel deux solutions de concentration différente, séparées par une membrane perméable, ne tardent pas à se mettre à un égal degré de concentration; la force à laquelle obéissent les deux liquides a reçu le nom de pression osmotique. A travers le placenta se passent sans doute des phénomènes analogues; toutefois, il était généralement admis, depuis Veit, que la pression osmotique est plus considérable dans le sang maternel que dans le sang fœtal.

Opérant avec le plus grand soin, et ayant calculé à l'avance les erreurs moyennes qui pouvaient provenir des instruments, de la méthode employée, et des modifications du sang *in vitro*, MM. Krönig et Füth ont repris les recherches de Veit, basées sur ce fait que deux solutions de même pression osmotique se congèlent à la même température. En prenant, d'une part, le sang maternel recueilli avec le délivre ou au moment d'une saignée, et, d'autre part, le sang fœtal fourni par le cordon, les auteurs ont comparé le point de congélation des deux échantillons. Ils l'ont trouvé sensiblement égal dans une série de 20 expériences.

Ils en concluent que les pressions osmotiques maternelle et fœtale, au moment de l'accouchement, se font équilibre; il faut ajouter qu'ils ont trouvé, comme valeur moyenne du point de congélation, — 0°52, et non — 0°57, comme l'a soutenu Veit. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janvier et février 1901.) — R. DE B.

Sur certaines tumeurs des voies urinaires, par M. O. Busse.

Les deux observations de tumeurs villeuses des voies urinaires relatées dans le présent travail montrent bien la gravité que peut comporter le pronostic de ces néoplasmes, malgré leur réputation de bénignité.

Dans le premier fait, il s'agit d'un homme de soixante et un ans qui, depuis vingt ans, souffrait d'hématuries intermittentes — sans que, toutefois, son état général en fût atteint d'une façon appréciable —, lorsque apparut une tumeur qui rapidement s'étendit à tout l'espace costo iliaque droit. Une intervention ayant été rendue nécessaire par les progrès du mal, on se trouva en présence d'une vaste hydronéphrose du rein droit; à l'ouverture de la pièce, on vit que la surface intérieure du kyste était non pas lisse, ainsi que c'est le cas habituel, mais recouverte d'une infinité de petites villosités d'une coloration gris rosé, dont chacune, à l'examen microscopique, se montra composée d'une papille conjonctive possédant une ou plusieurs anses vasculaires axiles et revêtue d'un épithélium stratifié. Le malade étant mort un mois après, des suites d'un abcès pulmonaire avec hémoptysie, l'autopsie permit de reconnaître que la muqueuse de l'uretère droit (lequel était dilaté et flexueux, et avait une paroi épaisse de 4 à 5 millimètres) présentait, d'autant plus nombreuses qu'on se rapprochait davantage de son extrémité vésicale, des villosités identiques à celles qui tapissaient la poche rénale. Au niveau de l'abouchement de l'uretère dans la vessie, ces masses formaient un tampon oblitérant totalement l'orifice. Il existait également des villosités sur la moitié droite de la muqueuse vésicale, mais la moitié gauche, le bas-fond et la face antérieure de la vessie en étaient absolument dépourvus et offraient une muqueuse saine; à gauche, l'uretère était normal.

La seconde observation concerne un homme qui, à l'âge de quarante-trois ans, fut pris brusquement d'une hématurie considérable avec douleurs violentes dans le flanc gauche. Après sept années de recrudescences et de rémissions alternatives, ce malade eut une crise hématurique particulièrement abondante et prolongée, à la suite de laquelle on crut devoir pratiquer une néphrectomie du rein gauche. La pièce ainsi recueillie était constituée par une vaste poche tapissée intérieurement de villosités, renfermant de l'urine fermentée et surmontée d'un volumineux abcès pourvu de sa membrane pyogénique, ainsi que de la capsule surrénale correspondante. Le malade ayant succombé dans le marasme quatre mois après l'opération, on constata, à l'autopsie, l'existence de saillies villeuses et de replis muqueux dans toute l'étendue de l'uretère droit. Ces éléments s'étendaient jusque dans la vessie, où ils recouvraient un épithélioma dont cet organe était le siège; ils faisaient défaut, par contre, dans l'uretère du côté droit.

Dans ces deux cas, les villosités étaient tellement abondantes que l'on est en droit de parler non d'une simple tumeur, mais d'une véritable dégénérescence villeuse systématisée de la muqueuse des voies urinaires. Reste à savoir si cette dégénérescence avait précédé l'hydronéphrose qui existait chez les deux sujets, ou si, inversement, elle lui était consécutive. Stœrk, dans un fait analogue, a adopté la dernière hypothèse. Mais tenant compte, d'une part, de l'absence de calculs et de tout indice de pyélite ou de lithiase rénale, anciennes ou récentes, et, d'autre part, du rôle vraisemblablement joué par les masses uretéro-vésicales en tant qu'obstacle mécanique à l'écoulement de l'urine, M. Busse est enclin à attribuer plutôt à la dégénérescence villeuse une action prépondérante dans la pathogénie des accidents. Quant à la cause initiale de cette dégénérescence, parler d'une prédisposition morbide, c'est constater un fait, mais non en donner l'explication; le rapprochement de ces lésions avec le *fibroma molluscum* mérite cependant d'être signalé, car, là aussi, il s'agit d'une dégénérescence néoplasique systématisée. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 1.) — F. M.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des exsudats pelviens chroniques par des bains d'air chaud.

Les excellents résultats que M. le docteur A. Bier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Greifswald, obtient dans le traitement des arthropathies rhumatismales chroniques par l'emploi de l'air chaud, ont engagé M. le docteur O. Polano, assistant de la clinique obstétricale et gynécologique de la même Faculté, à appliquer ce moyen thérapeutique aux exsudats chroniques de la cavité pelvienne. Les essais institués par notre confrère furent couronnés de succès : c'est ainsi que, dans un cas, vingt bains d'air chaud suffirent pour amener la disparition complète d'un exsudat de consistance pierreuse, qui s'étendait jusqu'à l'ombilic; chez une autre malade, une infiltration post-laparotomique de la paroi abdominale se résorba après quatorze applications d'air chaud. D'après l'expérience de M. Polano, ce procédé de traitement peut être utilisé concurremment avec l'incision d'un foyer purulent, afin d'activer la résorption des collections non encore vidées; toutefois, lorsqu'on a ainsi recours à l'air chaud dans les cas de plaie ouverte, il faut avoir soin d'assécher celle-ci aussi complètement que possible au moyen de la poudre d'iodoforme.

Le premier jour, on fait une séance de vingt minutes seulement et on ne dépasse pas la température de 120°; puis on augmente graduellement la durée de chaque application ainsi que le degré thermique de l'air employé, de façon à faire supporter aux malades, au bout d'une huitaine de jours, des bains d'air de 135° à 150° pendant trois quarts d'heure.

Dès les premières séances, les douleurs s'atténueraient d'une façon remarquable, et les patientes ne tarderaient pas à pouvoir se livrer à des mouvements assez étendus sans éprouver la moindre sensation douloureuse.

Ajoutons que notre confrère a aussi employé avec succès le procédé en question pour combattre un œdème très marqué de la vulve chez une femme enceinte; il en a obtenu des résultats également favorables dans un cas d'actinomycose de la paroi abdominale.

La réfrigération dans le traitement de la coxalgie.

Se basant sur les bons effets que produisent la balnéothérapie froide et les applications de glace dans les divers états inflammatoires, un médecin américain, M. le docteur E. H. Coover (d'Harrisburg), s'est demandé s'il ne conviendrait pas de recourir à la réfrigération pour combattre les phlegmasies de la hanche et, en particulier, la coxalgie au début. Les essais que notre confrère a eu l'occasion d'instituer dans 3 cas sont venus pleinement justifier cette manière de voir. Chez deux malades, le traitement local consista uniquement dans l'application continue d'une ou plusieurs vessies de glace sur la région de la hanche; chez le troisième on pratiqua, en outre, l'extension du membre inférieur. La réfrigération a paru exercer une influence des plus favorables non seulement sur les phénomènes de phlegmasie (empâtement, suppuration, douleurs, adénopathies, raideurs articulaires), mais aussi sur l'état général : dès les premiers jours, la fièvre diminuait d'intensité, le pouls devenait moins fréquent, le sommeil plus calme, et les sueurs nocturnes s'atténuaient pour disparaître tout à fait dans l'espace d'une semaine.

Afin d'éviter une irritation intense des téguments de la cuisse par suite de l'emploi prolongé de la glace, M. Coover recommande d'interposer entre celle-ci et la peau plusieurs couches de flanelle ou, plus simplement, un certain nombre de journaux. Dans le même but, il est bon, dès qu'on a obtenu une amélioration suffisante, de ne continuer la réfrigération que pendant la journée ou même durant quelques heures seulement chaque jour, de préférence dans la matinée.

Un procédé commode d'incision de la vessie chez la femme en vue du drainage.

Dans les cas de cystite intense avec lésions avancées et très étendues de la muqueuse vésicale, la première indication thérapeutique consiste à assurer, pendant quelques semaines, le drainage du réservoir urinaire. A cet effet, après avoir écarté à l'aide d'une valve la paroi postérieure du vagin et avoir fixé le col de l'utérus, on ouvre la vessie en disséquant la cloison vésico-vaginale, très vascularisée du côté du vagin et épaissie du côté de la vessie. Sans compter que ce procédé ne permet guère de déterminer exactement la situation du col vésical, il offre, en outre, l'inconvénient d'être assez lent et pénible : le chirurgien se trouve gêné par les plis multiples de la muqueuse vaginale, ainsi que par l'hémorrhagie rebelle à laquelle donne lieu l'extrême vascularisation des tissus, et, d'autre part, il risque de faire une incision « en entonnoir », trop étroite du côté de la vessie et, partant, peu apte à assurer un drainage parfait de la cavité vésicale. Pour remédier à cet état de choses, un gynécologiste américain, M. le docteur H. A. Kelly (de Baltimore) a cherché à modifier la technique de la petite opération dont il s'agit; voici en quoi consiste le procédé qu'il a adopté :

Après avoir vidé la vessie, on met la patiente dans la position genu-pectorale et on introduit dans le réservoir urinaire une sonde destinée à permettre à l'air de pénétrer dans la vessie et de la distendre au maximum. Cela fait, un aide soulève la paroi postérieure du vagin de façon à mettre bien à découvert, et sur la plus grande étendue possible, la paroi vaginale antérieure (dont les plis se trouvent effacés en raison de la distension des parois vésicales) et le col de l'utérus. Le chirurgien saisit alors un bistouri coudé et l'enfonce dans la cloison vésico-vaginale, sur la ligne médiane et à la distance d'environ 1 centim. 1/2 du col de la matrice. En poussant l'instrument vers l'urèthre, on ouvre la vessie sur l'étendue voulue. Il est, d'ailleurs, facile d'introduire le doigt dans la plaie et, après avoir reconnu l'orifice interne de l'urèthre, de conduire le bistouri très exactement dans la direction du col de la vessie.

Grâce à l'attitude de la malade, l'hémorrhagie se trouve réduite au minimum: afin d'éviter l'occlusion prématurée de la plaie, on peut — la patiente gardant toujours la position genu-pectorale — attirer la muqueuse vésicale à travers l'incision et la suturer à la muqueuse vaginale.

L'opération peut être effectuée sans anesthésie ou bien après injection d'une solution faible de chlorhydrate de cocaïne dans la cloison vésico-vaginale.

Il va sans dire que le procédé en question convient également pour le drainage après les interventions sur l'urèthre, et qu'il est aussi utilisable lorsqu'il s'agit d'extraire un calcul vésical. Dans ce dernier cas, le calcul une fois enlevé, on pourra facilement procéder à la réunion des lèvres de l'incision pendant que la malade est encore dans la position genu-pectorale.

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Onzième session tenue à Limoges du 1er au 7 août 1901.

Du délire aigu.

M. Carrier (de Lyon), *rapporteur.* — L'application des doctrines de Pasteur à la pathologie humaine a jeté un jour nouveau sur l'étude du délire aigu. Si l'on rapproche, en effet, ce que l'on sait aujourd'hui des maladies infectieuses ou toxiques, aussi bien que de l'état mental qui les accompagne, d'avec le tableau clinique du délire aigu, on est frappé de la similitude qui existe entre ces affections et on est amené à considérer le délire aigu comme l'expression clinique d'un syndrome d'origine toxi-infectieuse. Quelques travaux récents d'anatomie pathologique et de bactériologie sont venus, du reste, corroborer cette opinion.

En 1898, M. Cristiani a publié un mémoire tendant à démontrer que le délire aigu est une maladie générale du système nerveux, caractérisée par un processus de dégénérescence portant à la fois sur les cellules et sur les fibres des centres nerveux et respectant les vaisseaux et la névroglie.

Les altérations cellulaires consistent, au début, en une chromatolyse qui frappe la périphérie, la zone marginale de la cellule. A une phase plus avancée, le processus chromatolytique, de partiel et marginal qu'il était, devient diffus et se généralise. Le noyau est fréquemment peu coloré, indistinct et orienté vers la périphérie; parfois même il fait hernie. Le nucléole est tantôt normal, tantôt décoloré; souvent le noyau tuméfié, peu coloré, contient un nucléole pâle et difficile à voir. Les fibres nerveuses sont également le siège d'une dégénérescence primitive, aussi bien dans le cerveau et le cervelet que dans la moelle.

Un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels MM. Pierret, Alzheimer, Hoch, Ballet, Faure, Cappelletti, Crisafulli, etc., ont donné, des altérations cellulaires qui se rencontrent dans le délire aigu, des descriptions se rapprochant par beaucoup de points de celle de M. Cristiani et tendant toutes à confirmer l'origine infectieuse et toxique de cette psychose. Les recherches anatomiques et expérimentales de M. Marinesco ont, en effet, établi que les toxines en circulation altèrent d'abord les prolongements et la périphérie des cellules.

M. Cristiani a étudié ensuite la corrélation qui existe entre les lésions anatomo-histologiques et les symptômes cliniques observés. Son travail nous démontre la rapidité, la diffusion et la gravité des lésions nerveuses. Suivant son expression, c'est un véritable ouragan dans toutes les sphères de la vie mentale et physique auquel correspond une symptomatologie caractéristique.

Les deux phases cliniques du délire aigu, excitation d'abord, puis dépression, doivent logiquement se rapporter aux diverses étapes des altérations anatomiques et fonctionnelles des éléments nerveux.

Au début, quand on voit la chromatolyse initiale frapper les prolongements et la périphérie des cellules, la gaine myélinique des fibres, l'élément nerveux doit se trouver stimulé fonctionnellement par les toxines et par le travail morbide qu'elles développent. A la stimulation succède naturellement la réaction, c'est-à-dire les délires actifs, l'agitation motrice, les spasmes. A une phase plus avancée, alors que la cellule nerveuse est en voie de destruction complète, apparaissent la somnolence, le coma, les parésies, les paralysies, etc.

Ajoutons que, comme dans toute intoxication (alcool, éther, chloroforme), les éléments nerveux sont atteints progressivement, suivant leur degré de vulnérabilité : les cellules de la corticalité tout d'abord, auxquelles leur évolution plus avancée crée un état de susceptibilité particulier à l'égard des poisons, puis les cellules de la moelle, et enfin les cellules des centres bulbaires présidant à la vie végétative.

Mais il ne suffit pas d'arriver par des preuves indirectes à la conception du délire aigu infectieux; il faut découvrir l'agent microbien qui est la cause du mal ou dont les toxines produisent les symptômes et les lésions énumérés plus haut.

En 1893, MM. Bianchi et Piccinino ont trouvé quatre jours avant la mort, dans le sang d'un malade atteint de délire aigu, un bacille tantôt court, tantôt disposé en longs filaments, qu'ils ont différencié, par son étude biologique et expérimentale, des bacilles avec lesquels il a des rapports morphologiques, tels que celui du charbon et le *bacillus subtilis.* La présence, dans les méninges de chiens inoculés avec une culture du bacille isolé du sang des malades, de ce même microorganisme, ainsi que la reproduction expérimentale, par inoculation de ce microbe aux animaux, des symptômes caractéristiques du délire aigu, permettent d'admettre un rapport de cause à effet entre le bacille de Bianchi et Piccinino et le syndrome « délire aigu ».

Toutefois, en 1894, les mêmes auteurs ont rapporté 7 observations dans lesquelles les microorganismes trouvés dans le sang furent 4 fois le streptocoque pyogène, 2 fois le streptocoque doré et une fois seulement le bacille décrit par eux; ils en concluent qu'à côté du *delirio acuto bacillare,* remarquable par la rapidité de son évolution et son issue toujours mortelle, il existe d'autres variétés de délire aigu qui se développent sous l'influence d'agents pathogènes différents.

Les faits avancés par MM. Bianchi et Piccinino suscitèrent un grand nombre de travaux. En 1897, M. Ceni publia plusieurs cas de délire aigu où l'examen du sang ne lui permit pas de mettre en évidence le bacille décrit par les expérimentateurs en question, mais où il obtint constamment le développement du staphylocoque blanc en culture pure et virulente pour les cobayes et les chiens.

Les mêmes microorganismes furent observés par M. Kotzovsky dans le cerveau de deux malades atteints de délire aigu. Ces résultats furent confirmés par M. Cappelletti qui ne trouva le bacille de Bianchi et Piccinino ni dans le sang vivant, ni dans les différents organes après la mort : dans un cas, il constata la présence du staphylocoque pyogène et dans l'autre celle du *bacterium coli;* il croit que ces microbes pénètrent dans l'économie à la période agonique et, pour cette raison, il leur refuse toute action pathogène.

Les résultats de ces recherches bactériologiques ne nous semblent pas aussi contradictoires qu'on pourrait le supposer tout d'abord; ils prouvent seulement, à notre avis, que le délire aigu peut être provoqué par divers agents microbiens.

C'est donc bien, en réalité, à une toxi-infection qu'est due cette psychose.

Elle est d'ordre infectieux, puisqu'elle s'accompagne de confusion mentale, de fièvre, de troubles digestifs, d'arrêt des sécrétions, de phénomènes typhoïdiques, etc., et parce qu'à l'autopsie des sujets qui y succombent, on rencontre les lésions habituelles des maladies infectieuses, en particulier la dégénérescence graisseuse des différents organes. Les divers microbes que l'on a constatés dans le sang ne font que confirmer cette assertion.

Mais ce n'est pas qu'une maladie infectieuse, c'est encore une maladie toxique comme l'indiquent l'excitation réflexe, les soubresauts musculaires, les névrites, la tachycardie, la stupeur, le coma qui sont au nombre de ses symptômes. L'anatomie pathologique corrobore cette manière de voir, en nous montrant des altérations des cellules nerveuses et des nerfs, ayant tous les caractères des lésions d'ordre toxique.

Reste à savoir quelle relation on peut établir entre ces deux causes pathogéniques.

Est-ce l'intoxication qui commence et l'infection n'est-elle que surajoutée, ou bien est-ce l'infection qui est la première en cause et détermine-t-elle secondairement les phénomènes toxiques ?

Si nous nous en rapportons aux règles habituelles, nous devons considérer l'intoxication comme fonction de l'infection.

Cette infection peut être provoquée par des microbes étrangers à l'organisme, ainsi que dans le délire aigu bacillaire de Bianchi et Piccinino. Mais les travaux de MM. Ceni, Cappelletti, Kotzovsky, ceux de MM. Bianchi et Piccinino eux-mêmes, nous ont appris qu'elle peut être aussi le résultat de la pénétration dans le sang de microorganismes qui sont les hôtes habituels de l'intestin.

D'aucuns prétendent que toute maladie infectieuse peut donner naissance au délire aigu. Cette affirmation nous paraît encore contestable. Les faits cités par M. Audemard sous le nom de cérébro-typhus seraient, d'après lui, des délires aigus typhoïdiques. Il nous semble permis d'objecter que le délire aigu n'est pas la forme que prennent habituellement les troubles mentaux dans la dothiénentérie. On peut en dire autant de l'influenza; nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale que deux cas de délire aigu provoqués par l'influenza. Ce sont ceux de M. Camia, et encore ne sont-ils présentés par cet auteur que comme des psychoses consécutives à la grippe.

On peut douter, en ce qui concerne les états typhoïdes aussi bien que l'influenza, que des psychoses à forme de délire aigu survenues un temps plus ou moins long après ces affections puissent en être considérées comme une conséquence directe. M. Fürstner ne croit pas, du reste, à l'existence dans la grippe d'une toxine spéciale et il ne sépare pas les délires qu'on peut observer dans le cours de cette maladie d'avec les délires fébriles ordinaires. Il fait remarquer que, si l'on avait affaire à une toxine, on rencontrerait plus fréquemment des cas graves de démence aigue. Dans aucun des faits qui ont été rapportés, le délire aigu n'a coïncidé avec l'évolution de la maladie elle-même. Enfin, les délires, au cours des maladies infectieuses, sont généralement des accidents légers, curables et très fréquents; le délire aigu, au contraire, est une affection relativement rare et qui se termine le plus ordinairement par la mort.

Comment donc expliquer le mécanisme de l'infection et de l'intoxication qui produisent le délire aigu? A notre avis, les causes effectives et déterminantes de ce syndrome, au nombre desquelles nous comprenons les maladies infectieuses antérieures, le surmenage, les excès, etc., etc., aussi bien que la prédisposition névropathique, déterminent dans l'organisme un état de réceptivité pathologique particulier, en agissant surtout sur les glandes à sécrétion interne qui ont pour mission d'opposer une barrière aux agents infectieux. Si, du fait de cette action, cette barrière n'existe plus ou devient insuffisante, l'organisme est envahi par des toxines qui jouent le principal rôle dans la genèse du syndrome que nous étudions.

D'autre part, en mettant obstacle à l'élimination des toxines, la diminution des sécrétions qui résulte de la fièvre et de l'infection, réalise des auto-intoxications secondaires qui viennent surajouter leurs effets à ceux des poisons d'origine microbienne.

Cette manière de voir permet d'expliquer la variabilité des microbes pouvant entrer en jeu, aussi bien que la production des auto-intoxications par insuffisance hépatique ou rénale qui ont une si grande importance au cours de la maladie et en font, du reste, l'extrême gravité.

Ce n'est là, il est vrai, qu'une hypothèse dont la confirmation ne sera possible que si de nouvelles recherches nous permettent d'établir sur des bases précises le mécanisme de l'infection dans le délire aigu. Quoi qu'il en soit, la conception de la nature toxi-infectieuse de cette psychose entraîne à elle seule, indépendamment de la connaissance de son mécanisme, des indications spéciales qui dominent toute sa thérapeutique. Puisqu'il y a infection, il faut s'opposer à l'évolution des microbes pathogènes, et puisqu'il y a intoxication, il faut favoriser l'élimination des toxines nocives.

M. Régis (de Bordeaux). — Ainsi que vient de le démontrer M. Carrier, la clinique, l'anatomie pathologique et la bactériologie sont d'accord pour établir que ce que l'on appelle en psychiatrie « délire aigu » est un état d'origine toxique. Mais, jusqu'ici, c'est surtout à la clinique que me paraît appartenir cette démonstration.

Les psychoses toxiques ont, en effet, une symptomatologie spéciale qu'il est impossible de méconnaître. Or, le délire aigu réalise précisément cette symptomatologie de la façon la plus complète; il me suffira d'en rappeler les principaux traits : céphalalgie, troubles des fonctions organiques, confusion mentale, délire onirique, amnésie, etc.

On peut donc dire, de par la clinique, que le délire aigu est une affection d'origine toxique.

Cela étant, il ne semble pas qu'il soit causé, comme l'ont soutenu MM. Bianchi et Piccinino, par une infection bacillaire spéciale, ni même qu'il constitue la manifestation psychopathique d'une intoxication ou d'une infection déterminée.

Cliniquement, en effet, il ne diffère pas, sauf par le degré d'intensité et d'acuité, des autres psychoses d'intoxication; anatomiquement, il offre les lésions de méningo-encéphalite, d'œdème cérébral, de dégénérescence des cellules nerveuses qui sont communes à la plupart des intoxications; bactériologiquement, enfin, on peut y trouver non seulement le bacille de Bianchi et Piccinino, mais encore d'autres espèces microbiennes, surtout le staphylocoque, le streptocoque, etc., ou même n'observer aucun microorganisme.

Le délire aigu nous apparaît donc à l'heure actuelle comme un délire d'origine toxique, susceptible de se manifester, en présence de conditions étiologiques favorables, dans la plupart, sinon dans toutes les intoxications et infections. Et, de fait, on peut l'observer à la fois dans les exo-intoxications, telles que l'alcoolisme, dans les auto-intoxications, comme la coprostase et l'urémie, dans les infections et les toxi-infections (fièvre typhoïde, grippe, etc.).

Il me semble, toutefois, qu'il y a lieu de réserver une mention spéciale au délire aigu qui, par le fait d'une auto-intoxication ou d'une infection intercurrentes, survient à titre de complication dans une vésanie préexistante.

L'intérêt du fait réside non dans la physionomie du trouble mental, qui n'a rien, à la vérité, de particulier dans ces cas, mais dans son influence tantôt aggravante, tantôt favorable sur la psychose chronique à laquelle il se surajoute.

En ce qui concerne le traitement du délire aigu, je suis d'avis qu'il faut s'abstenir autant que possible de recourir à l'internement des sujets qui en sont atteints; ceux-ci me semblent mieux à leur place dans les salles d'isolement qu'on réclame partout, en ce moment, pour les délirants, salles d'isolement qui, pour moi, devraient être annexées aux hôpitaux plutôt qu'aux asiles.

M. Briand (de Villejuif). — Si l'on ne considère comme appartenant au délire aigu que les cas cliniquement semblables au tableau qui vient d'être tracé par M. Carrier, il reste à établir que cette affection est une entité morbide; son origine toxi-infectieuse étant admise, il faut encore déterminer si elle est due à un microbe particulier ou si elle relève de plusieurs agents pathogènes. Découle-t-il des faits signalés par le rapporteur que le délire aigu doive être considéré, dans tous les cas, comme un simple syndrome toxi-infectieux et non comme une entité morbide? Evidemment non. Il ne viendra, en effet, à personne l'idée que la pneumonie ne soit une maladie nettement définie et, cependant, il est prouvé aujourd'hui que le pneumocoque n'est pas le seul microbe susceptible de la provoquer. On croyait, autrefois, que le staphylocoque doré pouvait seul causer l'ostéomyélite; on sait actuellement que d'autres bacilles et, en particulier, celui d'Eberth, peuvent donner lieu à la même affection.

Pneumonie, ostéomyélite, délire aigu ne sont que le mode de réaction de l'organe infecté. En face d'agents pathogènes divers, pourvu qu'ils ne soient pas trop différents, la cellule cérébrale réagit d'une façon identique. C'est ainsi que l'alcoolique, l'éthéromane et le buveur de pétrole offrent des manifestations délirantes presque semblables.

En matière de pathologie générale, le syndrome observé n'est, sans doute, pas absolument indépendant de la nature de la toxi-infection, mais on peut affirmer qu'il est surtout en rapport avec la localisation de la toxine dans tel ou tel organe.

C'est ce qui explique les analogies que l'on a pu établir entre le délire aigu, l'urémie, le délire fébrile, le délire alcoolique, la rage, etc.

M. Roubinowitch (de Paris). — J'ai observé un cas de délire aigu qui a débuté, contrairement à ce qui se voit d'habitude, par une phase de délire systématisé; on peut attribuer ce fait à la prédisposition névropathique très accusée du sujet qui, à l'âge de treize ans, avait déjà eu un accès vésanique.

M. Marchand (de Villejuif). — On ne trouve dans les observations de délire aigu aucun symptôme constant. L'agitation, la dépression, les hallucinations, l'hyperesthésie sensorielle, la fièvre sont dissemblables. L'évolution, la pathogénie, l'étiologie sont également différentes suivant les cas. D'autre part, les délires décrits dans les maladies toxi-infectieuses, dans la pneumonie, les fièvres éruptives, le rhumatisme articulaire aigu, la granulie, les septicémies, etc., ressemblent aux divers tableaux que l'on a tracés du délire aigu.

Si l'on considère maintenant les lésions que l'on rencontre dans le système nerveux des malades morts de délire aigu et celles qui existent dans ces mêmes organes à la suite de maladies infectieuses avec délire, on est encore frappé de la similitude des unes et des autres. A l'appui de ces considérations, voici des coupes provenant du système nerveux d'une malade morte de bronchopneumonie avec délire : il ressort d'une façon évidente de l'examen de ces préparations qu'aucun caractère ne permet de différencier les lésions du système nerveux à la suite d'un délire apparu au cours d'une maladie aiguë toxi-infectieuse, d'avec celles que réalise le délire aigu proprement dit.

M. Crocq (de Bruxelles). — Si le délire aigu est très variable au point de vue clinique, il ne l'est pas moins au point de vue anatomo-pathologique : à coté des lésions cellulaires des centres nerveux, de nature toxi-infectieuse, signalées par M. Carrier, il en est d'autres qui reconnaissent manifestement une origine inflammatoire, et ces dernières ne se traduisent pas cliniquement d'une façon différente des premières. Il ne faudrait donc pas, à mon avis, accorder une trop grande valeur aux lésions de chromatolyse décrites par M. Cristiani et quelques autres auteurs, car elles n'ont rien de spécial au délire aigu et se rencontrent dans la plupart des états infectieux.

M. Ballet (de Paris). — Pour pouvoir résoudre le problème anatomo-pathologique du délire aigu, il faut au préalable bien définir ce qu'on entend cliniquement par cette appellation dont la signification a été singulièrement étendue dans ces dernières années. Je crois qu'il faut absolument séparer du délire aigu vrai les psychoses infectieuses pouvant survenir dans le cours ou à la suite de la grippe, de la fièvre typhoïde, des états puerpéraux, etc. Il faut également en éliminer les faits que l'on désigne actuellement sous le nom de délire hallucinatoire, de confusion mentale, etc., etc. Ceci posé, je ne saurais accepter la manière de voir de M. Crocq, qui tend à repousser l'origine infectieuse du délire aigu en s'appuyant sur ce fait que les symptômes de cette affection s'observeraient aussi bien à la suite de simples lésions inflammatoires d'encéphalite aiguë que comme une conséquence de lésions dégénératives de la cellule cérébrale.

Il n'y a pas lieu d'opposer ces deux ordres de lésions, attendu que les unes et les autres peuvent être le résultat d'une toxi-infection. La manifestation anatomique d'une infection peut varier sans que sa nature change. Personne, du reste, n'a jamais soutenu que l'altération cellulaire du cortex fût l'expression anatomique du délire; ce qu'on prétend seulement, c'est que cette lésion est la signature d'une infection qui a porté son action sur le cerveau.

Quant à la valeur des altérations chromatolytiques de la cellule cérébrale, il est évident qu'on peut être atteint d'un délire même intense, mais passager, sans que pour cela il survienne une lésion chromatolytique; par contre, ce qui est non moins hors de toute contestation, c'est que de pareilles altérations ne peuvent pas se produire sans qu'il en résulte une perturbation profonde dans le fonctionnement de la cellule cérébrale.

M. Faure (de Paris). — J'ai examiné avec M. Ballet le cerveau d'au moins 200 malades atteints, je ne dirai pas de délire aigu, mais de psychoses infectieuses de cause variable; or, dans aucun de ces cas, en dehors de ceux où il y avait un commencement d'altération cadavérique, nous n'avons réussi à mettre en évidence des microorganismes susceptibles d'avoir joué le rôle d'agent pathogène. Il y a plus : dans un fait où une erreur de technique avait été commise, nous avons trouvé un bacille identique à celui de Bianchi et Piccinino. Dans ces conditions, nous croyons que l'on doit n'accepter qu'avec beaucoup de réserves la valeur pathogénique de ce microbe. Il nous paraît également bien invraisemblable, étant donnée l'absence de semblables constatations dans les autres infections, que l'on puisse déceler aussi facilement qu'on l'a dit le bacille en question dans le sang vivant, le liquide céphalo-rachidien et les centres nerveux.

Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture.

M. Crocq, *rapporteur*. — Je dois étudier dans ce rapport le mécanisme du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture, ainsi que la question des voies nerveuses servant à la transmission de ces divers phénomènes.

Tonus musculaire : La tonicité musculaire normale résulte de deux facteurs : l'un est inhérent au tissu musculaire; c'est l'élasticité, propriété qui existe en dehors de toute action nerveuse; l'autre, le plus important, est constitué par l'excitation permanente qui provient des centres nerveux.

L'examen attentif des faits expérimentaux et cliniques prouve que les voies de la tonicité musculaire diffèrent en ce qui concerne les muscles volontaires et les sphincters.

Pour les premiers, le tonus se produit par l'intermédiaire des voies courtes chez les vertébrés inférieurs; plus on s'élève dans l'échelle animale, plus il tend à emprunter les voies longues et à abandonner les voies courtes, de telle sorte que, chez l'homme, les voies longues sont les voies normales et exclusives de ce phénomène.

Quant aux sphincters, leur tonus chemine, chez l'homme comme chez les vertébrés inférieurs, par les voies courtes.

Nous croyons, en somme, que les faisceaux nerveux conducteurs du tonus des muscles volontaires, localisés chez les animaux inférieurs aux parties les plus basses de la moelle épinière, deviennent de plus en plus longs à mesure que l'on s'élève dans l'échelle animale, et qu'ils remontent chez l'homme jusqu'à la corticalité cérébrale.

Dans ces conditions, les impressions nécessaires au maintien du tonus des muscles volontaires emprunteraient, chez l'homme, la voie longue sensitive spino-cérébrale, jusqu'à la région rolandique, d'où, après leur transformation en innervations motrices, elles se réfléchiraient par la voie longue motrice cérébrospinale. Cette schématisation des voies parcourues par les excitations centripètes et centrifuges du tonus musculaire n'est applicable qu'à l'homme normal adulte; elle ne peut correspondre à la réalité chez l'enfant nouveau-né, puisque, chez lui, le faisceau pyramidal, bien qu'existant anatomiquement, est encore absent fonctionnellement; le tonus musculaire se produit donc chez le nouveau-né, comme chez les vertébrés inférieurs, par les voies courtes.

Le tonus musculaire varie considérablement suivant les individus; il est difficile, en pratique, de délimiter exactement le tonus normal, l'hypertonicité, l'hypotonicité et l'atonie. M. Sherrington a démontré, en 1898, que l'excitation d'un muscle volontaire produit l'inhibition du tonus de son antagoniste. La clinique nous enseigne que la proposition inverse est également vraie, et que la diminution de la tonicité d'un muscle augmente la tonicité de son antagoniste. C'est là un fait que l'on peut observer couramment au cours des atrophies musculaires d'origine périphérique ou centrale, ainsi que dans les cas de paralysies partielles périphériques ou centrales de certains groupes musculaires.

A ces deux lois, nous en ajouterons trois autres, relatives à la nature des lésions anatomopathologiques des neurones moteurs :

1° Chaque fois que les neurones moteurs centraux ou périphériques de la voie longue ou leurs prolongements cylindraxiles sont détruits, il y a *atonie* des muscles correspondants; il en est ainsi dans les polynévrites, les poliomyélites, les polioencéphalites, les lésions destructives de la capsule interne ou de la zone rolandique. Dans toutes ces maladies, la *destruction complète* des corps cellulaires moteurs cérébraux et médullaires ou de leurs prolongements cylindraxiles provoque la flaccidité complète et définitive;

2° Lorsque la destruction est *incomplète*, il y a *hypotonie* plus ou moins accentuée, suivant le nombre des fibres ou des cellules conservées;

3° Enfin, à côté de la destruction complète ou

partielle des cellules et des fibres motrices, on rencontre un troisième mode de lésion qui frappe non plus le corps cellulaire ou son prolongement cylindraxile, mais bien les tissus voisins. Dans ce cas, la lésion initiale est péricellulaire ou péricylindraxile; l'élément nerveux, qui par lui-même n'est pas lésé, se trouve *gêné* dans son fonctionnement par la compression mécanique qu'exercent sur lui les tissus environnants. Suivant une loi biologique générale, cet élément lutte contre l'obstacle: de ce fait, il est pour ainsi dire constamment irrité et il présente alors une sorte d'éréthisme fonctionnel qui donne lieu à une *exagération du tonus musculaire*. C'est ainsi que, dans les compressions médullaires, dans la sclérose en plaques, dans la sclérose latérale amyotrophique, dans le tabes dorsal spasmodique, dans certains cas de sclérose combinée, on observe couramment de l'hypertonie.

Réflexes : En ce qui concerne l'origine des réflexes, on ne peut plus admettre aujourd'hui l'ancienne théorie qui faisait de la moelle le centre de tous les phénomènes réflexes; vraie seulement pour certains animaux, cette théorie est en contradiction avec les données anatomo-cliniques actuelles. Si la section de la moelle à la région cervico-dorsale donne lieu à l'exagération des réflexes chez la grenouille, le lapin et le chien, elle provoque, chez le singe, leur abolition plus ou moins prolongée, et chez l'homme leur abolition définitive. M. Jendrassik, il est vrai, a émis l'hypothèse que la perte des réflexes à la suite d'une lésion transversale de la moelle chez l'homme était peut-être due à des troubles circulatoires résultant de la section des artères spinales antérieures et postérieures. Cette opinion ne me paraît pas soutenable, car j'ai pu m'assurer expérimentalement que la ligature de ces artères ne produit aucune modification des réflexes.

Le fait que la section de la moelle cervicale chez la grenouille détermine l'exagération des réflexes sous-jacents à la lésion prouve que les voies réflexes n'ont pas été sectionnées. Nous pouvons donc admettre que, chez cet animal, les réflexes résultent, comme le tonus musculaire, de la transformation en excitations motrices des impressions transmises par les racines postérieures aux cellules motrices de la moelle.

Pour expliquer qu'il y ait exagération des réflexes tendineux et non simple conservation après la section transversale complète de la moelle, on peut faire valoir que, chez tous les animaux, les mouvements réflexes sont modérés par des centres situés plus haut.

Le fait que, chez l'homme, la section complète de la moelle cervico-dorsale provoque l'abolition, permanente et complète, de tous les réflexes (tendineux et cutanés), prouve nettement que les voies longues sont indispensables à leur production.

D'autre part, les lésions destructives de l'écorce abolissent ou affaiblissent les réflexes cutanés et exagèrent les réflexes tendineux. Le centre des premiers nous paraît donc bien nettement cortical; celui des seconds doit être mésocéphalique et soumis à l'action inhibitrice du cerveau et du cervelet.

Chez l'homme, toutefois, aussi bien que chez le singe, certains réflexes défensifs cheminent toujours par les voies courtes. On a fréquemment observé la conservation du réflexe plantaire profond, en même temps que la perte de tous les réflexes tendineux, dans les cas de lésion transversale complète de la moelle.

Enfin, puisque la destruction de l'écorce motrice donne lieu, *chez tous les animaux*, à une exagération plus ou moins marquée des réflexes tendineux, il faut que les centres de ces réflexes ne siègent pas à ce niveau, et que l'écorce cérébrale exerce sur eux une action d'arrêt.

On doit également admettre, puisque l'ablation ou la lésion destructive du cervelet détermine, chez les animaux supérieurs comme chez l'homme, une exagération des réflexes tendineux, que les centres de ces phénomènes ne sont pas situés à ce niveau et que le cervelet, comme le cerveau, possède sur eux une action inhibitrice.

De tout ce qui précède, il résulte que chez l'homme les réflexes cutanés ont leurs centres dans l'écorce cérébrale et les réflexes tendineux dans le mésocéphale.

Mais, bien entendu, cette schématisation des voies réflexes, comme celle du tonus musculaire, ne peut être invoquée chez le nouveau-né dont les cellules médullaires ne sont pas physiologiquement reliées à l'écorce cérébrale. Il est à juste titre admis que le nouveau-né présente une réflectivité exagérée; les réflexes tendineux et cutanés, chez lui, sont forts, et se produisent comme chez les vertébrés inférieurs par l'intermédiaire des voies courtes.

On en peut conclure que les voies courtes s'atrophient sinon anatomiquement, du moins fonctionnellement à mesure que l'enfant grandit; elles continuent cependant à servir à la transmission des réflexes défensifs très rapides, produits par des excitations violentes (piqûre, brûlure). La grande fréquence de ces réflexes au cours de notre existence explique déjà suffisamment la conservation anatomique des fibres courtes; en outre, ces fibres servent à entretenir la vitalité des neurones moteurs périphériques.

Donc, chez l'adulte, le centre des réflexes tendineux est mésocéphalique; la question de savoir à quel niveau exact se trouve ce centre ne peut être résolue, dans l'état actuel de la science, que par des hypothèses.

M. von Monakov dit, d'une manière générale, que c'est dans les masses grises sous-corticales; tout récemment, M. Van Gehuchten a émis l'opinion que les fibres motrices des réflexes tendineux forment un faisceau spécial, ayant son origine dans le noyau rouge et constituant, dans la moelle, le faisceau de von Monakov. Pour M. Van Gehuchten, le noyau rouge, serait donc le centre des réflexes tendineux; bien que cet auteur ne nous explique pas comment, à son avis, l'écorce cérébrale pourrait exercer, sur les réflexes tendineux, le rôle inhibiteur que l'on ne saurait lui dénier, il est permis d'admettre que cette action d'arrêt se transmet par les fibres cortico-rubriques dont M. Dejerine a démontré l'existence.

Ces données nous permettent de comprendre les modifications des réflexes que l'on observe à l'état pathologique.

L'*exagération* des réflexes *tendineux* se produit, soit lorsque l'action inhibitrice cérébrale ou cérébelleuse est affaiblie ou abolie, soit lorsque le faisceau pyramidal ou les cellules basilaires sont excités, soit quand le neurone périphérique est irrité.

L'*exagération* des réflexes *cutanés* provient, non pas de lésions organiques des voies nerveuses, mais plutôt de particularités individuelles et d'intoxications variées.

Pour les uns et les autres, l'*affaiblissement* ou l'*abolition* se montre lorsque les cellules ou les fibres qui servent à leur production sont altérées ou fonctionnellement affaiblies.

L'*antagonisme des réflexes tendineux et cutanés* est fréquent; il survient, non seulement dans les maladies organiques du système nerveux, mais encore dans certaines intoxications, dans quelques infections et même chez des individus réputés sains. Cet antagonisme confirme la localisation différente de ces deux espèces de réactions réflexes.

Dans les affections péricylindraxiles du faisceau pyramidal, l'irritation des fibres provoque l'éréthisme des neurones basilaires présidant aux réflexes tendineux et l'épuisement plus ou moins accentué des neurones corticaux auxquels ressortissent les réflexes cutanés. D'où exagération des premiers et affaiblissement des seconds.

Ce fait est en harmonie avec le suivant: les centres des réflexes cutanés s'épuisent par la répétition et le renforcement des excitations, tandis que ceux des réflexes tendineux deviennent, dans les mêmes conditions, de plus en plus aptes à produire une réaction énergique.

Enfin, le *clonisme tendineux* n'existe jamais à l'état normal; il résulte d'une perturbation organique ou fonctionnelle du faisceau pyramidal; dans l'immense majorité des cas, il dénote une altération matérielle de ce faisceau; il est l'expression d'une exagération excessive des réflexes tendineux.

Contracture : Parmi les nombreuses théories édifiées dans le but d'établir le mécanisme de la contracture, aucune n'explique d'une manière satisfaisante les faits expérimentaux et anatomo-pathologiques actuellement connus.

Elles nous permettent cependant de considérer comme démontrée la nature même des contractures, qui sont dues à l'exagération de la tonicité musculaire. Il en résulte que le mécanisme de ce phénomène est indissolublement lié à celui du tonus musculaire. Nous savons que celui-ci est chez l'homme d'origine exclusivement corticale; aussi la contracture est-elle la règle dans les lésions incomplètes et irritatives de la portion cérébrale du faisceau pyramidal.

D'après les lois précédemment établies à propos du tonus musculaire, la contracture *vraie* peut dépendre soit de l'inhibition du tonus des muscles antagonistes, soit d'une altération péricellulaire ou péricylindraxile des neurones moteurs cérébraux ou périphériques.

Dans les lésions brusques cérébrales ou médullaires, le choc traumatique annihile momentanément tous les neurones; il y a paralysie flasque. Un peu plus tard, ceux qui n'ont pas été détruits récupèrent insensiblement leurs fonctions; le tonus musculaire reparaît; à la longue, sous l'influence de l'irritation provoquée par les tissus voisins, il s'exagère jusqu'à la contracture.

Dans les altérations lentes du cerveau ou de la moelle, la contracture s'établit progressivement et reconnaît des causes analogues.

Pour expliquer le *type* si constant des contractures, on ne peut invoquer des raisons anatomiques; il faut plutôt avoir recours à des arguments physiologiques. Si l'on admet la prédominance, à l'état normal, de certains groupes musculaires sur leurs antagonistes, on comprendra qu'une lésion plus ou moins diffuse du centre d'un membre, ayant pour résultat d'abaisser d'une manière uniforme la tonicité musculaire, puisse déterminer la flaccidité complète des muscles les moins développés et seulement l'hypotonicité des muscles les plus forts. Cette hypotonicité, n'étant plus contrebalancée par l'état des antagonistes, constituera réellement une hypertonicité relative qui s'exagérera bientôt en vertu des lois établies précédemment: l'atonie de leurs antagonistes augmentera l'hypertonie des muscles en question et, d'autre part, cette hypertonie exagérera encore l'atonie des premiers. Les neurones corticaux correspondant aux muscles atoniques s'affaibliront de plus en plus, s'atrophieront peut-être; l'action irritative causée par les lésions environnantes ne sera bientôt plus capable de réveiller leur vitalité, tandis qu'elle exagérera progressivement l'hypertonicité des neurones dont il s'agit.

Il suffit de s'appuyer sur ces données pour expliquer la plupart des contractures qui s'observent dans les maladies du névraxe.

Il est un dernier point que je voudrais examiner brièvement: c'est celui de la *dissociation du tonus musculaire et des réflexes tendineux*. Pendant longtemps, on a considéré l'exagération des réflexes tendineux comme indissolublement liée à celle du tonus musculaire. S'il en est ainsi dans la grande majorité des cas, il y a cependant, à cette règle, d'assez nombreuses exceptions pour qu'on soit en droit d'affirmer que le tonus musculaire emprunte des voies différentes de celles des réflexes tendineux. Cette hypothèse a, du reste, été vérifiée expérimentalement.

L'indépendance du tonus et des réflexes tendineux vient confirmer la schématisation que nous avons admise concernant les voies de ces deux phénomènes; le tonus étant d'origine corticale, alors que les réflexes tendineux ont leur centre dans les ganglions basilaires, il n'est pas surprenant que les modifications de ces deux manifestations réflexes puissent être divergentes.

Ces différences ont pour cause la localisation plus ou moins élevée de la lésion; si celle-ci siège le long du faisceau pyramidal médullaire, là où les fibres du tonus et celles des réflexes tendineux sont réunies, les modifications du tonus correspondront à celles des réflexes; si la lésion atteint l'écorce ou la capsule interne, en un point où n'existent que les centres et les fibres du tonus, il y aura souvent encore exagération du tonus et exagération correspondante des réflexes, parce que, d'une part, l'hypertonicité peut se produire par irritation ou suivant le mécanisme complexe que nous avons exposé, et que, d'autre part, l'exagération des réflexes dépend de la suspension de l'action inhibitrice corticale sur les centres basilaires. Mais, si la lésion a détruit complètement les neurones corticaux de la zone motrice, il y aura atonie des muscles correspondants, par sup-

pression des centres toniques corticaux, et exagération des réflexes tendineux, par suppression de l'action d'arrêt corticale.

M. Grasset (de Montpellier). — La question étudiée par M. Crocq est, en réalité, celle du tonus à l'état normal et pathologique, ou encore celle de l'appareil nerveux du tonus et de ses maladies.

Cet appareil, en effet, a son unité et son individualité propres, physiologique et clinique.

D'après M. Crocq, le centre du tonus des muscles volontaires chez l'homme est uniquement cortical. Je trouve cette proposition trop absolue et je vous demande la permission de la discuter rapidement.

Autrefois, on considérait le tonus comme un réflexe exclusivement médullaire : cette conception est évidemment trop étroite, mais il ne faut pas l'abandonner complètement; il suffit de supprimer le mot *exclusivement*. L'ancienne description de l'appareil nerveux d'un réflexe, avec une voie centripète, un corps cellulaire et une voie centrifuge, est toujours vraie; seulement il faut y ajouter aujourd'hui des neurones supérieurs qui interviennent en agissant sur le neurone inférieur, centre immédiat du réflexe.

Donc, les appareils nerveux ne sont plus réduits à l'ancien arc réflexe; ils sont formés, en dehors des voies centripètes et centrifuges, par une série d'étages de neurones, qui s'influencent mutuellement entre eux au même étage et d'un étage à l'autre.

L'appareil nerveux du tonus n'échappe pas à ces principes généraux, et je crois qu'on peut lui reconnaître au moins trois étages de centres, trois systèmes de neurone, physiologiquement hiérarchisés de bas en haut dans l'ordre suivant : *a*) un étage inférieur formé par les cellules des cornes antérieures de la moelle et leurs analogues du bulbe; *b*) un étage moyen constitué par les ganglions basilaires et mésocéphaliques; *c*) un étage supérieur représenté par l'écorce cérébrale.

Je crois donc que la théorie de M. Crocq est incomplète quand elle soutient que le centre du tonus des muscles volontaires est exclusivement cortical.

1° *Il y a d'abord un centre médullaire du tonus*. M. Crocq a très bien établi le rôle de ce centre chez les animaux, mais il admet qu'il n'existe plus chez l'homme que pour les sphincters. Il est certain qu'en s'élevant dans la série animale, on voit l'appareil nerveux du tonus se compliquer; à l'état physiologique, il est non moins certain qu'il devient difficile de démontrer la réalité de ce centre dans l'acte du tonus.

Mais la maladie dissocie parfois les éléments constitutifs de cet acte complexe et permet de dégager l'existence du centre en question.

Ainsi, quand une paralysie flasque par lésion cérébrale devient au bout d'un certain temps hypotonique avec exagération des réflexes tendineux, et plus tard s'accompagne de contracture, on ne peut pas dire que les centres corticaux ont repris leur action, puisqu'ils n'ont pas récupéré leurs fonctions.

De même pour les troubles hypertoniques dans les lésions transverses de la moelle.

2° A l'autre extrémité hiérarchique de l'échelle nerveuse, *dans l'écorce cérébrale, il y a aussi un centre du tonus*. C'est un point qui a été suffisamment mis en lumière par M. Crocq pour que je puisse me dispenser d'y insister. Ce centre siège dans les cellules de la région périrolandique, comme ceux du sens musculaire et ceux des mouvements volontaires.

3° Entre ces deux centres, l'un cortical, l'autre médullaire, il y en a un troisième intermédiaire, *dans les noyaux de la base et du mésocéphale* (pont, noyau rouge, cervelet).

La clinique démontre, en effet, que la lésion du faisceau pyramidal ne se révèle pas de la même manière quand elle porte sur la portion cérébrale ou quand elle intéresse la portion spinale de ce faisceau.

Ainsi, la lésion médullaire du faisceau pyramidal détermine de l'hypertonie, de l'exagération des réflexes tendineux, des contractures (tabes dorsal spasmodique, sclérose latérale amyotrophique, compression de la portion antérieure de la moelle), tandis que la lésion cérébrale de ce même faisceau entraîne une paralysie flasque (altérations de l'écorce ou du centre ovale).

Bien plus, quand une lésion pyramidale, primitivement cérébrale, s'étend et devient en même temps spinale (dégénérescence secondaire descendante chez les vieux hémiplégiques), la paralysie jusque-là flasque devient hypertonique avec exagération des réflexes et contracture.

Il faut donc qu'entre le cortex et la moelle, c'est-à-dire dans la région basilaire, se trouve un centre du tonus, centre dont l'action inhibitrice paraît emprunter la portion spinale du faisceau pyramidal et dont l'action dynamogène chemine par d'autres voies.

Cette action dynamogène, je l'attribuais autrefois au faisceau cérébello-spinal descendant; aujourd'hui, l'existence de ce faisceau est contestée, mais il y a un faisceau cérébro-spinal descendant que M. von Monakov a décrit, et qui suffit à la condition de faire figurer le noyau rouge parmi les centres basilaires du tonus.

Il me semble donc légitime de conclure que, pour expliquer toute la physio-pathologie du tonus, il faut admettre au moins trois ordres de centres reliés entre eux et avec la périphérie par des voies centripètes et des voies centrifuges.

M. Pitres (de Bordeaux). — Si l'on en croit M. Crocq, la contracture serait un phénomène toujours identique à lui-même, relevant dans tous les cas d'une pathogénie unique. Les choses ne sont pas aussi simples. Il existe plusieurs variétés de contracture qui reconnaissent certainement des causes différentes. Parmi ces variétés, il en est deux que je me suis efforcé depuis longtemps déjà de mettre en lumière : c'est la contracture *myotonique* et la contracture *myotétanique*.

La première est toujours modérée, permanente et indépendante des circonstances extérieures; on l'observe, en particulier, chez les parkinsoniens. La contracture myotétanique, au contraire, présente une intensité beaucoup plus grande, varie d'un moment à l'autre et s'exagère à la suite de chocs physiques ou moraux. Je sais bien que, dans la plupart des affections des centres nerveux, ces deux variétés de contracture peuvent se substituer l'une à l'autre sous des influences diverses; il n'en est pas moins vrai qu'elles doivent être le résultat de conditions étiologiques diverses. Je ferai remarquer, en outre, que les groupes musculaires se comportent très différemment vis-à-vis des contractures; tandis que certains d'entre eux entrent en contracture avec une facilité extrême, il en est d'autres où ce phénomène ne s'observe jamais.

Je crois donc qu'il faut faire intervenir un facteur indépendant de la lésion des neurones moteurs centraux pour expliquer les modalités variées de contracture que nous montre la clinique.

Un dernier point que je désire faire remarquer, c'est qu'il n'existe pas des rapports aussi étroits que le croit M. Crocq entre la trépidation épileptoïde et l'exagération des réflexes tendineux, attendu qu'en appliquant pendant quelques minutes la bande d'Esmarch sur le membre d'un malade qui offre ces deux phénomènes, on fait disparaître d'une façon complète la trépidation épileptoïde sans modifier en rien l'état du réflexe patellaire.

M. Mendelssohn (de Saint-Pétersbourg). — Je ne suis pas convaincu de la nature réflexe des phénomènes tendineux; aussi les observations que je désire présenter ne visent-elles que les réflexes cutanés. La conception défendue par M. Crocq, d'une localisation cérébrale exclusive des réflexes cutanés, ne me semble conforme ni aux faits physiologiques, ni aux données cliniques. Théoriquement, elle est déjà inadmissible, car il faut bien admettre que partout où l'organe périphérique récepteur entre en communication avec l'organe moteur réactionnel, les conditions permettant la production des réflexes se trouvent par là même réalisées.

Je crois donc qu'il peut y avoir production de réflexes sur un point quelconque de toute la hauteur de la moelle épinière. J'estime, en outre, que l'influx nerveux centripète transmis par la racine postérieure peut atteindre la voie centrifuge par différentes fibres (ascendantes, descendantes, collatérales, etc.) dont certaines, plus longues mais mieux préparées, présentent moins de résistance au passage des réflexes que d'autres qui seraient cependant plus directes. Il résulte, en effet, de mes expériences que les réflexes normaux, c'est-à-dire provoqués par des irritations minima, passent par la partie supérieure de la moelle cervicale. Lorsque cette région est lésée ou détruite, les irritations minima ne peuvent plus provoquer de réflexes, mais il suffit d'augmenter l'intensité de l'irritant pour que les réflexes se frayent un chemin par d'autres voies moins praticables.

Deux grandes lois dominent donc, à mon avis, la physiologie des réflexes : la première, c'est que toutes les fibres de l'axe cérébro-spinal peuvent servir à la transmission des réflexes (loi de diffusion); la seconde, c'est que la production des mouvements réflexes est étroitement liée à l'intensité de l'irritant qui les provoque. Il est facile de concevoir que ces deux lois sont exclusives de toute localisation et ne permettent guère d'accepter l'existence de véritables centres réflexes au niveau de l'axe cérébro-spinal.

Il ne me semble pas non plus, contrairement à l'opinion soutenue par M. Crocq, que les lésions organiques de la portion cervicale de la moelle entraînent nécessairement la perte immédiate et permanente des réflexes. Il existe plusieurs observations, en effet, dans lesquelles une section complète de la moelle a coïncidé avec la conservation ou même l'exagération des réflexes.

Du reste, rien ne prouve que la disparition des réflexes à la suite d'une altération de la partie cervicale de la moelle soit le résultat d'une interruption des voies conductrices de ces mouvements.

Ces considérations m'obligent à envisager la production des mouvements réflexes comme intimement subordonnée au fonctionnement de la moelle, sans qu'on soit en droit de la localiser dans une région spéciale du névraxe.

Il ressort également de ces faits que la signification séméiologique des réflexes est très restreinte, et que c'est à tort qu'on a voulu attribuer à quelques-uns d'entre eux une valeur pathognomonique.

M. Brissaud (de Paris). — Un certain nombre de faits cliniques établissent, d'une part, que la destruction complète de la portion capsulaire du faisceau pyramidal peut déterminer une hémiplégie avec contracture permanente, exagération des réflexes, etc., et, d'autre part, que des compressions lentes de la région cervico-dorsale de la moelle, équivalant à de véritables sections de cet organe, peuvent être suivies d'une paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes tendineux et trépidation épileptoïde. Toutefois, il est vrai que les lésions qui compriment la moelle peuvent entraîner une paraplégie flasque aussi bien qu'une paraplégie spasmodique : cette différence d'action est due non au plus ou moins grand nombre de fibres nerveuses détruites par la compression médullaire, mais au plus ou moins de rapidité avec laquelle a évolué le processus. A mon avis, *la spasticité est l'apanage des compressions lentes, la flaccidité des compressions brusques*.

Dans ces conditions, il me paraît bien difficile d'admettre la théorie de M. Crocq, qui soutient que le cerveau exerce une action inhibitrice sur la réflectivité médullaire et que la section transversale complète de la moelle provoque l'abolition permanente et complète de tous les réflexes.

Il est un autre point sur lequel je diffère également d'avis avec M. Crocq; c'est celui de l'influence des troubles circulatoires de la moelle sur les phénomènes réflexes. Notre collègue estime que la ligature des artères spinales ne donne lieu à aucune modification des réflexes et que la compression ou la section de ces artères, qui accompagne beaucoup de lésions de la moelle, n'a qu'une importance tout à fait secondaire. Je crois, au contraire, avec M. Jendrassik, qu'une lésion qui déchire ou comprime les artères spinales doit entraîner, en même temps que la mort des cellules des cornes antérieures, l'abolition complète et définitive de la réflectivité de toute la partie inférieure de la moelle.

M. Cestan (de Paris). — A l'appui des observations que vient de présenter M. Brissaud, je puis citer le cas de deux femmes du service de M. Raymond, qui furent atteintes de paraplégie spasmodique progressive avec trépidation spinale et signe de Babinski, puis d'une anesthésie des membres inférieurs accompagnée de paralysie des sphincters. Ces deux malades succombèrent l'une au bout de dix ans, l'autre au

bout de cinq ans, la paraplégie spasmodique ayant persisté jusqu'à la mort.

A l'autopsie, on trouva dans les deux cas une tumeur extramédullaire, un endothéliome méningé angiolithique ayant comprimé le huitième segment médullaire dorsal. A ce niveau, la moelle était très aplatie; on reconnaissait encore quelques tubes, mais altérés, entourés d'une volumineuse prolifération névroglique; d'ailleurs, l'aspect normal de la moelle avait disparu. Si la moelle n'était pas détruite en totalité, on peut affirmer cependant que la partie respectée était trop petite et trop altérée pour jouer un rôle de conductibilité.

Ces faits prouveraient donc, contrairement à l'opinion de Bastian, qu'une destruction complète de la moelle dorsale peut déterminer une paraplégie spasmodique. Toutefois, il y a lieu de remarquer que, dans ces deux cas, la destruction de la moelle s'est opérée très lentement, en plusieurs années; or, il est très possible qu'une destruction rapide, comme celle qui résulte d'une section, ait des effets différents et détermine, par exemple, une paraplégie flaccide.

M. Marchand. — Nous avons fait, M. Vurpas et moi, une série d'expériences relatives au mécanisme et aux conditions de production des réflexes chez un certain nombre de malades : paralytiques généraux, tabétiques, épileptiques, hémiplégiques, etc.

Il résulte de ces recherches que, en ce qui concerne le réflexe patellaire, le temps écoulé entre le choc du marteau et le début de la contraction est le même, que la percussion porte sur le tendon au-dessus ou au-dessous de la rotule, ou encore sur le muscle lui-même, soit à la partie inférieure, soit à la racine de la cuisse. Tandis que la contraction provoquée par la percussion du muscle varie peu, celle qui résulte de la percussion du tendon offre, au contraire, d'assez grandes différences suivant les sujets.

Nous croyons pouvoir conclure de ces expériences à l'identité de nature du réflexe patellaire et de la secousse musculaire du quadriceps; quant à la différence des réactions produites par la percussion du tendon et par celle du muscle, elle tient peut-être à ce que, dans le premier cas, le muscle est tiraillé dans le sens de la longueur de ses fibres, alors que, dans le second, le choc est transmis perpendiculairement à la direction des fibres.

Les réflexes patellaires, d'après cette conception, dépendraient seulement de la tonicité du muscle.

M. Crocq. — Je ne répondrai que quelques mots aux objections qui viennent de m'être adressées. La théorie défendue par M. Grasset n'est pas aussi différente qu'on pourrait le croire *a priori* de celle que j'ai adoptée. J'admets comme lui qu'il y a trois étages de mouvements réflexes; seulement, je pense que l'étage inférieur ou médullaire ne joue un rôle, chez l'homme, que pour les mouvements réflexes subits résultant d'excitations intenses; quant aux deux autres centres, mésocéphalique et cortical, leur existence n'est pas contestable, mais le premier est exclusivement destiné, à mon avis, aux réflexes tendineux, et le second aux réflexes cutanés.

A M. Pitres, je ferai observer que si j'ai admis que la lésion des neurones moteurs centraux ou périphériques était la cause sinon unique, du moins principale, de la contracture, je reconnais cependant qu'entre la contracture par lésion du neurone central et la contracture par lésion du neurone périphérique il y a des différences très sensibles; si certains groupes musculaires se contracturent plus facilement que d'autres, cela tient seulement à ce que la contracture, comme la paralysie, est toujours proportionnelle au degré de vigueur de nos muscles. Les groupes musculaires qui, à l'état normal, sont les plus forts, se contracturent plus facilement que ceux qui sont moins vigoureux, parce que leur tonicité normale est plus considérable.

M. Brissaud m'a objecté qu'il était tout à fait invraisemblable d'admettre que la déchirure des artères spinales, dans les cas de section transversale complète de la moelle, ne fût pas susceptible de modifier les réflexes; cette objection n'a de valeur que pour la partie cervicale de la moelle, car la portion lombaire de cet organe est irriguée avant tout par l'aorte abdominale dont la ligature provoque constamment l'abolition des réflexes et l'altération profonde des cellules nerveuses, tandis que celle des artères spinales n'a d'action ni sur les cellules ni sur les réflexes.

Reste la question des lésions organiques qui, d'après MM. Brissaud et Gestan, équivaudraient à une section transversale complète de la moelle et qui, cependant, déterminent une paraplégie spasmodique avec conservation ou exagération des réflexes tendineux. Je reconnais que de tels faits sont inconciliables avec la théorie de Bastian, mais, outre qu'ils sont extrêmement rares, la plupart de ceux qui ont été publiés jusqu'ici concernent des lésions ayant laissé toujours subsister quelques fibres nerveuses; on comprend donc facilement que ces lésions ne déterminent pas une abolition des réflexes, comme la section transversale complète de la moelle.

L'état mental des tiqueurs.

M. Meige (de Paris). — Chez les tiqueurs, l'observation ne doit pas s'attacher uniquement à l'étude de la manifestation motrice; celle-ci, ainsi que j'ai pu m'en assurer avec M. Feindel, ne saurait exister sans un état mental particulier, dont les caractères principaux doivent être recherchés dans tous les cas. A dire vrai, les particularités de cet état mental se prêtent assez mal à la description, et l'on pourrait se contenter de dire que les tiqueurs sont des dégénérés; toutefois, il est bon de préciser un peu. C'est la volonté qui semble surtout altérée chez eux; sa débilité se dissimule mal sous des emportements que rien ne justifie, et elle est incapable de soutenir un effort durable. L'attention de ces malades se laisse distraire par des futilités, leur émotivité est grande, leur affectivité désordonnée. D'une façon générale, l'état mental du tiqueur se traduit par le manque d'équilibre et de pondération; quel que soit leur âge, les tiqueurs ont un état mental infantile.

En effet, chez l'enfant on constate normalement l'absence d'équilibre psychique, celui-ci ne s'acquérant qu'avec les progrès de l'âge. L'enfant a la volonté légère, instable, versatile, etc., etc. On sait combien les enfants sont enclins à prendre de mauvaises habitudes; le sujet chez qui aura persisté la mentalité infantile se conduira de même, et il pourra, en particulier, contracter de mauvaises habitudes motrices, des *tics*.

La connaissance de l'état mental du tiqueur permet de comprendre les différentes modalités affectées par les tics. A l'état mental infantile, dont la caractéristique est surtout l'inconstance et la variabilité des idées, correspondent les tics variables, que leur multiplicité rapproche des chorées. Mais qu'une idée motrice devienne ou reste prépondérante, on aura un tic localisé, unique, qui pourra demeurer tel fort longtemps. Cette fixité du tic n'est pas contradictoire avec la disposition psychique des tiqueurs, car sur l'état mental infantile peuvent se greffer des troubles psychiques divers : idées fixes, obsessions, phobies, dont les différentes formes (folie du doute, folie du pourquoi, délire du toucher) ne sont le plus souvent que l'exagération morbide de tendances naturelles à l'enfant normal.

En somme, il y a lieu de considérer, dans l'état mental du tiqueur, deux éléments : l'un qui en constitue le fond même, c'est la mentalité infantile; l'autre qui se compose des troubles surajoutés, c'est l'amplification des tendances défectueuses de l'état fondamental.

Cette distinction rend compte des différences qui existent entre les tics, selon qu'ils relèvent de l'état psychique fondamental ou des troubles mentaux surajoutés. Elle pourra servir de guide lorsqu'il s'agira d'éclairer la pathogénie d'un tic en particulier, et permettra d'en apprécier la ténacité.

La connaissance de l'état mental des tiqueurs est également importante au point de vue du traitement. Celui-ci, en effet, doit avoir un double objectif, la correction de la manifestation motrice intempestive et la correction des anomalies psychiques du tiqueur. On agira d'autant plus efficacement sur les troubles moteurs que l'on connaîtra mieux les défectuosités mentales auxquelles ces troubles sont intimement reliés.

M. Briand. — Il n'est pas douteux que la plupart des sujets chez lesquels on voit survenir des tics sont des déséquilibrés, aussi bien au point de vue psychique qu'au point de vue physique. S'ils ne délirent pas tous, on peut affirmer qu'ils ont tous une grande aptitude à le faire; ils présentent, en outre, un état habituel de tristesse et de mélancolie; toujours préoccupés de leur santé, ils passent le meilleur de leur temps à analyser leurs sensations. Tel est le terrain sur lequel viennent le plus souvent se greffer les tics.

M. Ballet fait observer qu'il est exagéré de prétendre que tous les sujets atteints de tics soient des dégénérés; beaucoup sont simplement des prédisposés.

M. Martin (de Lyon) communique l'observation d'un homme présentant de nombreux stigmates de dégénérescence et d'hystérie, qui fut atteint, dans le cours d'un état mélancolique avec idées hypocondriaques, d'un spasme avec contracture des muscles de la partie latérale du cou. Ce trouble offrait tous les caractères de celui qui a été désigné par M. Brissaud sous le nom de torticolis mental. Son origine psychique n'était pas douteuse et il suffisait, pour le faire cesser, d'appuyer légèrement la main sur le front du malade. Il a, du reste, complètement guéri à la suite de séances de gymnastique rééducatrice des mouvements de la tête et du cou, continuées pendant plusieurs mois.

Algidité centrale prolongée chez deux paralytiques généraux.

M. Joffroy (de Paris). — Il m'a été donné d'observer récemment deux cas d'algidité centrale, remarquable par son intensité et sa longue durée, chez des paralytiques généraux.

Dans le premier fait, il s'agissait d'un homme de quarante-trois ans, paralytique général avéré et ancien syphilitique, qui eut une attaque apoplectiforme suivie de coma. La température rectale, immédiatement après cet accident, n'était que de 35°3; le surlendemain, le malade étant toujours dans le coma, elle tomba à 27°; il n'y avait pas de refroidissement des extrémités. Le patient succomba le jour suivant sans avoir repris connaissance, avec une température de 25°.

Mon second cas concerne un homme de trente-six ans, présentant tous les signes de la paralysie générale, chez lequel se développèrent assez rapidement des eschares au niveau du sacrum et des grands trochanters; la température rectale, prise à ce moment, fut trouvée seulement de 35°4; les jours suivants, elle baissa encore et quand le malade succomba, cinq jours après, sans avoir présenté ni convulsions, ni coma, ni diarrhée, elle n'était plus que de 26°. Cette hypothermie centrale persistante ne s'accompagnait pas d'un refroidissement bien marqué de la peau. Dans le sang prélevé pendant la vie, on trouva un colibacille de petites dimensions qui se montra légèrement pathogène, mais ne produisait pas d'abaissement de la température.

Dr G. Deny,
Médecin de la Salpêtrière.

MÉDECINE PRATIQUE

La spondylose rhumatismale à forme pseudo-névralgique.

Les travaux publiés au cours de ces dernières années ont montré que les affections du rachis désignées sous le nom générique de *spondyloses* sont loin de constituer un groupe parfaitement homogène au point de vue symptomatologique et étiologique. C'est ainsi que, d'après M. le docteur V. M. Bekhterev, professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, l'affection qu'il a décrite, pour la première fois en 1892, sous la dénomination de rigidité ou ankylose de la colonne vertébrale et dont il a donné plus tard une étude d'ensemble (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 56), diffère, par plus d'un point, de la maladie étudiée par M. le docteur P. Marie, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, sous le nom de spondylose rhizomélique (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 68 et 1899, p. 69). Dans la première, le processus morbide se localise d'emblée au rachis, sans jamais in-

téresser les grosses articulations, tandis que dans la seconde il débute par les hanches et n'envahit la colonne vertébrale que plus tard; de plus, il semble résulter des discussions qui ont eu lieu au sein de diverses Sociétés savantes, soit en France, soit à l'étranger (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 230, 391 et 438) que la spondylose rhizomélique se rattache en réalité au rhumatisme chronique et ne constitue qu'une variété d'arthrite déformante, alors que la rigidité de la colonne vertébrale reconnaît pour facteurs étiologiques l'hérédité nerveuse, le traumatisme et, peut-être aussi, la syphilis.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins que ces deux affections se traduisent l'une et l'autre par un symptôme commun, à savoir l'ankylose du rachis. Or, d'après M. le docteur H. Forestier, médecin de l'hôpital d'Aix-les-Bains, il existerait, à côté de ces formes ankylosantes de spondylose, un autre groupe de cas qui ne semblent pas avoir jusqu'à présent attiré suffisamment l'attention des cliniciens et qui méritent, cependant, d'être connus, en raison des erreurs de diagnostic et de pronostic auxquelles ils peuvent donner lieu. Cette variété particulière d'arthropathies vertébrales se caractériserait par des *pseudo-névralgies* et par l'absence de rigidité *définitive* du rachis; d'autre part, comme la diathèse arthritique paraît jouer un rôle étiologique important dans la genèse de la spondylose en question (sur 10 malades, 5 avaient eu du rhumatisme chronique, un était goutteux et un autre avait subi une atteinte de rhumatisme articulaire aigu), notre confrère propose de désigner l'affection dont il s'agit sous le nom de *spondylose rhumatismale* ou de *rhumatisme vertébral chronique à forme pseudo névralgique*.

Ce qui constitue, en effet, le trait dominant du tableau clinique de cette spondylose, ce sont les phénomènes douloureux. Sans doute, les douleurs pseudo-névralgiques existent également dans l'arthrite déformante du rachis, où elles sont liées à la compression subie par les nerfs au niveau des trous de conjugaison et, d'autre part, M. Bekhtérev a insisté sur les symptômes nerveux (radiculaires) qui accompagnent la rigidité de la colonne vertébrale. Mais si la spondylose ankylosante débute par une période pseudo-névralgique, qui diffère d'autant moins du rhumatisme vertébral pseudo-névralgique que la rigidié du rachis et la raideur de l'attitude du malade sont à peu près les mêmes dans les deux cas, l'évolution ultérieure de l'affection ne tarde pas à permettre de trancher le diagnostic. S'agit-il de la spondylose à forme ankylosante, on voit la rigidité se confirmer de plus en plus, en même temps que les douleurs diminuent d'intensité et de fréquence, et, en fin de compte, le patient reste définitivement ankylosé et plus ou moins voûté. Par contre, si l'on se trouve en présence de la forme pseudo-névralgique, l'affection évolue assez rapidement vers la guérison et, sous l'influence d'un traitement approprié (eaux sulfureuses sous la forme de *douche-massage*), la rigidité vertébrale et les douleurs se dissipent complètement en l'espace d'une dizaine de mois.

Cela étant, on comprend tout l'intérêt qu'il y a, au point de vue du pronostic, à ne pas confondre la spondylose pseudo-névralgique avec les affections *ankylosantes* de la colonne vertébrale, lesquelles présentent une marche fatalement progressive. Si l'on tient compte, en outre, que les phénomènes pseudo-névralgiques et la rigidité temporaire du rachis peuvent, au début, simuler des affections graves de la colonne vertébrale ou de la moelle épinière (méningite spinale, tabes, mal de Pott) et induire le praticien en erreur, on voit que les faits signalés par M. Forestier méritent d'être retenus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 juillet 1901.

De l'affinité des globules rouges pour les acides et les alcalis, et des variations de résistance que leur impriment ces agents à l'égard de la solanine.

M. E. Hédon. — J'ai pu m'assurer que les hématies plongées dans un milieu alcalin ou acide commencent par fixer une certaine quantité d'alcali ou d'acide, sans se détruire; l'hémolyse ne débute que lorsque la proportion d'alcali ou d'acide dépasse un certain chiffre, en rapport avec la quantité de globules employés. C'est ainsi que si l'on mélange 3 gouttes de sang de bœuf à 10 c.c. d'une solution millinormale d'acide chlorhydrique, les globules se déposent inaltérés; tandis qu'une seule goutte de sang ajoutée à 10 c.c. de la même solution est partiellement hémolysée.

D'autre part, les hématies ainsi imprégnées d'acide — et les lavages, même prolongés, dans la solution physiologique, se montrent impuissants à les en débarrasser — résistent à une dose *hypertoxique* de solanine, substance fortement hémolytique. Au contraire, les globules impressionnés par un alcali sont laqués par une quantité même *hypotoxique* de solanine. Les acides donnent donc aux hématies une certaine immunité à l'égard de cet alcaloïde, tandis que les alcalis les sensibilisent.

De la constitution histologique de la rétine en l'absence du cerveau.

MM. N. Vaschide et **C. Vurpas** envoient une note relative à l'examen histologique des rétines du monstre anencéphale qu'ils ont récemment observé (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 93). Ces deux membranes étaient normalement constituées; les auteurs tirent de ce fait la conclusion que, chez le monstre en question, le cerveau a dû exister à une époque antérieure à celle où la vésicule optique, d'où dérivent les rétines, s'est évaginée; les centres encéphaliques ont, sans doute, été détruits ensuite par un processus inflammatoire très intense, tandis que les vésicules optiques suivaient le cours normal de leur développement.

Influence de la lécithine sur les échanges nutritifs.

M. G. Carrière adresse une note de laquelle il résulte que, chez des enfants de trois à huit ans, la lécithine produit une augmentation du poids et de la taille supérieure à la normale; elle élève également le nombre des globules rouges et des hématoblastes, accroît l'excrétion de l'urée et de l'azote total, etc.

Ces modifications sont surtout sensibles au début du traitement; peu à peu, les effets de la lécithine deviennent moins marqués, comme si l'organisme s'accoutumait à cette substance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 juillet 1901.

Rétrécissement du rectum traité avec succès par la dilatation progressive pratiquée de haut en bas à travers un anus iliaque.

M. Chaput. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation de MM. Souligoux et Lapointe, concernant un cas de rétrécissement congénital du rectum, compliqué de rectite proliférante et sténosante. Des accidents d'obstruction ayant nécessité l'établissement d'un anus iliaque, on a pu faire par cette voie artificielle, de haut en bas, une dilatation progressive qui n'avait pu être pratiquée de bas en haut par l'anus normal. Ultérieurement, l'anus artificiel a été fermé et la dilatation a pu être continuée par les voies naturelles.

M. Potherat. — Je crois que, dans les cas de ce genre, l'établissement d'un anus iliaque crée des conditions très favorables à la guérison du rétrécissement rectal, grâce à la dérivation des matières fécales.

J'ai eu, notamment, l'occasion de me rendre compte des bons effets de cette opération chez une malade de la Salpêtrière, que M. Tillaux avait pourvue d'un anus artificiel pour un rétrécissement du rectum. L'amélioration de la sténose, sous la seule influence de la dérivation des matières, fut telle que je crus pouvoir oblitérer l'anus iliaque.

M. Walther. — J'ai observé un fait analogue à celui que vient de citer M. Potherat. J'avais établi un anus iliaque chez une femme atteinte d'un rétrécissement rectal accompagné d'une infiltration périrectale si considérable que je me demandais s'il ne s'agissait pas d'une lésion cancéreuse. Je considérais cette intervention comme devant être simplement palliative. Or, j'ai revu cette malade deux ans plus tard; l'amélioration était tellement prononcée que je lui ai proposé de fermer son anus iliaque.

Persistance du diverticule de Meckel avec fistule ombilicale et prolapsus de la muqueuse.

M. Kirmisson. — Chez un enfant de cinq mois et demi, j'ai observé une malformation qui me paraît assez rare. On constatait, au niveau de l'ombilic, l'existence d'une petite tumeur rose, du volume d'une fraise, présentant tout à fait l'aspect de la muqueuse intestinale prolabée. L'exploration au stylet permettait de pénétrer à 4 centimètres de profondeur, et il se produisait, par le petit orifice fistuleux, une sécrétion muqueuse en quantité appréciable.

J'ai pratiqué une laparotomie qui m'a montré qu'il s'agissait d'un prolapsus de la muqueuse d'un diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic; j'ai réséqué cet appendice et la guérison s'est faite sans incident.

M. Legueu. — J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelques années, un cas de diverticule de Meckel adhérant à l'ombilic, sans fistule; il s'agissait d'un enfant de cinq à six ans, auprès duquel je fus appelé pour des accidents d'occlusion dus à la torsion d'une anse intestinale autour du diverticule; je réséquai ce dernier; malheureusement, l'évolution des accidents était déjà très avancée, et mon intervention n'empêcha pas la terminaison fatale.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 10 et 24 juillet 1901.

Les injections interstitielles de vaseline dans un but de prothèse chirurgicale.

M. Stein présente une malade du service de M. von Bergmann chez laquelle il a parfaitement corrigé, grâce à la méthode de Gersuny (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 433), une ensellure du nez résultant d'une chute ancienne sur la face.

A cette occasion, l'orateur a institué une série d'expériences sur la souris, le lapin et le chien, destinées à rechercher si la paraffine est toxique en soi et si les injections interstitielles de cette substance exposent à la production d'embolies pulmonaires, complication dont M. Pfannenstiel a publié un cas (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 40).

En ce qui concerne le premier point, M. Stein a pu s'assurer que, pourvu qu'on emploie un produit absolument pur, il n'y a aucun danger d'intoxication; c'est ainsi que chez une souris pesant 15 grammes, il a pu injecter sans inconvénient 5 grammes de paraffine, soit le tiers du poids du corps. Quant aux embolies pulmonaires, il suffit, afin de les éviter, de ne pas piquer une veine : pour cela, il faut avoir soin de faire un pli à la peau, et de n'adapter la seringue à l'aiguille que s'il ne sort pas de sang par celle-ci; l'insuccès de M. Pfannenstiel lui paraît attribuable à ce que l'injection avait été faite en plein tissu musculaire, et sans qu'on eût pris la précaution de soulever la peau.

Pour ce qui est du sort ultérieur de la paraffine ainsi abandonnée dans l'organisme, l'orateur croit qu'elle se résorbe peu à peu mais en étant remplacée par du tissu conjonctif, de sorte que la persistance du résultat plastique se trouve assurée : ce qui le confirme dans cette opinion, c'est que, quel que soit le point de fusion — et il peut être très variable — de la paraffine employée, la consistance du nodule augmente ou diminue peu à peu, suivant les cas, si bien qu'au bout d'un mois elle est toujours sensiblement analogue à celle du cartilage.

M. Eckstein communique les observations de deux malades traités par la même méthode, dans le service de M. J. Wolff, pour des fissures palatines entraînant des troubles du langage; il a pu constater qu'en pareille occurrence, l'injection de vaseline dans le voile du

palais et la luette donne des résultats moins favorables que l'injection dans la paroi postérieure du pharynx, cette dernière ayant pour but de produire une petite tuméfaction qui s'applique contre le voile.

Au point de vue de la technique, alors que M. Gersuny emploie jusqu'à 50 c.c. de paraffine, M. J. Wolff n'a jamais dépassé la dose de 6 c.c. 4. La paraffine dure est difficile à injecter, à cause de sa rapide solidification; en outre, elle détermine parfois, chez les animaux en expérience, la nécrose de la peau sus-jacente; néanmoins, la paraffine paraît à l'orateur préférable à la vaseline quand il s'agit de combler des pertes de substance, de reconstituer un nez, etc.

M. Stein ne saurait approuver les injections interstitielles dans la paroi postérieure du pharynx : le produit injecté, dont il est impossible de suivre la marche, peut fuser dans le médiastin, en raison des lacunes du tissu conjonctif de la région; au reste, les injections dans le voile donnent de très bons résultats contre les fissures palatines, ainsi que l'orateur a pu s'en assurer dans un cas.

Empyème de nécessité de l'antre d'Highmore.

M. Jacobsohn relate l'observation d'une femme qui, deux semaines après l'extraction d'une molaire pour des douleurs de dent avec léger gonflement de la joue droite, vit survenir une tuméfaction considérable de cette même joue, tandis qu'apparaissaient de la céphalalgie et de la fièvre; à l'examen local, on constatait que l'antre d'Highmore était sensible à la pression; le palais osseux, dans le voisinage de la ligne médiane, présentait une petite tumeur fluctuante; le plancher des fosses nasales se trouvait également tuméfié; les voies nasales inférieures étaient le siège d'une infiltration considérable.

L'ouverture du sinus maxillaire étant impossible par les voies naturelles, on pratiqua une incision au niveau du palais osseux, ce qui permit d'évacuer la petite collection purulente.

Les faits de ce genre sont rares et de pathogénie assez obscure : on peut se demander si l'affection intéresse d'abord l'antre d'Highmore ou le voile du palais; pour le cas présent, l'orateur se rallie à la première hypothèse, en raison des lésions constatées au niveau des fosses nasales.

A propos de la non-transmissibilité de la tuberculose des bovidés à l'homme.

M. Virchow, à l'occasion de la communication de M. Koch au Congrès de Londres (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 250-251), fait observer que la théorie émise par le directeur de l'Institut des maladies infectieuses de Berlin concorde avec l'opinion qu'il a lui-même exprimée depuis longtemps déjà — et que M. Koch et ses élèves avaient jusqu'ici combattue —, à savoir que la tuberculose de l'homme et celle du bétail sont deux affections distinctes; toutefois, il estime que M. Koch est allé trop loin en proclamant que la tuberculose bovine n'est pas transmissible à l'homme par les aliments : il a observé, à l'hôpital de la Charité de Berlin, quelques cas prouvant la réalité d'une telle transmission.

L'orateur espère que les recherches actuelles feront cesser la confusion introduite dans la terminologie par les bactériologistes, et qu'on réservera désormais le nom de tuberculose à l'affection caractérisée par le *tubercule* tel qu'il l'a décrit lui-même, au lieu de désigner aussi sous ce terme, sans autre indication, les lésions bacillaires. Ce qui fait le tubercule, en effet, ce n'est pas la présence du microorganisme spécifique, c'est celle de la *cellule tuberculeuse;* la conception contraire amènerait à nommer « tubercule » non seulement la lésion lupique, mais même le simple nodule anatomique, puisque l'on peut y déceler quelques bacilles tuberculeux.

Dilatation de l'appendice du ventricule de Morgagni.

M. A. Alexander montre un patient chez lequel, à chaque phonation, la moitié antérieure de la corde vocale gauche se bombe sous forme d'une petite tumeur ayant le volume d'une bille et recouvrant l'épiglotte.

On sait que, chez certains individus, le ventricule de Morgagni — lequel, à l'état normal, ne s'étend vers le haut que jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde — peut acquérir des dimensions plus considérables et constituer une petite poche visible à l'extérieur; quand ce développement a lieu vers l'intérieur du larynx, la mort peut survenir par suffocation.

En ce qui concerne l'étiologie de cette lésion, le malade que présente l'orateur a eu, il y a douze ans, une ulcération syphilitique du cartilage aryténoïde, ayant détruit une partie de la corde vocale gauche; la perte de substance qui en est résultée a permis l'action directe, de bas en haut, du courant d'air expiratoire sur l'appendice du ventricule de Morgagni, d'où dilatation de celui-ci.

Dr VILLARET.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 27 juillet 1901.

Détermination du volume et du poids spécifique des organes de l'homme.

M. Leboucq. — M. Vervaeck (de Bruxelles) nous a présenté un mémoire relatif à une série de recherches sur le volume et le poids spécifique des viscères.

Pour apprécier l'état d'un organe, il est indispensable d'associer à la pesée et à la mensuration la recherche du volume et de la densité; en effet, les premières données ne fournissent qu'une idée incomplète et souvent inexacte de l'organe, tandis que le volume (pour le foie et la rate, par exemple) correspond plus exactement aux résultats de la percussion. Il y a donc intérêt à déterminer d'une manière rapide et pratique le volume des viscères. Malheureusement, les auteurs des traités d'anatomie se bornent à ce point de vue à citer quelques chiffres plus ou moins exacts.

Après avoir passé en revue plusieurs méthodes pour la détermination du volume et de la densité des viscères, M. Vervaeck en démontre le peu de précision et expose les procédés qui lui sont personnels.

Afin d'avoir le volume d'un organe, il fait d'abord, sur une balance Roberval assez sensible, la tare d'un récipient à moitié rempli d'eau, puis il pèse l'organe *sous eau :* pour cela, l'organe, suspendu par un cordonnet à une potence, est immergé complètement dans le récipient dont il ne doit pas toucher les parois; ensuite, il est détaché, et on fait une nouvelle pesée, l'organe étant tombé au fond de l'eau. On connaît ainsi son volume et son poids, ce qui permet d'en calculer la densité.

Toutefois, de la notion du volume total d'un organe, on ne peut guère déduire que la densité moyenne de tous les tissus qui composent cet organe. Si l'on veut déterminer le poids spécifique d'un fragment de parenchyme isolé de tous les tissus voisins, il faut recourir à un procédé spécial que M. Vervaeck décrit et qui consiste à plonger le fragment dans une solution de chlorure de sodium dont la densité est voisine de celle du parenchyme examiné : dans ce but, on ajoute une quantité plus ou moins grande de sel ou d'eau jusqu'à ce que le fragment, après agitation du liquide, flotte à la partie moyenne de l'éprouvette. On prend ensuite la densité du liquide au moyen du densimètre; le chiffre obtenu est également celui de la densité du parenchyme.

L'auteur expose les résultats de ses recherches dans 127 autopsies et indique les moyennes qu'il a obtenues pour le cœur, le foie, la rate, les reins. A côté des chiffres exprimant la densité normale et le volume de ces organes, il établit leurs modifications à l'état pathologique, résultant des dégénérescences, infiltrations, tumeurs, etc.

Pour un cœur normal, d'un poids moyen de 250 grammes, le volume est de 240 c.c.; la densité du myocarde atteint 1,035. Dans l'hypertrophie simple, la densité diminue, et le chiffre du volume tend à se rapprocher de celui du poids.

En ce qui concerne le foie, la densité moyenne est de 1,039 et le volume de 1,500 c.c. pour un foie pesant 1,550 grammes. Chez les tuberculeux, la densité peut s'abaisser jusqu'à 1,020; par contre, dans les cirrhoses, elle s'élève beaucoup.

La densité de la rate, en moyenne de 1,049 à l'état normal, est diminuée dans la fièvre typhoïde, augmentée dans les scléroses. A noter que chez l'enfant elle est très élevée.

Enfin, la densité du rein, qui varie de 1,050 à 1,055, est faible dans la néphrite. Il faut ici tenir compte que la densité normale du rein droit est un peu plus élevée que celle du rein gauche.

Il va sans dire que tous ces chiffres n'ont rien d'absolu, car ils ne résultent que d'un nombre relativement restreint d'autopsies, mais tels quels ils ont leur valeur propre et montrent qu'on peut, à l'aide du procédé de M. Vervaeck, obtenir rapidement et d'une manière très simple des renseignements exacts sur le volume et la densité d'un organe.

De l'importance des lésions vasculaires dans l'anatomie pathologique de la paralysie générale et d'autres psychoses.

M. Vanlair. — Dans le travail relatif à ce sujet, que M. Mahaim (de Lausanne) a soumis à notre appréciation, les recherches ont porté sur 17 cas de paralysie générale et 22 de psychoses diverses. L'auteur a utilisé la méthode de Nissl modifiée par M. Van Gehuchten et appliquée aux coupes cérébrales ; il a pu ainsi constater que, dans la paralysie générale, il existe de façon constante une lésion vasculaire caractérisée par l'infiltration lymphocytaire de la gaine des petits vaisseaux du lobe frontal. Dans les 17 cas qu'il a examinés, il a toujours retrouvé la même lésion, alors que dans les 22 autres faits de psychoses variées, les lésions étaient différentes. Il serait donc possible désormais de porter un diagnostic rétrospectif certain de la paralysie générale.

Un autre intérêt s'attache aux résultats obtenus par M. Mahaim, c'est la constatation faite du parallélisme complet qui existe entre les lésions vasculaires cérébrales découvertes dans la paralysie générale et celles qu'on observe dans les lésions cérébrales syphilitiques.

Dr KEIFFER.

LETTRES D'ANGLETERRE

(De notre correspondant spécial.)

Londres, le 2 août 1901.

Du rôle de l'hérédité sur la réceptivité à l'égard du germe tuberculeux.

Si l'on fait abstraction de la retentissante communication de M. Koch et de l'intéressante discussion à laquelle elle a donné lieu (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 250-251), il faut bien reconnaître que le Congrès britannique de la tuberculose s'est traîné un peu péniblement à la suite de ses prédécesseurs immédiats et n'a pas ajouté grand'chose à nos connaissances sur l'étiologie, la prophylaxie et le traitement de cette maladie; aussi eussé-je éprouvé peut-être quelque peine à écrire la présente lettre, si la question du rôle de l'hérédité n'avait été remise sur le tapis. Envisagée brièvement par M. Koch lui-même, elle a été écartée par le bactériologiste allemand qui, sans nier l'existence de la tuberculose héréditaire, a déclaré que, vu sa rareté, elle ne méritait pas d'être prise en considération. Quelque absolue que fût une pareille exclusion, certains congressistes sont allés encore plus loin; c'est ainsi que, dans les séances de section, on a entendu une communication de M. Maxon King (de New-York) dont les conclusions sont en opposition formelle avec les données généralement admises. En effet, il semblait établi que, si la tuberculose des parents n'est pas directement transmissible aux enfants, elle crée du moins chez ceux-ci une prédisposition spéciale, un état particulier de réceptivité qui les rend plus aptes à se contaminer quand ils sont placés dans des conditions favorables. Or, M. Maxon King croit, au contraire, que les descendants de tuberculeux jouis-

sent d'une certaine immunité à l'égard de cette infection, ainsi que le lui ont démontré la proportion de tuberculeux, inférieure à la moyenne, qu'ils fournissent, et l'évolution plus lente de la maladie chez eux. En effet, il a pu connaître à fond les antécédents familiaux de 242 sujets affectés de tuberculose; sur ce nombre, 103 ont succombé, dont 76 étaient indemnes de toute hérédité tuberculeuse; 27 seulement, par conséquent, étaient issus de parents dont l'un au moins était mort de tuberculose. En outre, la durée de la maladie qui, chez les premiers, fut, en moyenne, d'un peu moins de trois ans, se prolongea quatre ans environ chez les seconds.

Telles ne sont pas les idées de M. Squire (de Londres), qui produit une statistique ayant porté sur 469 décès déclarés à une compagnie d'assurance sur la vie; de ce nombre, 440 concernent des sujets sans antécédents héréditaires au point de vue de la tuberculose; or, 71 de ces individus succombèrent phtisiques, soit 16.13 %; les 29 autres sont relatifs à des assurés ayant des antécédents tuberculeux; 7 moururent de tuberculose, soit 24.13 %. Néanmoins, M. Squire estime que la proportion de 33 %, admise par certains auteurs comme représentant le nombre des tuberculeux à antécédents héréditaires, est trop forte; dans la statistique précédente, on voit, en effet, que des 78 décès causés par la tuberculose, 7 seulement, soit 8.97 %, ont trait à des individus prédisposés.

De son côté, M. Burton-Fanning (de Norwich) croit à l'importance de l'hérédité, en se fondant sur le fait que, de 716 malades traités dans des *sanatoria* privés du Royaume-Uni, 52 % avaient des antécédents tuberculeux, 2.6 % seulement d'entre eux semblant avoir été contaminés accidentellement.

Comme on le voit, l'accord ne semble pas près de se faire entre les deux partis en ce qui concerne le rôle de l'hérédité, ni même, parmi les partisans de ce facteur étiologique, sur la fréquence qu'il convient de lui attribuer.

Une question assez analogue à celle du rôle de l'hérédité est celle de l'influence qu'exerce l'âge des parents, au moment de la conception, sur la réceptivité à l'égard du bacille de Koch. M. von Körösy (de Budapest) a communiqué une statistique d'où il résulte que, chez les enfants nés de mères âgées de moins de vingt ans, la mortalité par tuberculose atteint 8.45 %; elle s'abaisse à 5.09 % quand la mère a de vingt à trente ans, et à 2.78 % lorsque celle-ci a plus de trente ans et moins de trente-cinq ans; au-dessus de cet âge, elle remonte à 4.26 %. L'âge du père joue un rôle analogue : 5.71 % de mortalité tuberculeuse chez les enfants dont le père a moins de vingt-cinq ans; 4.74 % quand il a de vingt-cinq à trente ans; 3.60 % lorsqu'il a de trente à quarante ans; 6.01 %, enfin, s'il a plus de quarante ans.

Importance de la déclaration des cas de tuberculose au point de vue de la prophylaxie de cette affection.

La déclaration obligatoire des cas de tuberculose, dont ce journal a signalé la mise en vigueur dans divers pays, constitue une mesure dont l'efficacité paraît de plus en plus certaine; aussi le Congrès, reconnaissant les bons effets de la déclaration, a-t-il émis le vœu « qu'elle soit adoptée partout où l'administration sanitaire est suffisamment organisée pour pouvoir appliquer les mesures qui en découlent ».

La déclaration des cas de tuberculose n'a pas seulement pour effet de permettre d'établir des statistiques exactes et d'isoler les sujets atteints; elle rend, en outre, possible la désinfection des locaux contaminés, et c'est là un point de haute importance, ainsi que le prouvent les expériences de M. Harold Coates (de Manchester). Notre confrère a recherché le bacille de Koch dans les poussières provenant des habitations; il a divisé les maisons sur lesquelles a porté son étude en trois catégories : maisons sales, habitées par un phtisique; maisons propres, habitées par un phtisique; maisons très sales, mais sans habitants contaminés. Dans les premières, il a trouvé le bacille 14 fois sur 21 (66.6 %); dans les secondes, 5 fois sur 10 (50 %); enfin, 10 maisons appartenant au troisième groupe ont toutes donné des résultats négatifs. On voit donc que la propreté ne suffit pas à la destruction du germe tuberculeux; l'air et la lumière paraissent avoir une influence prépondérante, car, dans tous les cas des deux premières catégories où l'examen bactériologique demeura infructueux, l'aération et l'éclairage étaient bons.

Des recherches de ce genre devraient être poursuivies sur une plus grande échelle, afin de montrer aux gouvernements combien il importe de prendre des mesures propres à donner au peuple la certitude d'avoir un logement qui ne soit pas funeste pour la santé.

Sans méconnaître la valeur des autres questions dont s'est occupé le Congrès britannique de la tuberculose, je n'ai pas cru devoir en faire mention, soit que les communications eussent déjà perdu leur caractère original, soit qu'elles aient visé plus spécialement les *sanatoria*, c'est-à-dire le côté social et économique de la lutte contre la tuberculose. Je me suis également abstenu de toute incursion sur le domaine de la thérapeutique médicamenteuse, car, sous ce rapport, la réunion n'a pas été féconde en résultats pratiques.

Dr A. Gubb.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Analgésie par injection intrarachidienne de quinine.

D'après l'expérience de M. le docteur Jaboulay, chirurgien des hôpitaux de Lyon, la quinine introduite dans l'espace sous-arachnoïdien à la dose de 0 gr. 025 milligr. à 0 gr. 10 centigr. exercerait une action analogue à celle des injections intrarachidiennes de cocaïne, avec cette différence que ses effets se manifesteraient sur une étendue moins grande, tout en étant, par contre, plus durables. Injectée dans le liquide céphalo-rachidien, la quinine déterminerait une anesthésie des téguments sacrococcygiens, du périnée, des bourses, des organes génito-urinaires et du rectum, ainsi qu'une parésie des muscles vésicaux et rectaux, phénomènes qui persisteraient une quinzaine de jours. Cela étant, on pouvait présumer que ces injections seraient susceptibles de rendre service dans les névralgies pelviennes rebelles, dans les cystites douloureuses, l'incontinence d'urine, les arthralgies du bassin et de la hanche, les cancers inopérables ano-rectaux ou utérins, etc. Les essais que M. Jaboulay a institués dans plusieurs cas de ce genre lui ont, en effet, donné des résultats assez encourageants.

La quinine, qui agit ici par vasoconstriction, doit être employée en solution concentrée (0 gr. 50 centigr. pour 1 c.c. d'eau). Ajoutons que l'injection de quinine ne produirait un effet réellement curatif qu'à la condition d'être poussée dans l'espace sous-arachnoïdien; déposée à la surface de la dure-mère, comme cela arrive dans les cas où l'on ponctionne en déviant de la ligne médiane, elle ne ferait qu'apaiser momentanément les douleurs.

Au cours de ses recherches sur les injections médicamenteuses intrarachidiennes, M. Jaboulay a été à même de constater, entre autres particularités, que la diversité des résultats obtenus dans la cocaïnisation de la moelle dépend des oscillations de la densité respective de la solution injectée et du liquide céphalo-rachidien. Plus le mélange est parfait, plus l'anesthésie est complète. Aussi, pour que la solution de cocaïne ne reste pas — en raison de sa densité plus élevée — au fond du liquide céphalo-rachidien, devrait-on la chauffer à 37°5.

La valeur et le mode d'emploi des lavements froids dans la fièvre typhoïde.

Depuis les travaux de Juhel-Rénoy, on accorde généralement peu de valeur aux lavements froids dans le traitement de la fièvre typhoïde (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 418). Or, à en juger d'après l'expérience de M. le docteur Lemoine, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille, la défaveur dans laquelle est tombé ce moyen thérapeutique ne serait rien moins que justifiée. Tout en reconnaissant que la balnéothérapie froide constitue le traitement de choix de la dothiénentérie, notre confrère estime que dans les cas où l'application de la méthode de Brand est impossible (clientèle de campagne, milieux pauvres) il convient de recourir aux lavements d'eau froide. Toutefois, au lieu d'injecter dans le rectum de l'eau à la température de 10° à 15°, comme on le fait d'habitude, M. Lemoine préfère se servir d'eau bouillie et refroidie jusqu'à 18° ou 20° seulement, de crainte de provoquer des contractions intestinales suivies de coliques douloureuses, susceptibles de faciliter les perforations. Les lavements sont administrés toutes les trois heures et, au besoin, toutes les deux heures au moyen d'un bock-injecteur — qui ne doit pas être élevé à plus de 50 centimètres au-dessus du plan du lit — et d'une canule rectale qu'on enfonce à une vingtaine de centimètres. On fait passer chaque fois 2 litres de liquide, en ayant soin de procéder très lentement et d'interrompre de temps à autre le courant, de façon à ne pas soumettre l'intestin à une trop forte distension.

Il résulte des essais institués par M. Lemoine dans 32 cas de fièvre typhoïde que ces irrigations de l'intestin abaissent la température plus rapidement que ne le font les bains; toutefois, leur action à cet égard n'est pas aussi durable que celle de la balnéation. En effet, l'abaissement thermique atteint son maximum vingt à trente minutes après le lavement, mais une demi-heure plus tard la température se trouve de nouveau au même point qu'auparavant. Malgré cette insuffisance de l'action antipyrétique des lavements froids, les malades soumis à ce mode de traitement présentent, en général, une hyperthermie moindre que ceux auxquels on fait prendre des bains : l'ensemble de leur courbe thermométrique offre moins d'oscillations et l'affection suit une marche plus régulière. C'est que les lavements agissent non seulement en abaissant la température, mais encore en désinfectant l'intestin : le patient étant couché dans la position horizontale et la canule introduite à une profondeur d'environ 20 centimètres, le liquide pénètre haut et balaye tout le gros intestin. Aussi notre confrère est-il d'avis que ces irrigations sont de beaucoup supérieures aux lotions froides et aux enveloppements froids, qui souvent fatiguent le malade sans lui procurer le moindre avantage.

Traitement de la chorée hystérique par l'immobilisation.

M. le docteur Huyghe, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille, traite avec succès la chorée hystérique par un procédé de suggestion qui consiste essentiellement à immobiliser les membres atteints. Après avoir fait aspirer au patient quelques bouffées de chloroforme, sans chercher toutefois à obtenir une anesthésie complète, notre confrère pratique sur les extrémités un massage assez vigoureux pour être perçu par le malade, malgré l'état d'étourdissement dans lequel celui-ci se trouve. Puis on procède, toujours sous chloroforme, à l'immobilisation des bras et des jambes en les plaçant dans des gouttières soigneusement ouatées, qu'on recouvre ensuite, sur toute leur étendue, avec des bandes de toile. Cette immobilisation est maintenue durant cinq à six jours, après quoi on enlève le pansement; le plus souvent, on constate alors que tout mouvement choréiforme a disparu.

Ce procédé offrirait sur les moyens habituels de psychothérapie (hypnose, suggestion à l'état de veille) l'avantage de laisser le malade sous l'influence d'une auto-suggestion persistante. De plus, les membres étant cachés sous le pansement, le patient oublie, pour ainsi dire, de bouger, et c'est là un des facteurs importants de la guérison. Aussi, toutes les fois qu'après cinq à six jours d'immobilisation on remarque encore quelques mouvements, même insignifiants, il faut remettre les gouttières, de crainte de voir se faire une rééducation complète des mouvements choréiformes.

Il va sans dire que le procédé en question ne saurait réussir dans la chorée vraie de Sydenham, le jeune âge des patients qui en sont atteints constituant, à lui seul, une condition défavorable pour une auto-suggestion efficace.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'utilisation clinique du dosage du fer dans le sang.

Les variations de quantité de l'hémoglobine du sang, appréciées par les méthodes de dosage colorimétrique, jouent un certain rôle dans l'étude clinique de quelques affections. Par contre, si l'on fait abstraction d'un petit nombre de recherches, plus expérimentales que cliniques, sur la présence de méthémoglobine dans le sang au cours de certaines intoxications, on voit que jusqu'ici la *quantité* de l'hémoglobine a seule été prise en considération par les cliniciens, les observateurs n'ayant apporté aucune attention à ses variations de *qualité*.

I

J'ai été amené à m'occuper de ces dernières par deux ordres de considérations.

En premier lieu, j'avais été frappé depuis longtemps de ce fait que, dans les cas d'anémie pernicieuse où la valeur globulaire est anormalement élevée, cet accroissement ne pouvait pas s'expliquer suffisamment par l'augmentation du volume moyen des hématies. J'avais remarqué, en effet, que le dosage colorimétrique de l'hémoglobine offrait en pareille occurrence des difficultés particulières, tenant d'une part à un écart de teinte plus accusé que d'ordinaire entre la solution étalon et la solution de sang, et d'autre part à la modification progressive et assez rapide de cette teinte au cours des opérations du dosage; modification qui a pour effet de faire trouver des chiffres d'autant plus élevés qu'on retarde davantage leur détermination.

Ces particularités m'avaient déjà fait penser que l'hémoglobine devait présenter des variations de qualité originelle, en rapport avec des différences de valeur colorante et avec des différences d'altérabilité.

En second lieu, une conception générale du rôle physiologique des tissus, basée sur ma doctrine personnelle de la spécificité cellulaire absolue, m'avait amené à voir dans l'hémoglobine, comme dans toutes les matières dérivées des cellules, une substance organisée présentant des étapes diverses de formation évolutive, incompatibles avec la stabilité et la fixité de composition qu'on lui attribue généralement.

Pour moi (1), tous les tissus de l'organisme sont constitués sur un plan commun, comportant, d'une part, une espèce cellulaire fondamentale, qui en assure la vie spéciale mais qui n'a aucun rôle direct dans la physiologie de l'organisme, et, d'autre part, une ou plusieurs *substances dérivées*, formées par les cellules dans leur protoplasma ou en dehors de lui, qui seules jouent le rôle physiologique dévolu au tissu dont elles émanent, et qui représentent la contribution de ce dernier à la vie collective de l'être dont il fait partie. Dans le sang, la cellule fondamentale est évidemment représentée par les leucocytes; l'hémoglobine et le sérum sont les substances dérivées.

On a beaucoup discuté et on est encore loin d'être d'accord sur la genèse des hématies, non seulement en ce qui concerne les détails morphologiques de leur formation, lesquels sont après tout chose secondaire, mais même sur le lieu de cette formation et sur le rôle des organes qui y prennent part. Quoi qu'il en soit de ces divergences, on ne saurait méconnaître que c'est l'hémoglobine qui assure la fonction principale du sang, celle d'absorber l'oxygène de l'air, de le véhiculer et de le rétrocéder aux autres tissus; elle est au sang ce que la chondrine est au cartilage ou l'osséine au tissu osseux. De même que ces dernières substances dérivées, elle ne peut pas être produite d'emblée avec tous ses caractères physico-chimiques définitifs; elle doit évoluer ou mûrir avant de devenir parfaite; or, il me semble qu'on s'est beaucoup trop préoccupé de la formation des hématies, c'est-à-dire des conditions morphologiques du fractionnement de l'hémoglobine, et pas assez de la formation propre de cette dernière et de son perfectionnement progressif.

(1) L. Bard. La spécificité cellulaire; ses conséquences en biologie générale. Paris, 1899, p. 71 et suivantes.

II

Partant à la fois de cette notion d'anatomie générale et du fait d'observation clinique indiqué en commençant, j'ai entrepris des recherches destinées à mettre en évidence les variations de qualité ou les variations évolutives que je prévoyais, destinées aussi à rechercher l'influence que ces variations pouvaient avoir, et la valeur qu'elles pouvaient prendre à l'état pathologique. Cette étude a été plus rapidement fructueuse que je ne l'espérais; elle comporte des points de vue divers et des conséquences multiples qui ne se dégageront que peu à peu; je voudrais seulement indiquer dans ce travail le premier résultat important qu'elle a donné, celui d'une utilisation clinique réelle du dosage du fer dans le sang.

Ces premières expériences ont été poursuivies dans mon laboratoire et dans mon service de clinique avec la très précieuse collaboration d'un de mes assistants, M. Mallet. C'est à lui que sont dus tous les dosages, laborieux et répétés, qui nous ont amenés aux conséquences et aux conclusions que je vais indiquer. Les détails des observations cliniques, des procédés employés et des chiffres obtenus, se trouvent dans sa thèse inaugurale récente (1).

La méthode générale adoptée pour nos recherches était la détermination, chez divers malades, de la quantité d'hémoglobine du sang, en utilisant *comparativement* les divers procédés cliniques connus de dosage de cette substance. En agissant ainsi, j'avais la pensée que ces différentes méthodes étant toutes indirectes, basées sur une seule des qualités propres ou sur un seul des éléments constitutifs de ce corps, leurs divergences pourraient servir à mettre précisément en relief les variations de qualité et d'évolution dont je présumais l'existence à l'état pathologique.

Nous avons utilisé, comme procédés de dosage, le dosage colorimétrique, le dosage spectroscopique avec l'appareil d'Hénocque, et enfin le dosage du fer par la méthode de Jolles; tous procédés dont l'ensemble n'exige que quelques gouttes de sang, qu'on peut obtenir par une piqûre ou par une petite incision du doigt ou du lobule de l'oreille. Le dosage du fer est un peu plus complexe et un peu plus long que les deux autres, mais il mérite cependant la qualification de clinique, parce qu'il n'exige pas plus de sang qu'une numération de globules — ce qui permet de le pratiquer et de le répéter sans difficultés chez tous les malades —, et parce que les manipulations qu'il comporte ne sont pas au dessus des moyens et des compétences des cliniciens purs, peu familiarisés avec les méthodes chimiques délicates. J'aurais voulu y joindre le dosage de la capacité d'absorption du sang pour l'oxygène, mais j'ai reculé devant la complication des opérations qu'il nécessite et surtout devant la quantité de sang qu'il exige, double condition qui ne permet pas d'en faire une méthode vraiment clinique.

Outre les divers dosages de l'hémoglobine, M. Mallet pratiquait simultanément, chez les mêmes sujets, la numération des globules blancs et rouges par l'hématimètre et par l'hématocrite, et appréciait la résistance de l'hémoglobine aux causes d'altérations par un procédé spécial. Les résultats obtenus dans cette partie de nos recherches sont indépendants de ceux qui font l'objet de cette note; aussi, bien qu'ils présentent également un grand intérêt, je ne les indique aujourd'hui que pour mémoire.

(1) H. Mallet. Des variations de qualité de l'hémoglobine et de leur valeur clinique. (*Thèse de Genève*, 1901.)

III

A l'état physiologique — tout le monde est d'accord sur ce point, et nous avons pu également le vérifier —, les trois procédés de dosage de l'hémoglobine indiqués ci-dessus donnent des chiffres à peu près uniformes et suffisamment concordants. Il ne saurait, d'ailleurs, en être autrement, puisque, pour chacun d'eux, le chiffre considéré comme normal a été précisément établi par la moyenne des examens d'un certain nombre de sangs normaux.

Cette concordance prouve tout à la fois, d'un côté la fixité assez grande, *à l'état normal*, des rapports des divers éléments auxquels chacune de ces méthodes emprunte sa base d'appréciation, et, de l'autre, la précision suffisante de ces procédés de dosage.

A l'état pathologique, il n'en est plus de même; des différences très marquées apparaissent, qui confirment mes prévisions, et qu'il restait à interpréter d'abord et à utiliser ensuite pour la clinique.

Afin de rendre ces divergences plus nettes et plus facilement comparables, il est préférable de laisser de côté les chiffres absolus d'hémoglobine indiqués par chaque méthode, pour ne tenir compte que de leurs rapports avec les chiffres normaux, rapports indiqués par un pourcentage, comme il est, d'ailleurs, de règle de le faire avec certains appareils colorimétriques, tels que celui de Gowers-Sahli.

Nos observations nous ont bien vite montré des écarts pathologiques considérables entre le pour cent de valeur colorimétrique du sang et le pour cent de son contenu de fer, rapportés tous les deux à la quantité normale; ces écarts ayant, du reste, lieu dans l'un ou l'autre sens suivant les cas. Le dosage spectroscopique se place le plus souvent entre les deux autres; il est tantôt égal, tantôt inférieur à celui de la couleur, il ne le dépasse à peu près jamais.

Les données les plus intéressantes et les plus importantes sont fournies par les différences du fer et de la couleur, différences que l'expérience n'a pas tardé à nous montrer le plus accusées et le mieux déterminées.

M. Jellinek, en utilisant également l'appareil de Jolles, avait déjà constaté les écarts fournis par les dosages comparatifs de l'hémoglobine par le fer et par la couleur (1); mais, imbu de l'idée classique que l'hémoglobine devait posséder à la fois une valeur colorimétrique fixe et une teneur constante en fer, il en a conclu que le dosage du fer était un procédé inexact pour le dosage de l'hémoglobine, et il a pensé que l'erreur devait provenir du fer contenu dans le sérum et dans les globules blancs.

En réalité, cette interprétation est insoutenable, tout à la fois parce que les écarts ont lieu dans les deux sens, en moins comme en plus, et parce que des divergences énormes sont constatées dans certains cas; M. Mallet a trouvé, comme différence maxima, 25 % en plus et 34 % en moins de fer par rapport à la couleur; M. Jellinek lui-même avait noté une fois le maximum encore plus élevé de 53 % de fer en moins; on voit quelle quantité considérable de fer les globules blancs et le sérum devraient contenir pour suffire à expliquer de pareilles divergences. M. Mallet s'est, d'ailleurs, assuré directement de l'absence dans le sérum d'une quantité de fer dosable par la méthode em-

(1) S. Jellinek. Ueber Färbekraft und Eisengehalt des Blutes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 nov. 1897, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 448.)
H. Rosin et S. Jellinek. Färbekraft und Eisengehalt des menschlichen Blutes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1900, XXXIX, 1-2, p. 109.)

ployée; cette absence résulte de ce fait que, précisément dans les cas où il avait décelé dans le sang les proportions de fer les plus élevées, le sérum séparé des globules par centrifugation n'avait plus d'action appréciable sur le réactif colorimétrique.

L'absence de fer dans les globules blancs est à son tour prouvée par ce fait que, dans deux cas de leucocythémie étudiés, l'un par M. Jellinek lui-même, l'autre par M. Mallet, la teneur du sang en fer a été généralement d'autant plus basse que le nombre des globules blancs était lui-même plus élevé.

IV

La véritable raison des différences que l'on observe entre le fer et la couleur est tout autre; elle est facile à déduire du sens de leurs divergences, rapproché de l'étude clinique des cas où on les constate.

D'une manière très générale et très constante, le fer a donné des pourcentages supérieurs à ceux de la couleur dans la chlorose simple et dans les anémies post-hémorrhagiques; il a donné des chiffres inférieurs à celle-ci dans les états cachectiques de tout ordre, tuberculose, cancer, anémies chroniques, d'origine chlorotique ou autre, mais sans effort efficace de réparation, avec déchéance de l'état général.

Dans les chloroses simples, sous l'influence du traitement et à mesure que la guérison approche, les pourcentages tendent à s'égaliser, c'est-à-dire que le fer et la couleur tendent à reprendre leur rapport normal; il en est de même dans la période de réparation d'une hémorrhagie.

En cas d'hémorrhagies intercurrentes au cours d'états cachectisants, comme le cancer ou la tuberculose, le rapport des deux données varie suivant les périodes de l'évolution de la maladie; dans les jours qui suivent l'hémorrhagie, le fer se relève au-dessus de la couleur; à mesure qu'on s'en éloigne, il s'en rapproche et finit par lui redevenir inférieur.

Nous avons obtenu des résultats identiques chez deux lapins : l'un, inoculé de tuberculose, présentait le fer inférieur; l'autre, soumis à des hémorrhagies artificielles, présentait le fer supérieur.

Les écarts pathologiques, variables suivant les sujets, vont, en général, de 4 ou 5 % à 15 ou 20 %, ces derniers assez fréquents et très caractéristiques; ceux de 1 à 2 % sont négligeables et sans signification précise. Les chiffres très élevés indiqués plus haut sont rares, mais, fait important, les écarts extrêmes du fer en moins sont plus accusés que ceux en plus, puisque M. Jellinek a trouvé, comme maximum en plus, 21 % et M. Mallet 25 %, alors qu'ils ont observé, comme maxima en moins, le premier 53 % et le second 34 %.

M. Mallet a étudié et publié, dans sa thèse, outre les résultats de l'examen de quelques cas normaux de contrôle, ceux de l'examen de 33 malades et de deux animaux mis en expérience. Ses derniers dosages remontent à la fin de mars; depuis cette époque, un assez grand nombre d'autres examens ont été faits dans mon service de clinique, et leurs résultats n'ont fait que confirmer les faits antérieurs.

On peut résumer et synthétiser ces données en disant que *le fer est supérieur à la couleur*, c'est-à-dire marque, *par rapport à la moyenne normale*, un pourcentage plus élevé que cette dernière, toutes les fois qu'il s'agit d'une *anémie simple avec conservation de l'hématopoïèse* et effort efficace de régénération normale. Au contraire, *le fer est inférieur à la couleur* dans tous les cas où *la régénération fait défaut*, par suite de l'entrave apportée à l'hématopoïèse par une cachexie ou une maladie organique grave. Quand ces deux ordres de causes se superposent et se contrarient réciproquement, les écarts sont plus faibles et leur sens est commandé par la prédominance de l'un ou de l'autre des deux facteurs en présence.

V

La seule interprétation plausible de ces différences m'a paru être la suivante :

Le sang contient normalement de l'hémoglobine à divers degrés d'évolution, puisque les globules rouges sont soumis à une destruction et à une régénération incessantes; la proportion d'hémoglobine nouvelle et d'hémoglobine parfaite est à peu près constante à l'état normal, et c'est ce mélange en proportions fixes que l'on prend pour base quand on mesure la teneur du sang en hémoglobine. Or, l'hémoglobine jeune possède dès le début de sa formation sa teneur en fer à peu près complète; sa valeur colorante s'accroît, au contraire, lentement, et n'atteint son degré définitif que lorsque son évolution a franchi ses dernières étapes.

A l'état normal, l'hémoglobine achevée prédomine dans le sang et lui donne sa valeur colorimétrique habituelle par rapport à sa teneur en fer.

A l'état pathologique, quand la destruction des globules vieillis n'est pas suffisamment compensée par la formation de globules nouveaux, la quantité proportionnelle d'hémoglobine adulte l'emporte plus encore que normalement sur celle de l'hémoglobine jeune : la valeur colorimétrique est supérieure, par suite, à la valeur en fer. Si, au contraire, l'anémie est le fait de la perte ou de la destruction exagérée de globules anciens, avec régénération active de globules nouveaux, l'effet inverse se produit et le fer prédomine sur la couleur.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de cette interprétation et de ces hypothèses, la constance de la loi qui règle le sens des rapports observés en clinique fait de la comparaison des deux dosages un élément important de diagnostic et une base précieuse de pronostic.

A ce point de vue, un des cas observés avec M. Mallet, et rapporté en détail dans sa thèse, a été particulièrement frappant et singulièrement instructif. Il s'agissait d'une anémie pernicieuse d'origine bothriocéphalique, suivie de guérison après l'expulsion des tænias. A l'arrivée à l'hôpital, le malade avait 1,085,000 globules rouges par millimètre cube, 30 % de couleur et 26 % de fer, avec une valeur globulaire de 1.38; il présentait tous les phénomènes généraux d'une anémie pernicieuse. Comme ce fait était le premier de cet ordre qu'il me fût donné d'observer, je gardai, je l'avoue, quelques doutes sur la réalité du rôle des bothriocéphales dans la genèse de l'anémie.

L'administration de 5 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle amena l'expulsion de nombreux anneaux et de trois scolex de *Bothriocephalus latus*. L'amélioration s'accusa aussitôt et très rapidement; en même temps, la formule hématologique se transforma. Onze jours après l'expulsion des tænias, il y avait 2 millions de globules, 40 % de couleur et 39 % de fer; neuf jours plus tard, 2,800,000 globules, 45 % de couleur, 49 % de fer. Le patient avait augmenté de 4 kilogrammes et se trouvait si complètement guéri qu'il fut impossible de le retenir plus longtemps à l'hôpital.

Dès le premier examen qui suivit l'expulsion des tænias, le relèvement du fer, plus rapide que celui de la couleur, est venu démontrer l'éloignement de la cause qui arrêtait l'hématopoïèse; par là, le rôle pathogénique des tænias était établi, et le pronostic s'annonçait déjà favorable.

Dans certains cas de chlorose, surtout lorsque la maladie présente une durée et une ténacité anormales, on est souvent embarrassé pour savoir si les accidents dépendent uniquement de l'intensité de la chlorose, ou si cette dernière n'est pas causée ou entretenue par quelque affection organique du cœur ou du poumon. Le dosage du fer peut et doit trancher la question : dans la chlorose simple, *avant l'amélioration par le traitement*, la quantité de fer dépasse la couleur de 10 à 20 % en général, de 12 à 25 % dans les cas étudiés par M. Mallet. Quand la chlorose est compliquée, de tuberculose surtout, la proportion est inverse et le fer reste en général à 10 % au-dessous de la couleur; il en est de même dans les anémies symptomatiques de la tuberculose, avec ou sans caractère chlorotique.

VI

Les détails et les exemples qui précèdent suffisent à montrer l'importance que peut prendre dès à présent, en clinique, le dosage du fer dans le sang, et par là suffisent à justifier le titre de cet article; toutefois, il importe de préciser encore qu'il s'agit de *données comparatives, et nullement de chiffres absolus*. Il est possible que la quantité absolue du fer contenu dans le sang ait une importance et une signification clinique spéciales, mais je ne saurais le dire et le fait ne résulte nullement de nos recherches; ce qu'elles démontrent, c'est uniquement l'importance du *rapport fer et couleur* pour la détermination de l'étape évolutive moyenne de l'hémoglobine du sang, et, par elle, pour l'appréciation de l'état des forces hématopoïétiques, état qui vient apporter à son tour des contributions positives au diagnostic et au pronostic de multiples affections.

Bien des points restent encore à élucider, par exemple ceux qui concernent le rôle des influences permanentes, telles que l'âge ou le sexe, et celui des circonstances accidentelles ou périodiques, comme la grossesse ou les époques cataméniales; quelques-uns de ces points ont été déjà mis à l'étude dans mon service, d'autres le seront ultérieurement, s'ils n'ont pas été abordés d'ici là par d'autres observateurs.

Indépendamment des résultats déjà acquis et de ceux que l'on peut prévoir dans le même ordre de faits, il y a tout lieu de penser qu'on pourra utiliser ce procédé d'étude du sang, à titre de méthode générale, pour arriver à la solution de certains des problèmes encore discutés que soulève la régénération physiologique du sang, celui, par exemple, de l'influence de l'altitude sur la multiplication apparente ou réelle des globules rouges. Les diverses mensurations à base volumétrique, qu'il s'agisse de numérations ou de dosages, ont à compter avec les causes d'erreur, difficiles sinon impossibles à éviter, tenant aux variations de la concentration du sérum et de la masse totale du sang; le rapport des quantités de fer et d'« hémoglobine couleur » échappe à ces difficultés, puisque les deux termes étant également influencés par ces divers facteurs, l'effet de ces derniers se trouve éliminé du résultat obtenu.

Dr L. Bard,
Professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Genève.

CONGRÈS FRANÇAIS
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Onzième session tenue à Limoges du 1er au 7 août 1901.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

De la paralysie générale juvénile.

M. Devay (de Lyon) relate quatre cas de paralysie générale juvénile qu'il a observés chez des malades âgés de dix-sept à vingt-cinq ans. Un de ces sujets présentait des stigmates manifestes d'hérédo-syphilis, un autre était tuberculeux; quant aux deux derniers, ils avaient contracté eux-mêmes la syphilis, l'un trois et l'autre quatre années avant le début des accidents paralytiques. Chez tous, la méningo-encéphalite avait affecté la forme démentielle d'emblée, sans phénomènes délirants.

M. Régis. — La paralysie générale juvénile, qui était autrefois une rareté, devient de jour

en jour plus fréquente; on pourrait en réunir facilement, aujourd'hui, une centaine de cas. Ce point établi, je ferai observer qu'il me semble exagéré d'étendre jusqu'à la vingt-cinquième année, comme vient de le faire M. Devay, les limites de la paralysie générale dite juvénile. On sait, en effet, que cette affection reconnaît pour cause presque exclusive l'hérédo-syphilis; il est donc assez important de ne pas trop en élargir le cadre, sous peine d'y faire rentrer des cas où ce ne sera plus la syphilis héréditaire, mais une syphilis acquise, qui en sera le facteur étiologique. C'est pour cette raison que j'avais, autrefois, fixé à vingt ans la limite extrême auquel une paralysie générale peut être qualifiée de juvénile. Je sais bien qu'à cet âge on peut être déjà en puissance de syphilis personnelle, témoin le cas rapporté par Westphall d'une petite fille qui contracta la syphilis à sept ans et devint paralytique générale dix années plus tard; mais ce sont là des faits exceptionnels et, jusqu'à vingt ans, on peut dire qu'en règle générale c'est l'hérédo-syphilis qui intervient dans l'étiologie de l'affection.

M. Ballet. — Il y a dans la communication de M. Devay une autre particularité que je tiens à relever : c'est le peu de temps qui s'est écoulé chez deux malades entre le début de la syphilis et l'apparition de la paralysie générale. On admettait, il y a seulement quelques années, qu'un intervalle de dix ou douze années était nécessaire pour qu'une infection syphilitique se terminât par une méningo-encéphalite ou un tabes; il est certain qu'actuellement cet intervalle tend à se raccourcir : je connais pour ma part nombre de cas de tabes et de paralysie générale qui se sont manifestés cinq ans, voire même trois ans, après le début d'une infection syphilitique.

M. Brissaud. — Sans pouvoir citer de chiffres précis, je puis dire cependant que mes propres observations confirment d'une manière générale celles de M. Ballet. M. Fournier, que j'ai interrogé à ce sujet, a, de son côté, fait la même remarque. Il n'est donc pas téméraire d'affirmer que la syphilis subit en ce moment une évolution en vertu de laquelle les accidents de la période secondaire semblent se montrer de plus en plus bénins, au fur et à mesure que ceux de la phase tertiaire deviennent plus nombreux et plus redoutables.

M. Régis. — Je me suis attaché depuis longtemps à déterminer avec précision la date des infections syphilitiques pré-tabétiques ou préparalytiques; l'intervalle le plus court que j'aie observé est de six ans; en moyenne, c'est douze années après le chancre spécifique qu'on voit apparaître la méningo-encéphalite.

Puisqu'il est question des rapports de la paralysie générale avec la syphilis, je tiens à déclarer que je ne crois pas du tout que la syphilis soit le seul facteur étiologique de la paralysie générale. J'estime, au contraire, qu'une infection quelconque peut jouer le même rôle; pour ne citer qu'une de celles qui interviennent le plus fréquemment, j'invoquerai les cas nombreux où l'on ne trouve que la tuberculose dans les antécédents des paralytiques.

M. Marchand. — A l'appui de ce qu'a dit M. Devay au sujet de la physionomie clinique qu'a revêtue la paralysie générale chez ses malades, je ferai connaître que chez les trois paralytiques généraux juvéniles qu'il m'a été donné d'observer, le diagnostic porté au début avait été respectivement celui d'idiotie, d'imbécillité et d'épilepsie. Ce dernier était justifié par les attaques épileptiformes qui avaient caractérisé le début de la paralysie générale chez un de ces sujets.

De l'importance de l'aboulie dans la genèse des obsessions.

M. Arnaud (de Vanves). — On sait que les troubles psychiques désignés sous le nom d'*obsessions* sont considérés par certains auteurs comme d'origine purement intellectuelle, par d'autres comme d'origine émotive. Pour les premiers, c'est l'*idée* qui joue le rôle prépondérant dans la genèse de l'obsession, et les phénomènes émotionnels concomitants n'en sont que le corollaire. Pour les seconds, au contraire, l'*émotion*, avec les troubles vasomoteurs qui l'accompagnent, constitue le fait primitif et fondamental de l'obsession.

Ces deux hypothèses sont passibles d'objections : on a fait observer à juste titre, aux partisans de la théorie intellectuelle, que tous les obsédés, même en dehors des paroxysmes, sont d'une émotivité excessive; d'un autre côté, il n'est pas douteux que, dans beaucoup de cas, c'est une secousse émotionnelle qui est le point de départ de l'idée obsédante; enfin, tandis que celle-ci varie à l'infini, les phénomènes émotionnels restent immuables.

Mais, d'autre part, les défenseurs de la théorie émotive (W. James, Lange, Ribot) ont beaucoup exagéré l'influence des troubles de l'innervation vasomotrice et des manifestations émotives sur la production des obsessions. Il n'est pas exact de prétendre que nous sommes tristes seulement parce que nous pleurons, effrayés parce que nous tremblons, etc., etc. Dans bien des cas, l'émotion n'est qu'une conséquence de l'idée, à plus forte raison lorsque cette idée devient obsédante.

Pour ces différentes raisons, je crois qu'il faut chercher ailleurs le véritable point de départ des obsessions morbides. En étudiant les obsédés en dehors de leurs crises angoissantes, j'ai acquis la conviction que ces malades sont avant tout des abouliques : c'est la perte, ou du moins un amoindrissement considérable du contrôle de la volonté, qui est la véritable cause de la formation des systèmes psychologiques qui s'imposent à la conscience et qui l'obsèdent.

Je pense, en un mot, que l'obsession morbide est un phénomène très complexe dont la condition fondamentale est un trouble primitif et généralisé affectant les éléments communs à la volonté et à l'intelligence; ce trouble est une aboulie permanente qui préexiste aux obsessions et en prépare l'éclosion. L'influence des idées et de l'émotion s'exerce dans le développement, dans l'orientation et dans l'intensité de l'obsession, ainsi que dans l'apparition et le retour des accès, mais l'obsession est avant tout une maladie de la volonté.

M. Régis. — Il n'est nullement besoin de faire intervenir la volonté pour comprendre le mécanisme de l'idée obsédante. A la base de toutes les obsessions, on rencontre, en effet, une émotivité pathologique qui suffit parfaitement à les expliquer.

La meilleure preuve que l'on puisse donner du rôle considérable de l'émotivité dans la genèse de l'obsession, c'est qu'elle en constitue l'élément constant et indispensable; supprimons, en effet, par la pensée, l'anxiété, l'angoisse, etc., qui accompagnent toute idée obsédante, du même coup l'obsession disparaît. Retranchons-en, par contre, l'idée fixe qui la caractérise, en laissant subsister les troubles émotionnels concomitants, il y a toujours état obsédant. Il peut donc y avoir obsession sans idée fixe, il ne peut y en avoir sans émotion, et, dans tout état obsédant, on retrouve plus ou moins marqués les phénomènes constitutifs de l'émotivité pathologique, en particulier les troubles vasomoteurs. L'obsession est donc bien, comme l'a établi Morel, un état morbide foncièrement émotif.

Des mouvements en miroir.

M. Meige. — Il est connu que l'écriture en miroir est l'écriture spontanée de la main gauche, pour toute personne écrivant normalement et couramment de la main droite.

Ce qui est vrai pour l'écriture l'est également pour tout autre mouvement appris par la main droite; sans éducation spéciale, la main gauche reflète du premier coup, en miroir, le geste, l'acte compliqué ou non, exécuté par la main droite. On peut donc admettre qu'il y a eu éducation inconsciente du membre supérieur gauche : ce qui était enseigné au centre cortical du membre supérieur droit s'est comme réfléchi en miroir sur le centre cortical du membre supérieur gauche.

La thérapeutique peut mettre à profit la connaissance de ces faits; et ce n'est pas seulement des mouvements de la main gauche (écriture pour les sujets privés de l'usage de la main droite) qu'il s'agit ici. On peut dire, en effet, que, dans le moment même où un centre préside à l'exécution d'un mouvement, le centre symétrique tend à commander ce même mouvement, mais en miroir. Il en résulte qu'un mouvement sera appris par un membre malade avec bien plus de facilité, si le membre symétrique sain exécute et répète lui-même ce mouvement. La gymnastique rééducatrice devra donc profiter de cet avantage toutes les fois qu'elle aura à s'adresser à des troubles moteurs dimidiés. Lorsqu'on aura affaire à une lésion passagère ou peu accentuée, la rééducation musculaire se trouvera facilitée par la mise en jeu des mouvements en miroir. Mais c'est surtout pour la correction des troubles moteurs qui, jusqu'à ce jour, ne semblent pas sous la dépendance d'une lésion organique, pour les tics en particulier, que l'on pourra avantageusement recourir à l'emploi de ces mouvements (écriture ou dessin des deux mains, exercices gymnastiques des muscles symétriques).

M. Ballet. — Je crois comme M. Meige que, dans la majorité des cas, quand on veut écrire de la main gauche, il faut écrire en miroir. Toutefois, cette loi ne s'applique qu'aux personnes chez lesquelles l'habitude d'écrire est très développée; celles, au contraire, qui, pour écrire, copient plus ou moins consciemment des lettres, n'écriront pas plus facilement de la main gauche en traçant des caractères centrifuges que des caractères centripètes.

De l'absence de microbes dans le liquide céphalo-rachidien et le sang des malades atteints d'affections nerveuses ou d'infections variées.

M. Faure. — J'ai examiné, avec M. Laignel-Lavastine (de Paris), le liquide céphalo-rachidien retiré pendant la vie, par ponction lombaire, chez 64 malades atteints d'affections diverses du système nerveux (paralysie générale, tabes, tumeurs cérébrales, etc.).

Dans aucun de ces cas, sauf 12 qui doivent être exclus parce que des erreurs de manipulation ont été commises, nous n'avons obtenu de cultures microbiennes. Nous pouvons donc affirmer que le liquide céphalo-rachidien de tous ces malades était stérile, et cependant, chez plusieurs d'entre eux, les conditions nécessaires pour obtenir des résultats positifs semblaient se trouver réunies (fièvre, agitation, délire, coma, phlegmons, eschares, etc.) au moment même ou nous avons recueilli le liquide.

Dans 4 cas (1 purpura et 1 endocardite ulcéreuse mortels, 2 infections puerpérales suivies de guérison), nous avons mis en culture — aérobie et anaérobie — le sang retiré de l'avant-bras, mais également sans succès.

D'autre part, M. Rosenthal a systématiquement ensemencé le sang de 40 malades atteints d'infections diverses (fièvre typhoïde, pneumonie, purpura, rhumatisme articulaire aigu, etc.) dans le but d'y rechercher une infection microbienne primitive ou secondaire. Dans un seul cas de fièvre typhoïde, d'ailleurs bénigne, il a trouvé le bacille d'Eberth dans le sang. Tous les autres essais de culture ont échoué.

De l'ensemble de ces recherches, il résulte que, pas plus chez les malades atteints d'infections variées que chez les aliénés dont l'état mental paraît d'origine infectieuse, nous n'avons rencontré, soit dans le tissu cérébral, comme nous l'avons précédemment exposé (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 258), soit dans le liquide céphalo-rachidien, soit dans le sang, un élément microbien pouvant être incriminé au point de vue de la genèse de l'affection.

Il nous semble que ces faits constituent un nouvel argument en faveur de la théorie que nous soutenons, à savoir que les troubles mentaux dits infectieux sont, en réalité, de nature toxique. C'est grâce aux poisons sécrétés au niveau du foyer infectieux — où qu'il siège — et répandus dans tout le milieu intérieur, ou encore par l'intermédiaire des toxines fabriquées dans d'autres parties de l'organisme sous l'influence de l'infection (fièvre, troubles digestifs, insuffisance hépatique et rénale, troubles circulatoires, etc.) que prennent naissance et se développent les troubles mentaux. Cette conception, du reste, rend bien compte des analogies qui existent entre la physionomie clinique des psychoses toxi-infectieuses et celle des psychoses toxiques.

Du rôle respectif de la syphilis héréditaire, de l'alcoolisme et de quelques professions insalubres sur le développement des maladies du système nerveux chez les enfants.

M. Bourneville (de Paris). — Contrairement à ce qu'on pourrait croire, l'hérédo-syphilis est

assez rare chez les enfants idiots, imbéciles, épileptiques, etc. : je ne l'ai constatée que chez 1 % des petits malades que j'ai observés, ce qui tient sans doute à ce qu'un grand nombre des enfants issus de syphilitiques viennent au monde mort-nés. Par contre, il m'a été possible de m'assurer que plus de 40 % des parents des enfants idiots, paralytiques, etc., étaient des alcooliques avérés.

Parmi les causes des affections nerveuses en question figurent aussi, avec raison, les professions insalubres exercées par les géniteurs. Au premier rang se placent celles où l'on emploie la céruse, le mercure, le phosphore, le cuivre, etc., etc. Il résulte d'une statistique que j'ai dressée que 87 familles dans lesquelles l'un ou l'autre des conjoints, quelquefois les deux, exerçaient une de ces professions, ont fourni 420 enfants, dont 220 sont décédés (52 %); sur les 200 survivants, 87 (21 %) sont devenus idiots ou épileptiques. On peut donc dire que 73 % environ des enfants dont les parents exercent une profession insalubre, sont atteints mortellement ou grièvement.

Crises épileptiformes comme seule manifestation d'une tumeur cérébelleuse.

M. Marchand. — J'ai observé récemment un cas de tumeur du cervelet qui offre un certain intérêt, parce que, malgré son volume et sa situation bulbo-protubérantielle, le néoplasme ne s'était manifesté pendant la vie que par des crises épileptiformes.

Il s'agit d'un homme, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui eut une première crise d'épilepsie à trente ans. Pendant plusieurs années, les accès restèrent très rares. A l'âge de trente-huit ans, ce malade succomba après avoir présenté une série d'accès convulsifs accompagnés de délire violent.

A l'autopsie, on trouva une tumeur cérébelleuse de la grosseur d'une noix, située au niveau du lobule du pneumogastrique et comprimant le bulbe et la protubérance. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules fusiformes, sans traces de glycogène. La glycogenèse étant une des fonctions les plus constantes des cellules en voie de multiplication, on peut en conclure que le néoplasme avait dû croître lentement et mettre plusieurs années pour atteindre son volume définitif. La lenteur de ce développement explique l'absence de phénomènes paralytiques par compression des nerfs crâniens, ceux-ci ayant été refoulés progressivement par la tumeur.

Eruptions de purpura post-paroxystiques chez des épileptiques.

M. Bourneville. — Le phénomène sur lequel je désire attirer votre attention est assez rare; je veux parler des éruptions de purpura qui se montrent quelquefois chez les épileptiques à la suite des accès; j'en ai rencontré 5 cas. C'est à la face et sur les parties latérales du cou que siègent de préférence les taches purpuriques; dans un cas seulement, l'éruption était généralisée. Ce phénomène apparaît habituellement le lendemain des crises; quant à sa durée, elle ne dépasse pas quatre à cinq jours. Les épileptiques chez lesquels je l'ai constaté ne présentaient aucune particularité, n'étaient ni cachectiques, ni hémophiles. La pathogénie de ces accidents hémorrhagiques reste donc assez obscure; ils sont, en tout cas, étroitement liés aux paroxysmes à la suite desquels ils surviennent et méritent d'être rapprochés des ecchymoses sous-conjonctivales qui se produisent souvent chez les mêmes malades et dans les mêmes circonstances.

M. Crocq. — J'ai observé également un épileptique qui présentait, après chaque accès, une éruption confluente de purpura circonscrite au visage; mais je dois ajouter que c'était un vieillard de soixante-quinze ans, qui fut, par la suite, atteint d'hématuries et chez lequel on diagnostiqua une affection cancéreuse de la vessie.

Développement du système pileux chez les aliénées.

M. Dupré (de Paris) dit qu'il résulte de l'examen comparatif du système pileux d'un très grand nombre de femmes aliénées et non aliénées, que c'est chez les premières que le système pileux s'est montré le plus développé; ce phénomène est surtout marqué chez les démentes séniles, chez les paralytiques générales et chez les démentes précoces. Il a été considéré jusqu'ici comme rentrant dans la catégorie assez vague des stigmates de dégénérescence physique; d'après l'orateur, il faudrait en chercher la véritable cause dans un trouble du fonctionnement de la glande thyroïde ou de l'ovaire.

M. Pailhas (d'Albi) communique une série de recherches statistiques faites dans le département du Tarn, qui montrent que dans les vieilles localités, dont les habitants, n'ayant que peu de débouchés avec le dehors, se marient entre eux depuis plusieurs générations, les progrès de la dégénérescence de la race se sont affirmés par l'augmentation des cas d'aliénation mentale, de surdi-mutité, de bégaiement, etc.

M. Laignel-Lavastine présente un certain nombre de préparations provenant de deux cas de troubles cérébraux d'origine toxi-infectieuse et prouvant l'existence d'altérations des grandes cellules pyramidales de l'écorce.

Dr G. Deny,
Médecin de la Salpêtrière.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes, par M. L. Dartigues.

Après avoir passé en revue les diverses opérations conservatrices employées dans le traitement des fibromes, l'auteur s'applique plus particulièrement à faire connaître dans ses détails la méthode d'énucléation, par voie vaginale, des fibromes sous-muqueux sessiles et interstitiels proprement dits, ou procédé d'*hystérotomie cervico-vaginale* de M. Segond.

La possibilité d'énucléer les fibromes du muscle utérin avait été entrevue dès 1833 par Velpeau, et quelques années plus tard cette idée était mise à exécution par Amussat, lequel pratiquait l'incision bilatérale du col, l'abaissement de l'utérus et la section médiane du fibrome lorsque celui-ci était gros, de façon à en énucléer successivement les deux moitiés; mais, née avant l'époque antiseptique, l'opération d'Amussat devait subir le sort de bien d'autres interventions chirurgicales, et, en effet, elle ne tarda pas à tomber en désuétude. Reprise ensuite à l'étranger par divers gynécologistes, elle ne fut guère pratiquée que dans des cas isolés, jusqu'à l'époque où la méthode du morcellement, si bien utilisée par Péan, vint agrandir le champ d'action du procédé primitif d'énucléation. Mais on peut dire que la myomectomie vaginale par morcellement avec conservation de l'utérus fut bientôt presque complètement détrônée par l'hystérectomie totale, vaginale ou abdominale.

Dans ces dernières années, toutefois, une réaction s'est produite en faveur de la vieille opération d'Amussat, et c'est ainsi que, sous l'inspiration de M. P. Segond, M. Dartigues consacre sa thèse inaugurale à la réhabilitation de la méthode conservatrice. Au cours d'une longue pratique de l'hystérectomie vaginale pour fibromes, M. Segond, ayant constaté bien souvent que les utérus morcelés par l'hystérectomie se seraient facilement prêtés à une chirurgie moins radicale, en est arrivé à considérer l'hystérotomie cervico-vaginale latérale comme l'opération de choix, en ce qu'elle permet aussi bien l'énucléation de fibromes très haut situés que le morcellement de masses fibreuses interstitielles pesant jusqu'à 1,000 et 1,200 grammes, et, d'autre part, en ce qu'elle respecte sûrement les uretères et, à l'inverse de l'hystérotomie vaginale médiane, n'exige ni le décollement de la vessie, ni l'ouverture du péritoine.

Cette intervention utilise les principes fondamentaux des procédés d'Amussat et de Péan, c'est-à-dire l'incision commissurale du col, l'énucléation et le morcellement. La section commissurale du col, pratiquée d'un seul côté ou des deux côtés, est poussée plus ou moins loin, selon les conditions d'accessibilité de la tumeur, de façon à obtenir une large voie d'exploration; cette discission cervicale profonde est faite sans préoccupation d'hémostase préventive des artères utérines : dans ce premier temps, le col étant abaissé et amené à la vulve, une commissure est sectionnée aux ciseaux, jusqu'à l'isthme et même au delà, en empiétant, au besoin, sur presque toute la hauteur du bord correspondant du corps. Bilatérale, cette hystérotomie cervico-vaginale transversale divise l'utérus, dans son segment inférieur, en deux valves permettant l'introduction facile du doigt et des instruments. Après l'exploration de la cavité utérine, qui constitue le deuxième temps, on procède, dans le troisième temps, au morcellement du fibrome mis à nu par débridement de sa capsule; c'est à la fin de cette manœuvre que l'on peut rencontrer la seule difficulté du procédé, car si l'on n'a pas acquis l'habitude de distinguer exactement les sensations différentes fournies par la consistance du fibrome et par celle du muscle utérin, on est exposé à traverser ce dernier et à prendre contact avec l'intestin. On fait ensuite une toilette soignée de la cavité utérine, on tamponne, avec des lanières de gaze stérilisée, cette cavité, ainsi que les loges fibreuses dont on vient d'énucléer les fibromes, puis on termine l'opération en suturant le col, à moins que l'on ne préfère laisser la cavité utérine largement béante pour assurer le drainage.

Sur 25 observations consignées par M. Dartigues à la fin de son travail, il n'y a eu aucun décès. Chez 18 femmes, l'opération n'a pour ainsi dire pas donné de sang; 7 fois elle a déterminé une hémorrhagie d'abondance variable, toujours maîtrisée facilement; sur ces 7 cas, l'hémostase définitive a été obtenue 2 fois par la pince à demeure et 2 fois par la suture du col; 3 fois elle a été spontanée. (*Thèse de Paris*, 1901.) — M. C.

La lèpre en Crète, par MM. E. Ehlers et Cahnheim.

Dans ce travail, MM. Ehlers et Cahnheim relatent les observations qu'ils ont pu faire au cours d'une mission pour l'étude de la lèpre en Crète.

La loi crétoise oblige les personnes suspectes de lèpre à se présenter à un médecin qui les fait interner, s'il y a lieu, dans une léproserie. Cette prescription est bien observée, car la population de l'île a acquis une singulière compétence en ce qui concerne le diagnostic précoce de la lèpre : durant toute leur mission, les auteurs n'ont, en effet, relevé que quatre erreurs de diagnostic (sclérodactylie, syphilis, etc.). Par contre, l'isolement est pour ainsi dire nul. Théoriquement, le lépreux ne doit pas quitter sa léproserie; mais comme, pour vivre, il ne reçoit que 600 grammes de pain par jour, il est obligé de recourir à toutes sortes d'expédients; par suite, 25 à 30 % des pensionnaires des léproseries courent la campagne, mendiant, volant, et quelquefois violant, car il ne faut pas oublier le *satyriasis* lépreux. Quand, grâce aux aumônes reçues, ces individus ont amassé quelque argent, ils achètent la hutte ou le terrain qu'ils occupent dans la léproserie, pour le louer à de plus misérables qu'eux : dans le « Léprochorion » de Candie, on compte ainsi 900 locataires parmi lesquels la lèpre fait indiscutablement de nouvelles victimes. D'autres malades se font jardiniers ou métayers et vendent publiquement leurs denrées.

C'est par ces causes multiples de contagion qu'il faut expliquer la soi-disant hérédité de la lèpre : un lépreux n'est presque jamais seul atteint dans sa famille ou dans son village. L'incubation n'est probablement pas aussi longue qu'on le pense d'ordinaire, mais, de même que la syphilis ou la tuberculose, la lèpre a des périodes de latence. La propagation de cette infection en Crète est encore favorisée par la malpropreté, la misère physiologique et l'habitude de marcher pieds nus : cette dernière coutume explique la grande fréquence du mal perforant lépreux. Pour la population globale de l'île, on compte un malade sur 800 ou 1,000 habitants environ; dans certains districts, cette proportion s'élève jusqu'à 4 ‰.

La lèpre anesthésique, forme atténuée de l'affection, est à peu près aussi commune que la lèpre tubéreuse, alors qu'à la première de ces variétés ne ressortissent, en Norvège, qu'un tiers des cas. La douceur du climat est sans doute la

principale cause de cette atténuation de la maladie. La lèpre peut même guérir, et MM. Ehlers et Cahnheim en relatent deux exemples.

Les formes frustes, encore peu connues, sont assez fréquentes en Crète. Elles sont caractérisées par l'atrophie de la paupière inférieure, les anesthésies ou hypoesthésies des extrémités des membres, notamment dans le domaine du nerf cubital, et enfin par une véritable *camptodactylie* lépreuse, c'est-à-dire par la flexion des deuxième et troisième articulations phalangiennes de l'annulaire et du petit doigt, attribuable à la névrite cubitale; les jointures métacarpo-phalangiennes et l'aponévrose palmaire sont intactes, ce qui différencie cette lésion d'avec la maladie de Dupuytren. (*Lepra*, II, 1 et 3.) — R. DE B.

Kystes gazeux de l'intestin; rétrécissement du pylore, par M. JABOULAY.

Nous avons publié naguère une étude d'ensemble sur une affection rare chez l'homme, les kystes gazeux de l'intestin ou *pneumatose intestinale*, à l'occasion d'un cas qui venait d'être opéré — c'était le premier — par M. le professeur Hahn (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 419). Dans le présent travail, M. Jaboulay cite un fait semblable, où l'intervention chirurgicale fut également couronnée de succès.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, souffrant depuis huit ans de l'estomac; cet organe était le siège d'une dilatation énorme : il occupait presque toute la cavité abdominale, et la stase était telle que chaque jour on devait pratiquer des évacuations à la sonde pour éviter les vomissements. En outre, le palper permettait de sentir, immédiatement au-dessous du rebord des fausses côtes droites, une rénitence, presque une induration, douloureuse à la pression; aussi avait-on porté le diagnostic de sténose cicatricielle du pylore, consécutive à un ulcère rond.

Une laparotomie ayant été pratiquée, on trouva, en effet, une cicatrice pylorique, mais l'induration que l'on percevait à ce niveau était produite, non par le pylore lui-même, mais par une anse d'intestin grêle recouverte de petits kystes gazeux et qui s'était placée au devant de la région pylorique. Des bulles gazeuses identiques, dont le volume variait d'une tête d'épingle à une noisette, siégeaient également sur les anses voisines, où elles étaient situées entre le péritoine et la paroi propre de l'intestin; la séreuse pariétale était même intéressée par places : c'est ainsi que tout un groupe de petits kystes avait envahi la partie moyenne de la face concave du diaphragme.

Songeant aux bons effets de la simple ouverture du ventre dans la péritonite tuberculeuse — et devant l'impossibilité de traiter efficacement chacun des innombrables foyers de pneumatose —, l'auteur se décida à refermer purement et simplement l'abdomen; et l'évènement justifia ses prévisions, car depuis lors le malade n'a plus vomi, son ventre s'est rétracté, et il n'existe plus, dans la région pylorique, ni induration, ni point douloureux. (*Lyon méd.*, 26 mai 1901.) — F. F.

La mort après l'opération de la cataracte, par M. A. TROUSSEAU.

Si l'extraction d'un cristallin opaque est généralement considérée comme une intervention sans gravité, la littérature médicale renferme cependant la relation de quelques cas où cette opération eut une issue fatale. M. Trousseau croit nécessaire d'attirer l'attention sur cette éventualité qui, à son avis, serait plus fréquente qu'on ne le suppose d'ordinaire.

La pathogénie de ces décès ne laisse pas que d'être obscure. Il convient d'abord de mettre à part toute une catégorie de faits où le mécanisme de la mort (par urémie, par hémorrhagie cérébrale) est évident, et où la question se pose seulement de savoir s'il y a eu simple coïncidence ou s'il a existé une relation de cause à effet entre l'intervention et l'issue fatale. Toutefois, ce n'est pas de ces cas que s'occupe l'auteur; il envisage plus spécialement les décès survenant chez des individus jusque-là bien portants, mais d'âge avancé, et qui, à la suite de l'opération de la cataracte, succombent à des accidents broncho-pulmonaires. Il en cite deux exemples :

Le premier concerne une femme de quatre-vingts ans, n'ayant jamais été malade dans le cours de sa longue existence et dont tous les organes étaient sains; une congestion pulmonaire, rapidement mortelle, se déclara le soir du second jour après l'intervention.

Chez l'autre patient, un homme de quatre-vingt-neuf ans, les accidents débutèrent le troisième jour; le malade eut la chance de guérir; l'année suivante, il voulut faire enlever sa deuxième cataracte; M. Trousseau s'y étant refusé, il eut recours à un autre oculiste; il mourut en cinq jours de pneumonie double.

D'après l'auteur, la « commotion nerveuse » (préoccupation, peur de compromettre le succès par des mouvements intempestifs, voyage quelquefois fatigant avant l'opération, séjour prolongé dans l'obscurité) et l'alitement, toujours dangereux chez les vieillards, seraient les deux causes principales de ces redoutables complications respiratoires. Si l'on ne peut guère agir sur la première, il est du moins possible d'atténuer, sinon de supprimer, la seconde. Aussi M. Trousseau a-t-il pour règle de maintenir ses opérés au lit très peu de temps, parfois même pas du tout. (*Ann. d'oculist.*, mars 1901.) — F. F.

Gangrène symétrique des extrémités consécutive à la rougeole, par M. BUSACCA.

Si l'étiologie de la maladie de Raynaud est encore loin d'être définitivement élucidée, on ne saurait toutefois méconnaître l'influence des maladies infectieuses sur le développement de cette affection. A ce point de vue, l'observation relatée par M. Busacca offre un intérêt particulier, car la rougeole ne paraît pas avoir été signalée jusqu'ici comme facteur de la gangrène symétrique des extrémités.

Il s'agit d'un enfant de deux ans, n'offrant rien de particulier dans ses antécédents personnels; il importe seulement de noter l'âge avancé de ses parents : le père avait cinquante-huit ans et la mère quarante-trois ans au moment de sa naissance. Deux semaines environ après la fin d'une rougeole ayant évolué sans complication, le petit malade se plaignit d'avoir mal aux pieds; ceux-ci, surtout le gauche, étaient froids et de couleur rouge sombre. On appliqua des sangsues le lendemain, mais sans résultat; peu à peu, une gangrène sèche s'établit qui ne tarda pas à s'étendre à la moitié inférieure des jambes, sans déterminer, d'ailleurs, de phénomènes généraux. Au bout de trente-quatre jours, le pied gauche se détacha, et, trois jours plus tard, le pied droit; la séparation se fit au niveau des articulations tibio-tarsiennes, mais à droite les parties molles furent détruites au-dessus de ce niveau, de sorte que l'extrémité inférieure du tibia et du péroné reste à découvert. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, avril 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Des abcès rétro-pharyngiens consécutifs aux suppurations de l'oreille moyenne, par M. G. KIEN.

Les abcès rétro-pharyngiens constituent une complication assez rare de l'otite moyenne suppurée. L'auteur a eu l'occasion d'en observer 4 cas qui présentent un certain intérêt, soit à cause des phénomènes que détermina la collection purulente, soit en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elle donna lieu.

Chez le premier de ces malades, il se produisit, au cours d'une otorrhée chronique aggravée depuis quelque temps, un abcès rétro-pharyngien compliqué d'un abcès de la région latérale du cou; en comprimant soit l'une, soit l'autre de ces poches, on voyait du pus sortir par l'oreille. On incisa l'abcès du cou et on établit une large communication entre celui-ci et le pharynx. Six jours plus tard survint une pneumonie infectieuse qui dura trois semaines et se termina par la guérison.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une otite moyenne aiguë, avec suppuration abondante et douleurs au niveau de l'apophyse mastoïde; celle-ci fut trépanée. Quelques jours après, le malade eut une élévation considérable de la température et éprouva pour la première fois des douleurs dysphagiques. L'examen de la gorge n'ayant fourni aucune explication de ces douleurs, on crut avoir affaire à une thrombose du sinus. Ce dernier fut ouvert, mais on n'y remarqua rien d'anormal. La fièvre persista avec la même intensité, et c'est seulement au bout de huit jours qu'on observa une forte saillie du pharynx, laquelle n'était autre chose qu'un abcès rétro-pharyngien. La collection purulente s'étant reformée douze jours après une première incision, on l'ouvrit une deuxième fois. La guérison fut complète.

Le troisième sujet avait une otite moyenne suppurée subaiguë, compliquée d'un abcès périsinusien. Le sinus fut mis à nu. Il n'y avait pas de pus dans l'antre, mais on en trouva en quantité considérable dans la fosse cérébrale moyenne. Trois jours plus tard, on constata l'existence d'un abcès rétro-pharyngien; quand on le comprimait, du pus s'échappait de la cavité osseuse. Cette poche se trouvait en communication avec l'apophyse mastoïde.

Chez le quatrième patient, enfin, la collection rétro-pharyngienne se forma, comme dans les deux faits précédents, au cours d'une otite moyenne aiguë. L'antre était rempli de pus et de granulations, et présentait, au niveau du plancher, une fistule qui se dirigeait en bas et en avant sous la muqueuse du pharynx.

En ce qui concerne la voie que suit le pus pour pénétrer de l'oreille moyenne sous la muqueuse pharyngée, elle n'est pas la même dans tous les cas. Après avoir envahi l'antre et les cellules mastoïdiennes (lesquelles sont tapissés par la même muqueuse que la caisse), le pus, si une cause quelconque en détermine la rétention, se fraye un passage soit en perforant l'os, soit en traversant les orifices osseux préexistants. C'est ainsi qu'il fait parfois irruption dans les fosses cérébrales moyenne et postérieure et se dirige ensuite en bas par les trous ovale et rond; ou bien il se porte vers le trou jugulaire et continue son chemin soit en arrière jusque sous les muscles profonds de la nuque, soit en avant, le long de l'apophyse basilaire de l'occipital, d'où il descend sur la face antérieure de la colonne vertébrale jusqu'au niveau de l'épiglotte, point où l'espace rétro-pharyngien subit un rétrécissement.

Mais, dans la grande majorité des faits, il se propage directement vers le bas, tantôt à travers le plancher de l'antre et la paroi antérieure du conduit auditif, tantôt par la paroi postérieure de l'antre; dans cette dernière éventualité, il n'atteint le pharynx qu'après avoir traversé la fosse cérébrale postérieure. L'envahissement se fait ou bien par des voies préétablies, ou bien à travers des perforations résultant de la destruction de la substance osseuse.

Il faut enfin mentionner la possibilité de la propagation du pus par la suture occipito-mastoïdienne et, en cas d'obstruction de la trompe d'Eustache, par la paroi antérieure de la caisse. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXIX, 1.) — S. J.

La néphroptose et la palpation du rein chez les nourrissons, par M. W. KNÖPFELMACHER.

Bien que la littérature médicale soit très pauvre en observations de rein mobile chez l'enfant, on peut cependant se demander, étant donnée la fréquence assez considérable de cette affection chez les adultes, si la rareté de la néphroptose dans le jeune âge n'est pas plutôt apparente que réelle. En effet, le plus souvent ce sont les phénomènes douloureux éprouvés par le malade et les commémoratifs établis au cours de l'interrogatoire qui mettent le praticien sur la voie du diagnostic et le conduisent à rechercher la mobilité rénale. Or, ces éléments d'appréciation faisant fréquemment défaut chez les enfants, on se trouve très rarement amené à pratiquer chez eux un examen approfondi de la cavité abdominale, qui pourrait, seul, fournir des données positives sur l'existence d'un déplacement du rein. Au surplus, il faut également tenir compte que la palpation de cet organe est beaucoup plus malaisée dans le jeune âge que chez l'adulte. Les difficultés de l'exploration de l'abdomen sont particulièrement marquées pour les nourrissons, la palpation déterminant souvent chez eux une contraction très intense des parois abdominales; de plus, si l'enfant est soumis à l'allaitement artificiel, la flatulence intestinale rend les organes rétro-péritonéaux peu accessibles. Aussi M. Knöpfelmacher s'est-il appliqué à substituer aux procédés habituels de recherche du rein un moyen susceptible de donner des résultats plus certains.

Il a été à même de constater que, jusqu'à l'âge de trois mois, parfois même plus tard, les reins peuvent parfaitement être explorés par la voie rectale. A cet effet, on applique la main gauche sur la région lombaire du nourrisson et on exerce à l'aide des doigts légèrement fléchis une certaine pression sur les muscles de cette région, pendant qu'on introduit l'index (soigneusement huilé) de la main droite dans le rectum. Suivant l'âge et la taille de l'enfant, et aussi selon la disposition de l'S iliaque, on réussit de la sorte à explorer tantôt un seul rein, tantôt les deux, tout au moins dans leur tiers inférieur, quelquefois sur une étendue plus grande. En général, le rein droit est plus accessible que le gauche. Le procédé en question n'offrirait, d'ailleurs, aucune difficulté; le plus souvent, il suffit de maintenir les petits patients couchés sur le dos et ce n'est que rarement qu'on est obligé de les mettre en décubitus latéral.

Cette accessibilité des reins au toucher rectal chez le nourrisson tient, en partie, à ce que, comme l'ont établi les recherches récentes de Büdinger, les organes dont il s'agit sont ici proportionnellement plus volumineux que chez l'adulte. En effet, s'il n'existe pas de différence sensible en ce qui concerne leur limite supérieure, il n'en est pas de même pour le hile, qui, dans les premiers mois de la vie, correspond à la deuxième vertèbre lombaire, tandis que chez l'adulte il se trouve le plus souvent au niveau de la première vertèbre lombaire ou, tout au plus, du bord supérieur de la deuxième.

En terminant, l'auteur relate deux observations de rein mobile chez des nourrissons, où le diagnostic, établi à l'aide de l'exploration rectale, put être vérifié par l'autopsie. Dans la première, il s'agissait d'un enfant très amaigri, âgé de neuf mois, chez lequel il existait, en plus d'une grande mobilité des deux reins, une ptose assez accentuée du foie et de la rate. La seconde a trait à un nourrisson de quatre mois, porteur d'un rein mobile gauche avec ectopie congénitale, coexistence qui s'observe, comme on le sait, très rarement. Dans le premier de ces cas, où l'on avait affaire à une sorte de *diathèse ptosique*, M. Knöpfelmacher est porté à admettre que l'état d'inanition dans lequel se trouvait le petit malade avait joué un rôle étiologique considérable dans la production des ptoses viscérales. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 3.) — L. CH.

Contribution à l'opération césarienne,
par M. H. Schröder.

Ce travail est un nouveau plaidoyer en faveur de la technique proposée par Fritsch et qui consiste à remplacer l'incision longitudinale antérieure classique par une incision transversale du fond de l'utérus. Il repose sur 13 observations personnelles, ayant donné 4 décès.

Dans le premier de ces 4 cas, la mort survint par infection péritonéale; il s'agissait d'un cancer du col; la malade était depuis longtemps en travail et le liquide amniotique s'était sans doute infecté grâce à la lésion utérine. La seconde issue fatale est attribuable à des thromboses ou embolies, chez une femme réduite à une anémie extrême par des hémorrhagies antérieures. Le troisième décès est encore dû à une péritonite; la patiente ayant subi précédemment une vaginofixation, l'utérus ne put être amené dans une position convenable après l'ouverture du ventre et une partie des eaux s'écoula dans le péritoine; or, le liquide amniotique était probablement infecté, car, au moment de l'opération, la malade avait 38°7. Dans le quatrième cas, enfin, la mort fut la conséquence d'une intervention secondaire dirigée contre une fistule utéro-abdominale laissée par l'opération césarienne; cette femme avait déjà subi antérieurement une première hystérotomie; au cours de la deuxième, on put constater que l'incision transversale du fond de l'utérus n'avait pour ainsi dire pas laissé de traces; les fils de soie avaient été résorbés.

D'après l'auteur, aucun de ces insuccès ne peut être imputé à la technique de Fritsch, dont il détaille ensuite les avantages. L'incision du fond de l'utérus, faite sur une femme en position de Trendelenburg, permet aux eaux de s'écouler sur le thorax de la malade; le péritoine court ainsi beaucoup moins de risques d'infection. C'est aussi le procédé de Fritsch qui permet le plus sûrement d'éviter le placenta : sur les 13 faits relatés dans le présent travail, celui-ci n'occupait le fond qu'une seule fois. Si l'on rencontre la masse placentaire, il vaut mieux la traverser franchement que de la décoller; de cette façon, l'enfant peut être extrait rapidement et l'hémorrhagie se trouve réduite au minimum, grâce à l'involution utérine qui commence aussitôt après l'extraction. L'incision transversale du fond est parallèle aux vaisseaux de la région; elle n'est donc pas plus hémorrhagipare que l'incision médiane antérieure.

Sur un total de 94 incisions transversales (comprenant ses propres observations et celles qu'il a recueillies dans la littérature médicale), M. Schröder ne compte que 14 cas où il soit fait mention d'une hémorrhagie quelque peu abondante lors de l'incision; et la plupart du temps il est noté que la perte sanguine cessa dès que l'utérus revint sur lui-même. On peut, d'ailleurs, obtenir l'hémostase en suturant soit la tranche de section, soit les angles de la plaie, au voisinage des trompes. Dans 3 faits seulement l'hémorrhagie résista aux moyens employés pour la combattre, sans qu'on puisse incriminer autre chose que l'atonie de l'utérus, atonie qui est sans rapport avec le procédé adopté. La compression circulaire de la base de l'utérus est, en tout cas, inutile, car elle n'agit pas sur les vaisseaux du fond de l'utérus.

L'incision de Fritsch est surtout avantageuse pour l'extraction rapide du fœtus, laquelle constitue le meilleur hémostatique, puisque l'utérus revient ensuite rapidement sur lui-même. Grâce à cette incision, on rencontre presque toujours l'enfant par l'un de ses pôles, tête ou siège; on a donc aussitôt prise sur lui, alors que, avec l'incision longitudinale, on n'arrive que sur le tronc. Le fœtus extrait, le regard plonge avec la plus grande facilité dans toute la cavité utérine, jusque dans son segment inférieur; les membranes peuvent ainsi être retirées en entier, ce qui est le moyen le plus efficace d'éviter l'obturation du col par quelque débris membraneux et, par suite, la rétention des lochies. On a objecté que l'incision du fond peut déterminer des adhérences avec l'intestin; mais l'utérus gravide étant normalement en antéflexion, la suture entre directement en contact avec la paroi abdominale, beaucoup plus exactement même que ne le fait l'incision antérieure classique, laquelle ne touche la paroi que par son extrémité supérieure. Cette adhérence avec la paroi est très avantageuse en cas de suppuration; il est vrai qu'il peut en résulter une ventro-fixation, mais cette éventualité n'a pas grand inconvénient au point de vue des grossesses ultérieures. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janvier et février 1901.) — R. DE B.

Le cancer de la portion vaginale du col utérin à ses débuts et ses voies de propagation, par M. O. von Franqué.

Les opérations partielles sur l'utérus, pour cancer de cet organe, sont à l'heure actuelle absolument délaissées. Pourtant, la mortalité de l'amputation du col est infiniment moindre que celle de l'hystérectomie totale; bien plus, les résultats éloignés de la première de ces interventions, dans certaines circonstances tout au moins, se sont montrés supérieurs à ceux de la seconde. M. von Franqué s'est proposé de déterminer ces circonstances.

Une question à résoudre tout d'abord était de savoir si, en enlevant un col cancéreux, on ne risque pas de laisser des métastases dans le corps; puis, il y avait à déterminer les limites d'opérabilité du cancer du col. Pour s'éclairer à ce sujet, l'auteur a soumis à une analyse minutieuse, tant microscopique que macroscopique, 38 utérus atteints de néoplasmes malins, soit de la portion vaginale, soit de la portion sus-vaginale du col. Pas une seule fois, il n'a rencontré de noyaux métastatiques dans le corps, et, dans la littérature, il n'a trouvé qu'un seul exemple d'une telle propagation. Sur une de ses pièces, cependant, il a constaté l'existence d'un petit noyau secondaire, mais occupant la portion supérieure du col et non le corps. Ainsi, au point de vue pratique, surtout quand il s'agit de lésions au début, on peut dire que les cancers du col et, *a fortiori*, ceux du museau de tanche, ne s'accompagnent pas de noyaux secondaires dans le corps, ces métastases n'apparaissant qu'aux périodes ultimes de la maladie, c'est-à-dire à un moment où l'hystérectomie elle-même est souvent contre-indiquée.

Au point de vue de la terminologie, M. von Franqué estime qu'il faut réserver la dénomination de « cancers initiaux de la portion vaginale » aux faits où la tumeur est superficielle, visible ou sensible dans toute son étendue, limitée à une seule lèvre, et respecte aussi bien les culs-de-sac vaginaux que l'orifice externe. La limite réelle du cancer, en effet, dépasse notablement sa limite apparente; souvent un néoplasme qui paraît entamer à peine l'orifice externe atteint presque l'orifice interne, ce qui rend vaine l'amputation du col; de même, lorsque la tumeur occupe les deux lèvres, c'est qu'elle a envahi le canal cervical. Malheureusement, le cancer initial du museau de tanche ne s'accompagne presque jamais de signes objectifs et sa découverte est ordinairement accidentelle; mais dans les cas où elle a été possible, l'amputation du col a donné des résultats très satisfaisants : 6 femmes opérées de la sorte à la clinique de M. Hofmeier, depuis un laps de temps variant de quatorze à cinquante-quatre mois, sont encore vivantes et sans récidive, résultat remarquable si l'on tient compte qu'après l'hystérectomie totale on compte 50 % de récidives durant la première année. Il faut donc s'appliquer au diagnostic précoce du cancer du col.

On pourrait objecter que les ganglions pelviens sont déjà infectés dans les faits en question. Assurément, il n'est guère possible de prouver le contraire; néanmoins, comme on a parfois trouvé les ganglions sains en cas de cancer étendu, il est permis de conclure qu'ils le sont à plus forte raison lorsqu'on a affaire à un néoplasme au début.

Quant à l'absence de noyaux secondaires dans le corps, même avec des tumeurs avancées du col, elle s'explique par la circulation lymphatique de ces régions. Les lymphatiques du corps et du col, comme l'a montré M. Poirier, aboutissent à des troncs communs, mais forment des territoires à peu près distincts; il faut donc, pour infecter le corps, un renversement du courant de la lymphe, renversement qui ne peut avoir lieu que si les ganglions et les vaisseaux principaux sont déjà obstrués par des embolies cancéreuses; or, cette éventualité se présente seulement alors que les lésions du col sont déjà anciennes. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 2.) — R. DE B.

De l' « inflammation croupale primitive » du conduit auditif, due au bacille pyocyanique,
par M. D. Helman.

Cette affection très rare, dont l'auteur relate 3 cas, survient brusquement, sans cause apparente, et ne détermine pas de fièvre ni aucun trouble du pharynx, du naso-pharynx ou d'un autre organe quelconque. Les patients se plaignent généralement de douleurs très fortes; à l'examen objectif, on constate une tuméfaction et une rougeur diffuses de la portion osseuse du conduit auditif, avec rétrécissement de ce conduit, desquamation de l'épiderme et affaiblissement de l'ouïe. Au bout de deux ou trois jours, apparaît, sur une des parois du conduit auditif, une ulcération qui sécrète un peu de sérosité; le lendemain, il s'est formé une membrane épaisse, brillante, gélatiniforme; c'est elle qui cause les douleurs violentes ressenties par les malades, car son ablation entraîne aussitôt la disparition des douleurs. Ces membranes se reproduisent généralement de deux à cinq fois, et au bout de quinze jours tout rentre dans l'ordre; le processus se termine sans laisser de cicatrices.

L'aspect, la consistance et les autres caractères macroscopiques des membranes en question sont tellement tranchés qu'il est très facile d'en reconnaître la nature croupale; leurs propriétés chimiques et microscopiques confirment cette opinion. L'affection dont il s'agit se distingue de la diphtérie, avec laquelle elle présente, d'ailleurs, certains points de ressemblance, par le manque de symptômes généraux, par la facilité avec laquelle les membranes peuvent être détachées, par le retour complet des tissus à l'état normal, sans cicatrices consécutives, enfin par l'absence du bacille de Löffler.

Le principal, sinon l'unique facteur étiolo-

gique de ces lésions, est le bacille pyocyanique que M. Helman a pu, dans les 3 cas, obtenir en culture pure, sans mélange d'aucun autre microorganisme.

En ce qui concerne le mode de formation des membranes, il ne s'agirait pas d'un exsudat fibrineux — lequel, comme on sait, ne se produit qu'au niveau de séreuses ou de muqueuses dont l'épithélium a subi une solution de continuité —, mais bien d'un liquide provenant de la rupture d'une vésicule et qui se coagulerait, peut-être sous l'influence du bacille pyocyanique lui-même.

Au point de vue du traitement, l'auteur s'est très bien trouvé de l'application, dans le conduit auditif, de tampons d'ouate imbibés de glycérine phéniquée. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, mars 1901.) — S. J.

De la section sous-cutanée du sphincter après la périnéorrhaphie, par M. H. Fritsch.

Dans les déchirures complètes du périnée, surtout quand elles ont déjà été l'objet d'une intervention, le sphincter anal est atrophié, scléreux et rétracté; lorsqu'on en a rétabli la continuité par la suture, l'anus se trouve fermé par un anneau presque entièrement dépourvu d'élasticité : gaz et matières éprouvent les plus grandes difficultés à passer. La distension de l'ampoule rectale, qui en résulte, a pour conséquence le tiraillement et la désunion des plans périnéaux reconstitués par les sutures profondes. Au point de vue plastique, l'opération peut donc échouer complètement, bien que la peau périnéale se soit souvent réunie par première intention.

Pour prévenir cet inconvénient, M. Fritsch conseille la section sous-cutanée du sphincter de chaque côté de la ligne médiane : cette section se fait à l'aide d'un ténotome, pendant que l'index gauche, introduit dans l'anus, surveille la marche de l'instrument et repousse les fibres sphinctériennes vers le tranchant. On introduit ensuite un gros tube de caoutchouc, légèrement enveloppé de gaze et remontant jusque dans l'ampoule rectale, de façon que les gaz puissent s'échapper facilement; d'autre part, le tube, grâce aux sections du ténotome, ne produit pas de tiraillements. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 janvier 1901.) — R. DE B.

Extirpation d'un kyste de l'ovaire droit par une incision inguinale gauche, par M. L. Reinprecht.

Chez une femme de soixante-cinq ans, qui offrait à la fois une épiplocèle inguinale adhérente gauche, une cystocèle vaginale et un kyste de l'ovaire droit, l'auteur, pour ne pas multiplier les incisions et opérer le tout en une seule séance, procéda de la façon suivante :

Après incision de l'épiplocèle gauche et résection du paquet épiploïque, il agrandit l'orifice herniaire suivant la direction des fibres du muscle grand oblique; une main introduite dans le vagin refoula alors le kyste vers la plaie inguinale; son pédicule trop court et son volume trop considérable ne permettant pas de le luxer en dehors de l'abdomen, on le ponctionna, cequi donna issue à 400 grammes de liquide; on pinça ensuite, sectionna et lia successivement, dans l'abdomen, les ligaments rond, large et pelvi-ovarien; puis, pour finir, on fit une colporrhaphie à la Tait.

La malade guérit très bien; mais, rentrée chez elle, elle succomba subitement trois semaines après l'opération; elle était alcoolique.

Les observations d'extirpation d'ovaires ou de kystes ovariens prolabés dans une hernie ne sont pas rares, mais M. Reinprecht n'a pas trouvé dans la littérature de fait analogue au sien. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 février 1901.) — R. DE B.

Deux cas d'hématomes de la paroi abdominale pendant la grossesse, par M. W. Stœckel.

Le premier des faits relatés par l'auteur concerne une femme enceinte pour la quatrième fois, ayant eu de plus deux avortements, et qui, vers le sixième mois de sa dernière grossesse, fut prise de violentes quintes de toux. A la suite d'une de ces quintes apparut subitement une tumeur à l'hypogastre droit. Quelques jours plus tard, ayant perdu ses eaux, la malade entra à l'hôpital. On constata que la tumeur était située un peu au-dessus de la symphyse, à droite de la ligne blanche, et s'étendait jusqu'à l'ombilic; elle était fluctuante et faisait manifestement corps avec la paroi. Les urines étaient fortement albumineuses.

Peu de temps après l'admission se déclara une hémorrhagie nécessitant un tamponnement. Au bout de quelques heures, on trouva le col complètement dilaté et obstrué par le placenta; la version permit d'extraire un fœtus mort. Pendant les suites de couches, la tumeur cessa d'être fluctuante. On l'opéra, et l'on vit qu'il s'agissait d'un hématome de la gaine du muscle droit de l'abdomen, du côté droit. La poche, pleine de caillots, fut tamponnée; la guérison se fit sans complications. Au moment de la sortie, il n'y avait plus d'albumine dans les urines.

Le second cas ressemble beaucoup au précédent, au point de vue de l'origine (quinte de toux) et des caractères physiques de la tumeur. Celle-ci siégeait à droite, entre les côtes et l'ombilic. Il existait, en outre, une ecchymose descendant au-dessous de l'ombilic, et un grand nombre de pétéchies sur la face antérieure du thorax et sur le côté extenseur des membres. La tumeur s'était développée huit jours avant les couches, qui furent normales; elle avait fait supposer à la sage-femme qu'il s'agissait d'une grossesse gémellaire. De même que chez la femme qui fait l'objet de la première observation, l'opération permit de reconnaître un hématome de la gaine du grand droit. Les suites furent simples.

Au point de vue anatomique, ces hématomes siégeaient, le premier au voisinage des vaisseaux épigastriques inférieurs, le second près de l'anastomose entre les vaisseaux épigastriques supérieurs et inférieurs. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 mars 1901.) — R. DE B.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Polyarthrites chroniques infectieuses chez les enfants, par M. H. Hirschsprung.

Les théories concernant les polyarthrites chroniques, tout comme les dénominations qu'on a attribuées à ce genre de lésions, ont considérablement différé, ce qui prouve que ces affections comportent d'assez nombreuses variétés. C'est ainsi que récemment un confrère anglais, M. Still, a isolé chez l'enfant un groupe de polyarthrites probablement non rhumatismales, bien qu'infectieuses; M. Hirschsprung, dans le présent travail, confirme tout d'abord et complète les observations de M. Still, en relatant quatre cas nouveaux de la forme morbide décrite par cet auteur.

Il s'agit d'une affection frappant surtout la première enfance, et n'ayant pas de relations évidentes avec le rhumatisme, l'alimentation, la misère physiologique, etc. Les jointures envahies sont très nombreuses : les grandes articulations, celles de la main et du pied, sont habituellement atteintes; la sterno-claviculaire est restée jusqu'à présent indemne; par contre, la mâchoire inférieure et les articulations intervertébrales cervicales sont fréquemment prises. Les jointures ne sont pas douloureuses au repos, et les mouvements, accompagnés d'une légère crépitation, ont une amplitude souvent considérable. Les articulations sont tuméfiées, mais le gonflement ne porte que sur les parties molles, ainsi que les examens anatomiques ou radioscopiques permettent de s'en rendre compte. Il existe, enfin, des contractures en flexion.

En plus de ces symptômes locaux, on observe d'ordinaire de la polyadénite, de l'hypertrophie du foie, quelquefois avec ictère, de la splénomégalie, de l'exophthalmos, de l'albuminurie, une teinte blafarde des téguments. Beaucoup de ces signes plaident en faveur de la nature infectieuse de l'affection. Cependant — et quoique M. Max Schüller, dans des cas fort analogues, ait trouvé des microcoques et des bacilles —, ni M. Still ni M. Hirschsprung n'ont pu obtenir de cultures avec l'exsudat articulaire, bien que celui-ci fût purulent dans un des faits relatés par M. Hirschsprung. Comme confirmation indirecte de l'origine infectieuse de ces lésions, on peut encore citer des observations où elles ont apparu à la suite d'une scarlatine.

Au point de vue anatomique, cette polyarthrite infectieuse chronique ne peut pas être confondue avec les arthrites déformantes, le *morbus coxæ senilis*, par exemple : les extrémités osseuses sont, en effet, intactes; les cartilages eux-mêmes, après des mois ou des années, sont à peine dépolis. L'infection se cantonne dans les parties molles articulaires, et en particulier dans la synoviale, dont les franges sont épaissies et vascularisées. Il n'y a pas trace d'ostéophytes. M. Still a signalé la grande fréquence des adhérences péricardiques ou pleurales; en tout cas, les valvules du cœur ne sont pas touchées.

A côté de cette forme, l'auteur en décrit une autre qu'il a également observée 4 fois. Le tableau « articulaire » de la maladie est le même que dans la variété précédente, mais la polyadénite, l'hypertrophie hépatique ou splénique manquent souvent; l'amaigrissement est extrême, les parties molles périarticulaires sont elles-mêmes comme desséchées. Par la radiographie, on constate de l'atrophie des diaphyses et, quand on veut redresser les membres contracturés, on produit avec la plus grande facilité des fractures ou des décollements épiphysaires; les luxations, fréquentes aussi, tiennent à la fois, sans doute, aux rétractions musculaires et à l'atrophie des épiphyses.

Dans les faits de cette dernière catégorie, le processus frappe évidemment le tissu osseux, alors que dans le premier groupe il intéresse surtout les parties molles. Mais entre les deux variétés, M. Hirschsprung estime qu'à l'heure présente on ne saurait établir de distinction tranchée. (*Hospitalstidende*, 24 avril, 1er, 8, 15 et 22 mai 1901.) — R. DE B.

Bacilles diphtéritiques et pseudo-bacilles diphtéritiques, par M. E. Levin.

Les pseudo-bacilles diphtéritiques, ou bacilles courts, sont généralement considérés comme une forme atténuée non virulente du bacille long de Löffler; mais on n'a pas encore pu obtenir leur transformation en cette dernière variété. M. Levin vient cependant d'y parvenir dans une double série d'expériences.

Ses premiers essais portèrent sur des bacilles courts provenant d'un malade atteint d'angine simple. Il cultiva d'abord ces microorganismes sur sérum de veau, puis sur sérum de Löffler, et les ensemença ensuite dans le bouillon alcalinisé de Spronck, qui sert à la préparation du sérum antidiphtéritique. Il se produisit tout d'abord, sans trouble du bouillon, un précipité granuleux dont l'inoculation à un cobaye n'amena aucun accident. L'auteur continua les cultures sur bouillon de Spronck et vit peu à peu la virulence du microbe augmenter. Au bout de quinze jours, l'injection sous-cutanée déterminait, au point d'inoculation, une petite plaque œdémateuse, dont on recueillit la sérosité pour l'ensemencer à nouveau. Après deux ou trois inoculations en série, l'exsudat ainsi produit tuait un cobaye en quarante-quatre heures et, à l'autopsie, on retrouvait les lésions typiques de la diphtérie. Les bacilles, qui avaient jusque-là conservé la forme courte, se présentaient maintenant avec un aspect allongé et offraient tous les caractères du bacille virulent de Löffler. Par de nouvelles cultures et inoculations en série, M. Levin parvint à accroître la virulence de ces microbes transformés, au point que leurs toxines tuaient un cobaye en quarante heures à la dose d'un cinquième de goutte; elles étaient à peu près parfaitement neutralisées par deux fois leur volume de sérum antidiphtéritique.

Une deuxième série d'expériences eut pour point de départ les bacilles courts trouvés dans la gorge d'une garde-malade ayant donné des soins, à l'hôpital, à un enfant diphtéritique. Après guérison, le petit malade n'avait plus de bacilles d'aucune sorte dans la gorge et l'infirmière, qui avait présenté, à un moment donné, des bacilles longs, avait seulement des bacilles courts. Elle revint dans la famille de son petit malade et presque aussitôt se produisit un cas de diphtérie chez un des autres enfants de cette famille. Ce nouveau patient et la garde furent envoyés à l'hôpital; quand elle en sortit, l'infirmière avait toujours des bacilles courts; son retour dans la même famille fut le signal d'un troisième cas de diphtérie. L'auteur, ayant cultivé les bacilles courts de la gorge de cette femme, put, comme dans le cas précédent, et grâce au même procédé, obtenir des bacilles longs virulents. (*Hygiea*, mars 1901.) — R. DE B.

Etudes cliniques sur la myélite aiguë et la syphilis médullaire; contribution à l'étude des voies sensorielles dans la moelle, par M. K. Petrén.

A propos de 3 observations de myélite sûrement ou probablement syphilitique, M. Petrén passe en revue la symptomatologie des myélites limitées à une seule moitié de la moelle. La plupart du temps, l'anesthésie est, en pareille occurrence, dissociée: l'anesthésie totale croisée ne s'est montrée que 14 fois sur 54 cas. Il est de règle, dans les lésions de la moelle par instruments tranchants, que l'anesthésie croisée soit totale, si la paralysie, immédiatement après l'accident, est double; par contre, la sensibilité à la pression demeure intacte, quand, dès le début, la paralysie est limitée à un seul côté.

Dans une deuxième partie de son mémoire, l'auteur, en s'appuyant sur les observations de lésions unilatérales de la moelle ou de syringomyélie suivies d'autopsie, cherche à établir les voies suivies par les sensibilités à la douleur, à la température et à la pression. Relativement aux deux premières, il arrive à la conclusion que les impressions parviennent à la corne postérieure de la moelle du côté de l'excitation, traversent la commissure postérieure et gagnent les cordons latéraux où elles cheminent vraisemblablement dans les fibres les plus externes du faisceau croisé. Quant à la sensibilité à la pression, il est impossible de lui assigner une région limitée de l'aire médullaire; il faut admettre que les fibres qu'elle emprunte occupent à la fois les faisceaux postérieurs du même côté (fibres non croisées de ces faisceaux) et les voies décrites pour les sensibilités douloureuse et thermique.

D'après M. Petrén, aucun fait clinique ou anatomique ne contredirait formellement ces hypothèses. Les anatomistes enseignent, il est vrai, que le cordon de Gowers, le seul qui, dans le faisceau latéral, pourrait servir de vecteur aux fibres dont l'auteur a décrit la marche, aboutit au cervelet. Mais plusieurs expérimentateurs, et M. Petrén lui-même, ont constaté qu'une partie des fibres du faisceau de Gowers se terminent en différents points des noyaux gris de la moelle allongée. (*Hygiea,* mars, avril et mai 1901.) — R. DE B.

De la néphrotomie suivie de résection du tissu rénal en cas de pyélonéphrite avec abcès miliaires, par M. K. G. Lennander.

Le travail de M. Lennander vise surtout les pyélonéphrites ne s'accompagnant pas de rétention urinaire. Les lésions initiales, en pareil cas, consistent principalement en de la congestion rénale et des abcès miliaires; elles seraient beaucoup plus souvent unilatérales qu'on ne l'admet généralement. Leur traitement n'a pas encore donné de résultats très encourageants; l'auteur pense qu'on en obtiendrait de meilleurs, si, au lieu de fermer presque entièrement les incisions rénale et lombaire de la néphrotomie, on se bornait à les tamponner; c'est, en effet, le meilleur moyen de prévenir ou d'arrêter les hémorrhagies et d'assurer un bon drainage du rein. De plus, par cette manière de procéder, l'action décongestive du débridement rénal persiste entière; cette action est bien mise en lumière par l'augmentation immédiate de la quantité des urines émises.

Au cours de la néphrotomie, on résèque les foyers suppurés que l'on rencontre. Le moignon rénal conservé peut rendre encore les plus grands services; c'est ainsi que, chez deux de ses opérés, M. Lennander put recueillir séparément et faire analyser l'urine provenant de chaque rein; or, le tiers environ des principes urinaires était éliminé par le rein néphrotomisé.

Sur cinq malades que l'auteur a ainsi traités, et dont il donne les observations détaillées, un seul est mort; c'était un homme atteint de tuberculose pulmonaire qui, peu après l'intervention, eut une abondante hémorrhagie par les voies naturelles; la vessie se remplit de caillots et une septicémie en fut la conséquence. En pareille occurrence, il faudrait à l'avenir pratiquer aussitôt la taille et drainer la vessie.

Au point de vue étiologique, il s'agissait deux fois de rein mobile, une fois de pyélonéphrite gravidique, une fois de fistule urétéro-utéro-vaginale (pour laquelle la patiente subit plus tard, avec succès, une urétéro-cysto-néostomie) et une fois de pyélonéphrite peut-être tuberculeuse. Sauf ce dernier cas, tous les faits relatés par M. Lennander concernent des sujets du sexe féminin : la grossesse et le rein mobile amènent, en effet, un certain degré de stase urinaire, laquelle favorise les infections hématogènes ou ascendantes du rein. (*Nord. med. Arkiv,* partie chir., XXXIV, 1.) — R. DE B.

Cent cas d'hystérectomie supravaginale pour myomes, par M. F. Westermark.

Dans le présent travail, M. Westermark relate 60 observations détaillées d'hystérectomie supravaginale pour myomes; jointes aux 40 qu'il a précédemment publiées, elles constituent un total de 100 opérations dont une seule eut une terminaison fatale : la mort, dans ce cas, survint par embolie pulmonaire, chez une femme atteinte de phlébite des veines iliaques et de dégénérescence graisseuse du cœur; elle n'est donc pas imputable à la méthode.

La technique de l'auteur est actuellement la suivante: la malade étant anesthésiée (au chloroforme, pour commencer, puis à l'éther pendant le reste de l'opération — sauf contre-indications —) et l'abdomen ayant été incisé, les ligaments larges sont pincés et sectionnés de chaque côté de l'utérus jusqu'au niveau de la vessie; le péritoine de la face antérieure de l'utérus est disséqué sous forme de lambeau convexe en haut; les artères utérines sont pincées et, après amputation supravaginale de l'utérus, elles sont soigneusement isolées et liées. Le canal cervical du moignon utérin est alors énergiquement cautérisé, et il ne reste plus qu'à enlever les trompes et à lier les artères utéro-ovariennes. Les ovaires sont respectés, à moins qu'ils ne soient malades. Le péritoine de l'excavation est suturé au catgut dans le sens transversal, par-dessus le moignon utérin.

Les exsudats sanguins ou autres qui, dans trois cas, s'étaient formés autour du moignon, se résorbèrent sur place ou trouvèrent une issue facile par le canal cervical. (*Hygiea,* janvier et février 1901.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement du vaginisme par l'emploi du colpeurynter.

Le traitement habituel du vaginisme, qui consiste dans la dilatation progressive du vagin à l'aide d'une série de spéculums à calibre croissant, est loin d'être exempte d'inconvénients. En effet, étant donnée la sensibilité exagérée des organes génitaux externes qui caractérise l'affection dont il s'agit, on comprend que le contact et surtout l'introduction de ces instruments rigides dans le vagin soient susceptibles de provoquer des douleurs, voire même une contracture du sphincter vaginal, sans compter que les mêmes phénomènes sont encore à craindre au moment où l'on retire le spéculum pour en introduire un plus gros. Aussi M. le docteur L. Huppert (de Bielitz) a-t-il cherché à substituer aux spéculums, en pareil cas, le colpeurynter, qui, une fois soigneusement plié et graissé, se laisse insinuer à travers l'entrée du vagin la plus rétrécie sans donner lieu à la moindre sensation pénible, à condition, toutefois, que les parties génitales aient été badigeonnées au préalable avec une solution de cocaïne à 10 %. Ceci fait, on injecte lentement, au moyen d'une seringue, de l'eau dans le sac de caoutchouc, en s'arrêtant dès que la patiente commence à accuser une certaine gêne. Au bout de quelques instants, lorsque cette sensation désagréable s'est complètement dissipée, on pousse encore un peu de liquide dans le colpeurynter en une ou deux fois, et on laisse l'instrument en place pendant une demi-heure environ, après quoi on le vide et on le retire, sans que ce dernier temps de la petite intervention détermine une souffrance quelconque.

Afin de pouvoir contrôler exactement les progrès de la dilatation, notre confrère se sert d'une seringue graduée d'une contenance de 100 c.c. et, à chaque séance, il s'efforce d'injecter dans le colpeurynter une quantité de liquide supérieure à celle qu'il a employée en dernier lieu. En procédant de la sorte, il parvient dans presque tous les cas, au bout de deux à trois semaines, à introduire dans le ballon 200 c.c. d'eau, ce qui permet d'insinuer dans le vagin, immédiatement après, un spéculum de 3 centimètres de diamètre extérieur, sans que la malade éprouve des douleurs tant soit peu intenses. Quelques jours plus tard, la même opération peut être effectuée après un badigeonnage avec une solution de plus en plus faible de cocaïne (5 %, puis 3 %) et, finalement, il suffit, avant d'introduire le colpeurynter et le spéculum, de badigeonner la vulve avec de l'eau pure. La patiente est alors guérie et peut reprendre les rapports sexuels, qui doivent — cela va sans dire — être absolument prohibés pendant toute la durée de la cure.

Le procédé en question offre, entres autres avantages, celui d'inspirer aux malades plus de confiance que l'emploi des spéculums. En effet, l'introduction successive, au cours d'une même séance, de plusieurs de ces instruments à calibre croissant a pour résultat de provoquer toute une série de crises douloureuses et d'augmenter l'excitabilité nerveuse de la femme, tandis que l'usage du colpeurynter, qu'on laisse en place durant toute la séance, permet de pratiquer la dilatation progressive sans que la patiente s'en aperçoive nettement, avantage d'autant plus appréciable que le nervosisme joue ici, comme on le sait, un très grand rôle.

Mais c'est surtout dans les cas où le vaginisme coexiste avec des lésions blennorrhagiques de la vulve ou des organes génitaux internes que l'emploi du colpeurynter rendrait d'excellents services, en permettant, au bout d'une huitaine de jours, d'introduire dans le vagin un spéculum de 20 à 25 millimètres de diamètre extérieur et d'instituer un traitement local approprié, sans aggraver la phlegmasie par une irritation mécanique, comme le font les spéculums employés d'emblée. Ajoutons qu'en appliquant le procédé que nous venons de décrire, M. Huppert a toujours pu venir à bout des accidents morbides, même dans les cas très graves de vaginisme, et qu'il ne s'est jamais vu obligé de pratiquer une opération chirurgicale, telle que l'incision ou l'excision de l'hymen ou encore la section du muscle constricteur du vagin. Dans la plupart des cas, la cure n'a pas tardé à être suivie d'une grossesse, et jusqu'à présent notre confrère n'a pas eu à enregistrer une seule récidive.

L'emploi de la teinture d'iode dans le traitement des plaies accidentelles.

Sans vouloir contester les propriétés bactéricides des antiseptiques usuels, on ne saurait cependant méconnaître qu'en pratique ces substances se montrent impuissantes à détruire les microorganismes dans un foyer traumatique. Aussi, plutôt que de chercher à combattre directement les agents infectieux, doit-on s'efforcer de rendre le milieu défavorable à leur pullulation en ayant recours à un produit susceptible d'imprégner profondément les tissus. M. le docteur C. Beck (de New-York) a pensé que la teinture d'iode, qui joint à ses propriétés antiseptiques un pouvoir d'imprégnation assez considérable, pourrait parfaitement convenir dans ce but. On se rappelle, d'ailleurs, qu'un confrère italien, M. le docteur A. Ricci (de Bagnacavallo), a conseillé de traiter les plaies cavitaires par une solution d'une partie d'iode dans 5 parties d'alcool (Voir *Semaine Médicale,* 1897, Annexes, p. XXX). M. Beck emploie la teinture d'iode ordinaire, d'une façon systématique, dans le traitement des plaies infectées ou, pour mieux dire, de toutes les plaies accidentelles, car, ainsi qu'il le fait très judicieusement remarquer, toute solution de continuité qui n'est pas due au bistouri manœuvrant dans des conditions rigoureuses d'asepsie doit être considérée comme infectée. La teinture d'iode est appliquée largement sur la plaie, que l'on a soin, au préalable, d'assécher soigneusement. Les ensemencements pratiqués avec les exsudats des blessures traitées de la sorte resteraient toujours stériles et la cicatrisation se ferait rapidement. M. Beck a eu l'occasion de se servir de la teinture d'iode dans un grand nombre de cas sans avoir jamais eu à enregistrer des troubles généraux, bien que, chez deux patients, il ait pu déceler la réaction caractéristique de l'iode dans les urines émises trois et quatre heures après le pansement.

CHIRURGIE PRATIQUE

Trépanation de l'apophyse mastoïde.

Tout praticien, si peu chirurgien soit-il, doit pouvoir, le cas échéant, pratiquer une trépanation de l'apophyse mastoïde, comme il doit savoir trachéotomiser un enfant qui asphyxie ou libérer une anse intestinale étranglée; car un malade atteint de mastoïdite est exposé à des complications aussi précoces et aussi graves (méningite, abcès du cerveau, sinusite), sinon aussi certaines, qu'un sujet porteur d'une hernie étranglée ou qu'un enfant atteint du croup.

I. — Sans entrer dans le détail des *indications* de la trépanation de l'apophyse mastoïde, on peut dire qu'en tant qu'*opération d'urgence* elle doit être pratiquée *chaque fois que, dans le cours d'une otite moyenne aiguë ou chronique, apparaissent des symptômes de mastoïdite qui ne cèdent pas rapidement à un traitement bien conduit*, consistant en : 1° vérification, et au besoin agrandissement, de l'ouverture tympanique qui donne issue au pus; 2° lavages auriculaires, en même temps qu'injection d'air par la trompe d'Eustache; 3° révulsion sur la mastoïde au moyen de glace ou de sangsues. Dans les cas où, d'emblée, les symptômes fonctionnels et généraux sont très accentués, s'accompagnent de phénomènes nerveux, il ne faut même pas essayer ces moyens, et l'on doit procéder immédiatement à la trépanation.

Celle-ci est encore indiquée *lorsque l'abcès intra-mastoïdien s'est fait jour spontanément en dehors de la mastoïde*, soit sous la peau, soit dans la partie profonde du cou. Mais alors une incision simple donnant issue au pus peut momentanément mettre le malade à l'abri des complications signalées plus haut, et lui permettre d'attendre une intervention *précoce* pratiquée par un spécialiste.

Enfin, en cas de fistule résultant de l'évacuation spontanée ou chirurgicale d'un abcès mastoïdien, c'est encore à la trépanation qu'on doit avoir recours.

II. — La trépanation de la mastoïde est une intervention délicate mais non difficile, pourvu que l'on soit bien pénétré de l'*anatomie de la région*.

Le point qu'il s'agit d'atteindre est l'antre siégeant à la partie supérieure et antérieure de la mastoïde, à 1 centimètre environ de la surface de l'apophyse. Dans la majorité des cas, il se trouve entouré de cellules antérieures, externes, postérieures et inférieures, avec lesquelles il communique et qui participent à l'inflammation (*fig. 3* et *4*).

Pour atteindre l'antre, on se sert de points de repère et de direction fournis par l'examen de la face externe du temporal, ces points de repère permettant également d'éviter les organes dangereux que l'on pourrait rencontrer dans la profondeur à la place de l'antre. Lorsqu'on regarde le temporal par sa face externe, on y voit (*fig. 1*) : en arrière, la mastoïde, et au-devant d'elle l'orifice externe du conduit auditif (*bord postérieur de cet orifice : premier point de repère*); en haut et en arrière, l'orifice se trouve limité par une petite crête en arrière de laquelle existe une dépression triangulaire; cette lamelle est la *spina supra meatum* (*second point de repère*); enfin, au-dessus de la mastoïde et du conduit auditif externe, est la fosse temporale séparée des parties sous-jacentes par une ligne horizontale qui se relève en arrière : *ligne temporale* (*troisième point de repère*).

Les organes qu'il convient d'éviter dans la profondeur sont : le sinus latéral, le nerf facial, le cerveau. Les rapports qu'ils affectent avec nos points de repère sont les suivants : *le sinus latéral* (*fig. 2* et *4*) se trouve à

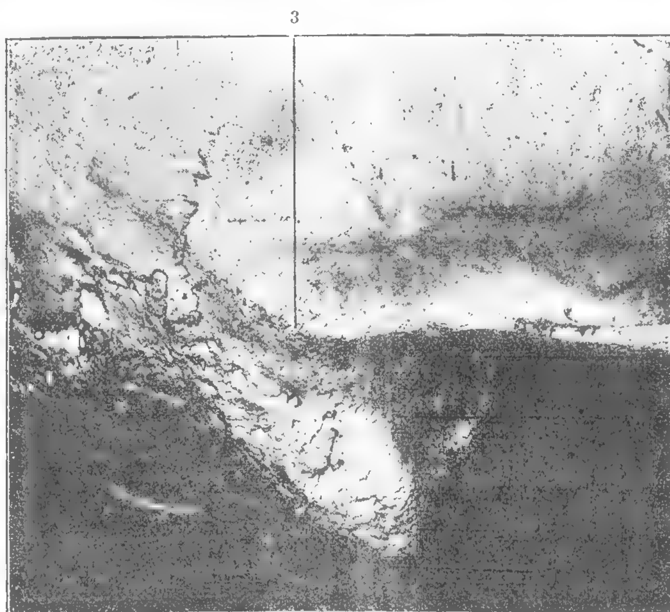


Fig. 1. — Face externe du temporal.

1 Bord postérieur du conduit auditif; 2 spina supra meatum; 3 ligne courbe temporale.

18 millimètres en moyenne du bord postérieur du conduit auditif externe. A ce niveau, il chemine à 1 centimètre environ de la surface

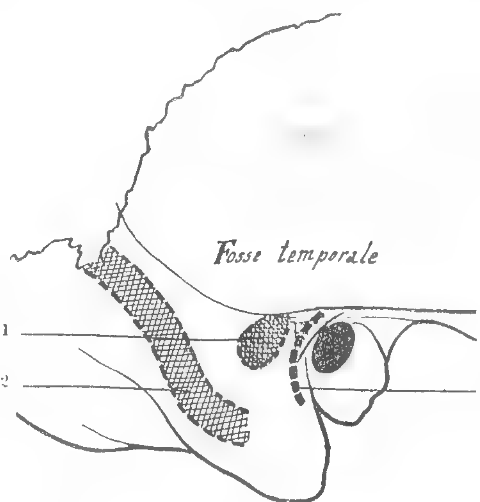


Fig. 2.

1 Projection de l'antre mastoïdien; 2 projection du sinus latéral; 3 projection du nerf facial.

de l'os; plus haut il s'en rapproche beaucoup (4 millimètres); plus bas il s'en éloigne considérablement (3 centimètres).

Le nerf facial (fig. 2, 3, 4) est situé à 2 millimètres en arrière du conduit auditif externe; il est distant de 20 millimètres de la surface de la mastoïde; sur le même plan vertical que lui se trouve le canal demi-circulaire supérieur.

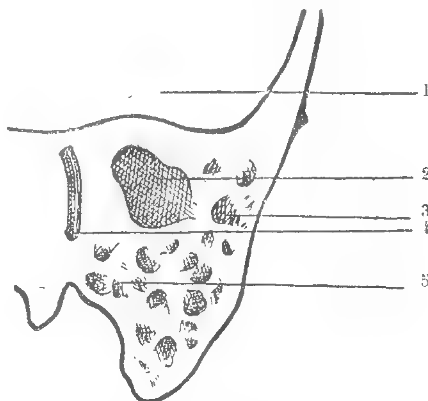


Fig. 3. — Coupe verticale et transversale.

1 Cavité crânienne; 2 antre; 3 cellules externes; 4 facial (portion verticale); 5 cellules inféro-internes.

Le cerveau (fig. 2) a sa limite inférieure au niveau de la ligne temporale; par conséquent, une ligne horizontale passant par la *spina supra meatum*, plus visible que la ligne temporale, sera toujours au-dessous de la face inférieure du lobe temporal.

Si maintenant l'on projette l'antre sur la face externe de la mastoïde, on voit que cette projection tombe sur la portion antéro-supérieure de l'apophyse, en arrière du facial (qui est, d'ailleurs, plus profond), au-dessous du cerveau, en avant du sinus (*fig. 2*). D'autre part, on voit que, pour atteindre cet antre, il faudra, partant de la face externe de la mastoïde, suivre une direction un peu oblique en avant et en dedans, parallèle à la paroi postérieure du conduit auditif (*fig. 4*, lignes X Y).

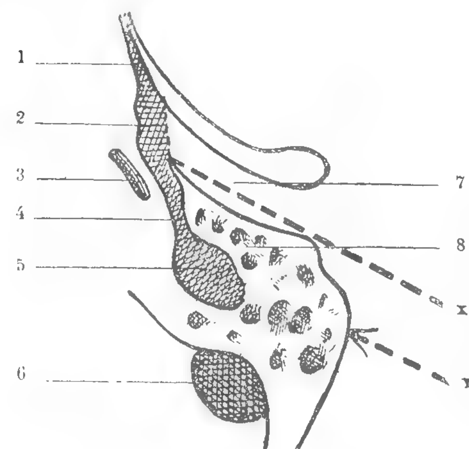


Fig. 4. — Coupe horizontale.

1 Trompe d'Eustache; 2 caisse du tympan; 3 facial (portion horizontale); 4 aditus ad antrum; 5 antre; 6 sinus latéral; 7 conduit auditif externe; 8 cellules limitrophes; X sonde introduite contre la paroi postérieure du conduit; Y point d'attaque de la trépanation : la flèche montre que la direction à suivre doit être parallèle à la sonde X.

Ces notions anatomiques bien précisées et bien connues, on peut pratiquer sans crainte la trépanation de l'apophyse.

III. — Les *instruments* que l'on doit avoir à sa disposition sont : un bistouri, une paire de ciseaux, une rugine, une pince à griffes, six pinces à forcipressure, six pinces de Kocher, une sonde cannelée, un ciseau à lame étroite (large de 1 centimètre environ), un maillet en métal, une curette petite, une aiguille de Reverdin. On devra préparer, en outre, un grand nombre de petits tampons d'ouate hydrophile stérilisée ou de petites compresses pour éponger continuellement le sang. Comme fils pour les quelques ligatures qu'on pourrait avoir à pratiquer, on emploiera du catgut; pour les sutures, des crins de Florence.

L'*anesthésie générale* est absolument nécessaire.

En ce qui concerne la *préparation du malade*, la région temporo-pariétale aura été largement rasée, puis antiseptisée. Le patient, couché sur le dos, aura la tête fortement inclinée sur le côté sain et maintenue dans cette position soit par le chloroformisateur soit par un autre aide.

IV. — L'opération elle-même comprend les temps suivants :

PREMIER TEMPS. — *Mise à nu de la mastoïde.*

1° *Incision des téguments :* Elle doit permettre un large accès sur la région mastoïdienne; celle qui donne le plus de jour est

une incision angulaire dont une des branches suit la ligne d'insertion du pavillon de l'oreille à 2 millimètres en arrière de cette insertion, et dont l'autre part à angle droit de l'extrémité supérieure de la précédente pour se diriger en arrière (*fig. 5*).

L'incision doit intéresser du premier coup toutes les couches jusqu'à l'os. A cause de la vascularisation considérable des téguments au cas de mastoïdite, l'hémorrhagie est abondante; elle sera arrêtée très facilement au moyen de quelques pinces de Kocher placées sur les artères et de la compression pendant quelques instants pour l'hémorrhagie en nappe.

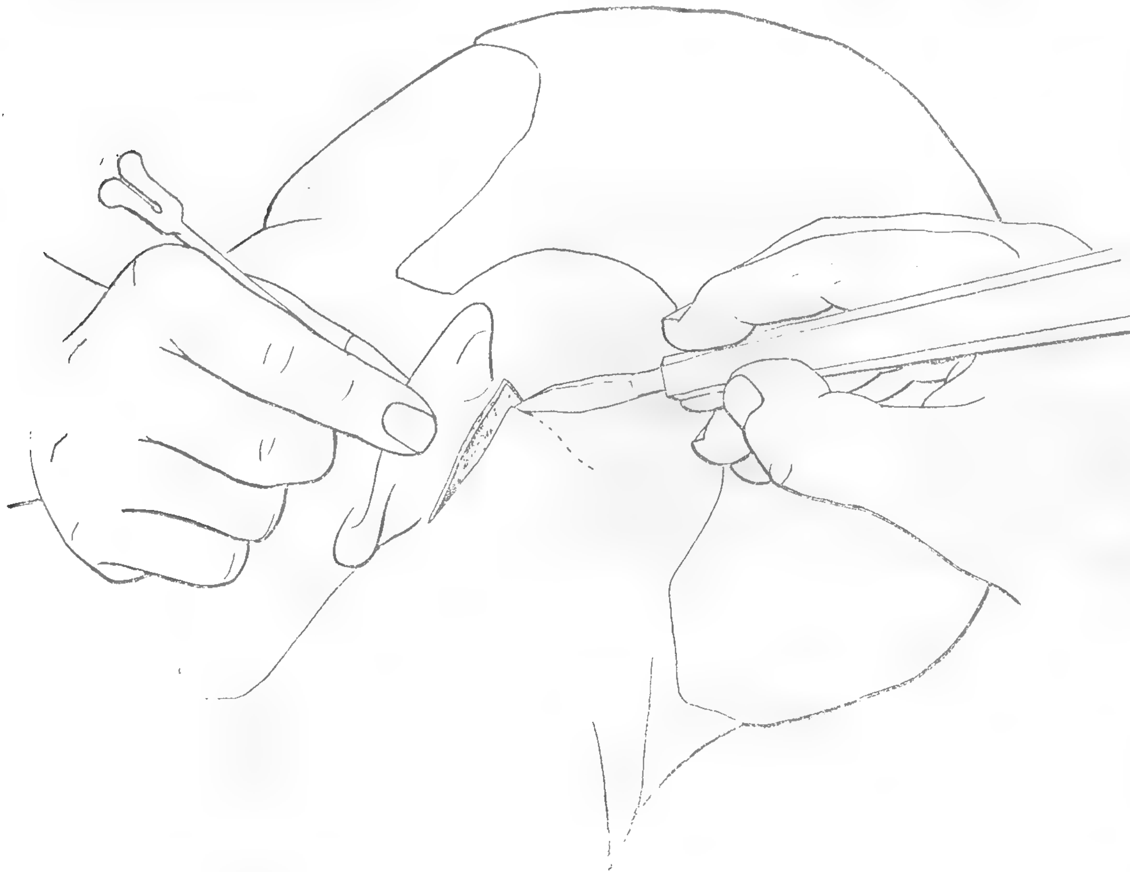


Fig. 5.



Fig. 6.

2° *Abaissement du lambeau :* Avec la rugine, le lambeau triangulaire comprenant la peau, les couches sous-cutanées et le périoste est rejeté en bas et en arrière, mettant à nu toute la face externe de la mastoïde. En même temps, la rugine repousse en avant le pavillon de l'oreille, de façon à découvrir le bord postérieur du conduit auditif externe (*fig. 6*).

Une pince de Kocher placée à l'angle du lambeau le maintiendra en bas. Quant au pavillon de l'oreille, il sera attiré en avant par l'aide direct qui, en même temps, pourra maintenir une sonde cannelée introduite dans le conduit auditif et accolée contre son angle postéro-supérieur. Cette sonde donnera la direction suivant laquelle on doit pénétrer de la superficie dans la profondeur. Sans être indispensable, elle est très utile quand on n'a pas une grande habitude de cette sorte d'opération.

Deuxième temps. — *Trépanation proprement dite de la mastoïde.*

Les points de repère précédemment indiqués seront bien recherchés : en avant ce sera le bord postérieur de l'orifice osseux du conduit auditif externe, en haut la ligne courbe temporale ou la *spina supra meatum*, plus facile à sentir ou à voir.

En possession de ces points, on commencera la trépanation : un premier coup de ciseau sera donné à 5 millimètres en arrière du conduit auditif externe; un second sur la ligne horizontale passant par la *spina supra meatum*, ou un peu au-dessous de la ligne temporale (*fig. 7*). Pour compléter la délimitation de l'aire du quadrilatère superficiel dans lequel va se pratiquer la trépanation, il suffit de donner deux nouveaux coups de ciseau, l'un à 1 centimètre en arrière du premier, l'autre à 1 centimètre au-dessous du second.

Au cas où l'abcès mastoïdien s'est ouvert sous la peau et où l'on trouve une fistule osseuse, on doit ne tenir aucun compte de cette fistule et pratiquer la trépanation comme il vient d'être dit. La trépanation spontanée de l'apophyse peut s'être faite, en effet, en un point postérieur qui, dans la profondeur, répond au sinus, et si, par hasard, en agrandissant la fistule on ne suivait pas absolument son trajet, on risquerait d'atteindre le sinus.

Après avoir bien tracé les limites de la trépanation, on enlève, dans le quadrilatère que l'on vient d'isoler, des copeaux osseux au moyen du ciseau tenu obliquement, et au bout de quelques instants, la lame compacte étant traversée, on arrive sur les cellules mastoïdiennes (*fig. 8*).

On continue à pénétrer dans la profondeur à petits coups, en se guidant pour la direction à suivre sur la sonde cannelée introduite dans le conduit auditif externe. *Mais il est absolument indispensable, pendant tout ce temps de l'opération, d'étancher continuellement le sang* qui vient en assez grande abondance; après chaque coup de ciseau, un tampon maintenu quelques instants dans la cavité creusée arrêtera l'hémorrhagie. *Il est, en effet, de toute nécessité de voir très clair*, et de ne pas s'en aller à l'aveugle dans la profondeur. On évitera ainsi de léser le sinus s'il était plus rapproché du conduit qu'il ne l'est en général, ou si la direction de la trépanation n'était pas absolument parfaite.

Petits coups par petits coups, on parvient enfin à l'antre, qui apparaît comme une excavation de volume un peu plus considérable que les cellules qu'on vient de traverser, et qu'on reconnaît à ce qu'une sonde cannelée, introduite dans son intérieur, se dirige sans peine en avant et en dedans (*fig. 9*).

La recherche de l'antre n'est pas toujours aussi facile, et quelquefois, par suite de l'éburnation de la mastoïde, on n'aura pas, pour se guider un peu, les cellules mastoïdiennes, qui peuvent faire défaut. C'est dans ces cas surtout qu'il importe de suivre la direction exacte que donne la sonde cannelée introduite dans le conduit auditif externe. Parfois on arrivera

à plus d'un centimètre de profondeur sans découvrir l'antre ; il faudra alors se diriger un peu en haut, vers la cavité crânienne, tout en continuant à pénétrer dans la profondeur ; l'antre peu développé peut, en effet, se trouver situé plus haut qu'il ne l'est de coutume. Lorsque de telles difficultés se présenteront, plus que jamais on devra voir ce que l'on fait et procéder lentement en faisant l'hémostase par tamponnement à chaque coup de ciseau.

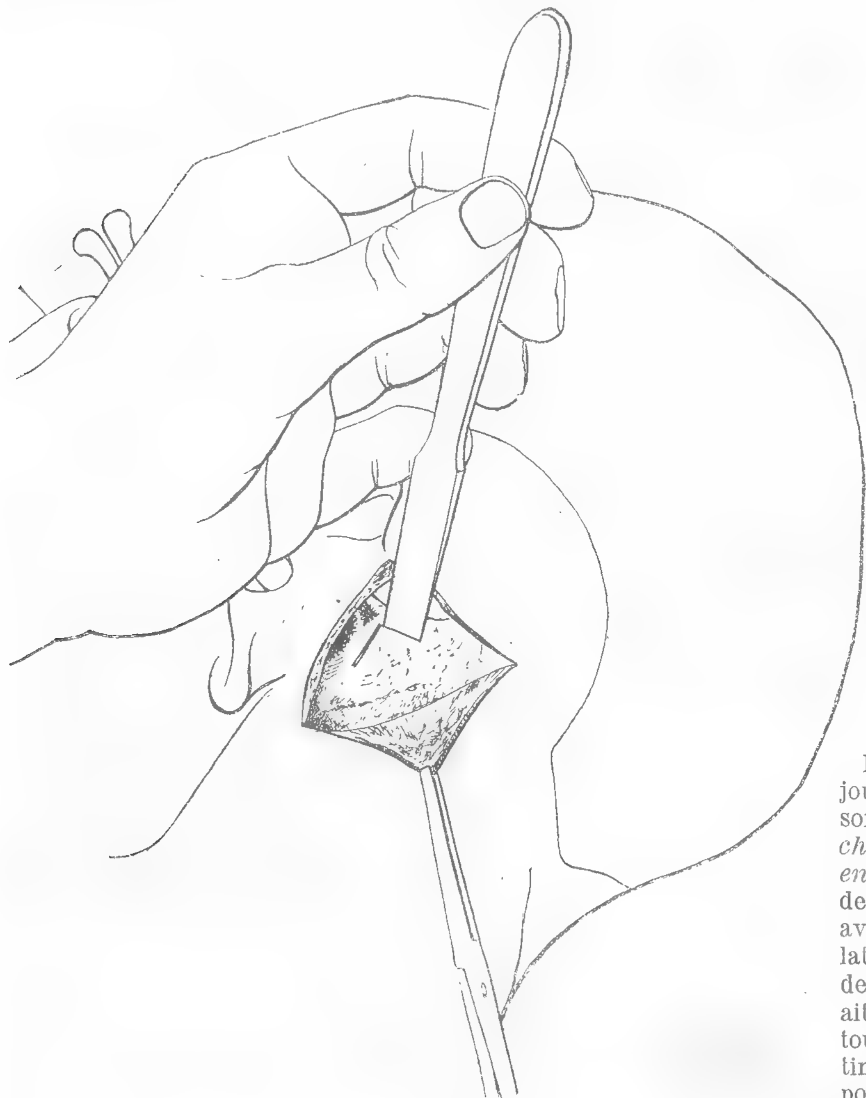


Fig. 7.

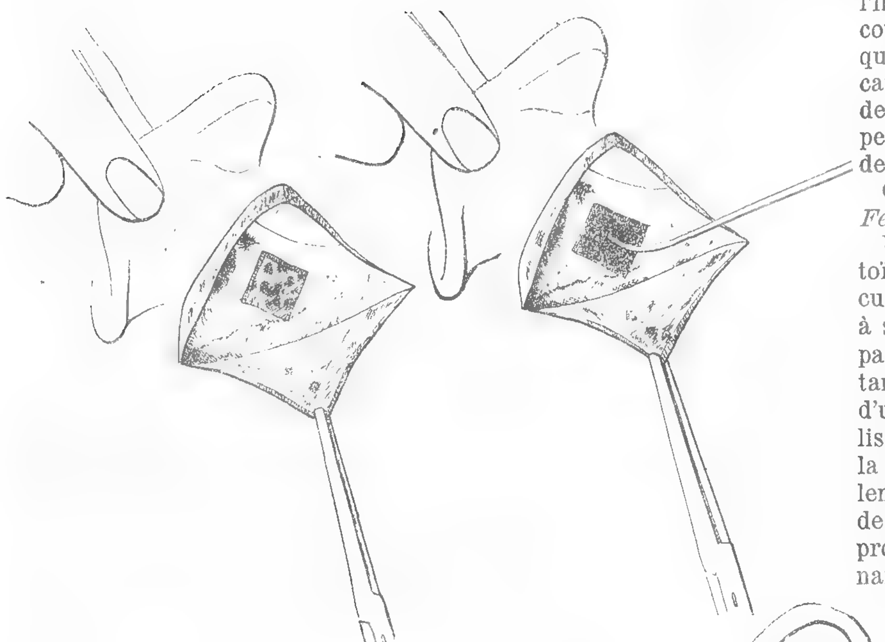


Fig. 8. *Fig. 9.*

TROISIÈME TEMPS. — *Curettage de la mastoïde.*

Une fois l'antre ouvert, il s'agit d'évacuer son contenu, pus, fongosités, séquestres, et de découvrir successivement toutes les cellules de la mastoïde où du pus et des fongosités peuvent également exister.

Prudemment, au moyen d'une petite curette, toutes les cellules seront ouvertes ; l'orifice superficiel de la trépanation sera ainsi agrandi, surtout vers la pointe de la mastoïde, de façon que, les cellules étant évacuées, il ne persiste pas à la partie inférieure de l'apophyse une sorte de cul-de-sac (*fig. 10*).

La curette devra toujours être maniée de telle sorte que le *bord tranchant ne regarde jamais en arrière,* car la nécrose de la paroi postérieure peut avoir mis à nu le sinus latéral que le premier coup de curette ouvre sans qu'on ait pu le prévoir. Pendant tout ce curettage, on continuera d'étancher le sang pour permettre de voir ce que l'on fait. On terminera l'intervention en abattant à coups de ciseau les angles qui limitent l'orifice de la cavité, afin que les parois de celle-ci se continuent en pente douce avec la surface de la mastoïde.

QUATRIÈME TEMPS. — *Fermeture de la plaie.*

Une fois l'apophyse mastoïde complètement évacuée et réduite, en somme, à sa coque de tissu compacte, on en pratique le tamponnement au moyen d'une mèche de gaze stérilisée ou iodoformée. Puis la plaie cutanée est partiellement refermée au moyen de points de suture passés profondément et comprenant toute l'épaisseur des tissus, de façon à arrêter l'écoulement du sang qui pourrait provenir de la tranche de section.

A la partie inférieure de la plaie verticale sortira la mèche mastoïdienne (*fig. 11*).

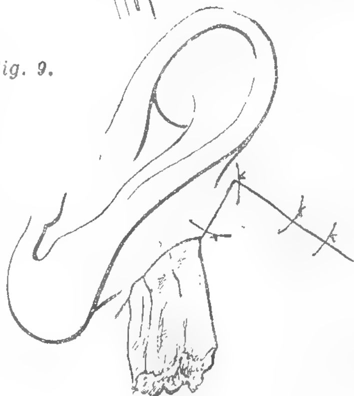


Fig. 11.

V. — Les *soins consécutifs* à l'opération sont de la plus haute importance ; en les négligeant, on s'exposerait à voir l'affection passer à l'état chronique et la mastoïdite rester fistuleuse. Il conviendra de traiter, d'une part, l'otite par les moyens habituels (lavages, pansements antiseptiques du conduit auditif externe, douches d'air), et, d'autre part, la mastoïdite au moyen de pansements régulièrement et soigneusement pratiqués afin que la perte de substance se comble de la profondeur à la superficie. Il faudra donc veiller à ne pas laisser se rétrécir trop rapidement la plaie cutanée. En général, la guérison est définitive au bout de cinq à six semaines.



Fig. 10.

VI. — Les *accidents* possibles de la trépanation consistent dans la blessure d'un des organes avoisinant l'antre.

De ces accidents, le plus fréquent est l'*ouverture du sinus latéral*, qui se reconnaîtra immédiatement à l'apparition d'un jet de sang noir. C'est, en somme, un accident de très minime gravité, et un tamponnement à la gaze iodoformée en aura vite raison. Ce tamponnement sera laissé en place trois ou quatre jours. Le seul inconvénient de cette ouverture est d'empêcher la continuation de l'opération.

L'*ouverture de la cavité crânienne* n'aura pas non plus d'autre gravité si la dure-mère n'est pas intéressée ; si elle était ouverte, il faudrait pratiquer une désinfection énergique et très soignée de la région et obturer la plaie par un tamponnement antiseptique extérieur à la dure-mère ; la suture de celle-ci est impossible à travers l'étroite ouverture de la trépanation.

La *blessure du facial* est, par contre, un accident sérieux, car il en résulte une difformité définitive de la face ; on ne saurait y remédier.

Évidement pétro-mastoïdien.

Dans la majorité des cas, l'opération que nous venons de décrire suffit à assurer la guérison ; il en est ainsi, notamment, quand il s'agit d'une mastoïdite survenue au cours d'une otite aiguë. Mais lorsque l'inflammation de la mastoïde complique une vieille suppuration de l'oreille moyenne, la trépanation est insuffisante et il faut la compléter par l'ouverture simultanée de la caisse du tympan ; l'opération constitue alors l'*évidement pétro-mastoïdien.*

Ce n'est assurément pas là une opération d'urgence ; cet évidement est, d'ailleurs, d'exécution beaucoup plus délicate que la simple trépanation que nous venons de décrire ; néanmoins nous croyons que tout praticien pourra, en suivant exactement les règles que nous allons formuler, l'exécuter correctement, pour le plus grand profit de ses malades.

L'évidement pétro-mastoïdien consiste, avons-nous dit, à ouvrir largement la cavité de l'oreille moyenne après avoir ouvert l'antre mastoïdien; les deux cavités n'en forment alors plus qu'une (1). Pour y parvenir, il suffit d'abattre (Voir *fig. 4*) la portion intermédiaire entre le puits que l'on vient de creuser suivant la direction de la ligne Y et le conduit auditif externe, portion correspondant aux cellules mastoïdiennes antérieures et à la paroi postérieure du conduit auditif.

Les TROIS PREMIERS TEMPS de l'opération sont identiques à ceux de la trépanation.

QUATRIÈME TEMPS. — *Refoulement du conduit auditif membraneux.*

L'antre ayant été trépané et curetté, le conduit auditif membraneux est décollé et rejeté en avant, au moyen de la sonde cannelée introduite entre lui et le conduit osseux. Quelques auteurs conseillent même de sectionner le conduit membraneux pour l'écarter plus facilement; cette pratique n'est pas indispensable. Une fois rejeté en avant, le conduit y est maintenu par la sonde (*fig. 12*).

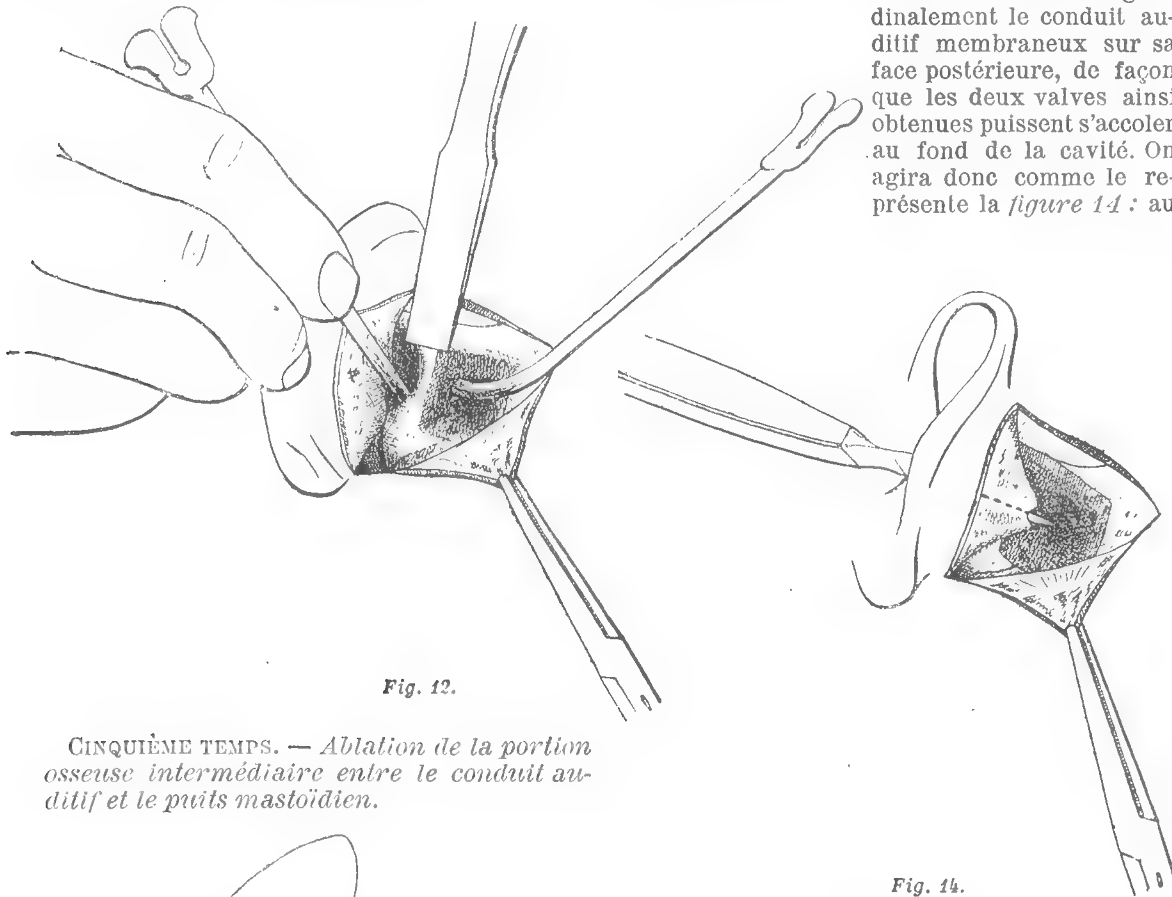


Fig. 12.

CINQUIÈME TEMPS. — *Ablation de la portion osseuse intermédiaire entre le conduit auditif et le puits mastoïdien.*

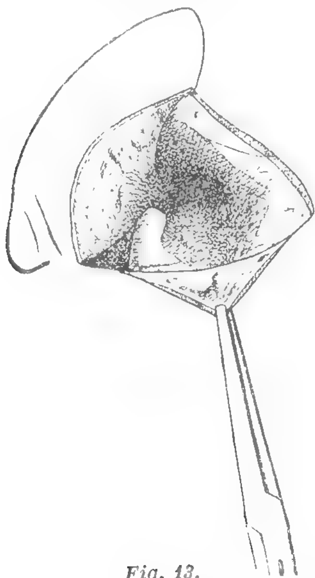


Fig. 13.

Une autre sonde cannelée, voire même une pince, est introduite par l'antre dans la caisse du tympan; elle a pour but d'empêcher le ciseau de pénétrer trop profondément dans la profondeur et d'aller, par une échappée, léser le facial *(fig. 4)*. Un instrument spécial, le protecteur de Stake, a été construit pour cet usage; une sonde cannelée rend les mêmes services.

Ceci fait, on abat au ciseau toute la portion osseuse que charge, en quelque sorte, la sonde mastoïdienne *(fig. 12)*. L'ablation sera complète quand la sonde cannelée recourbée pourra ressortir directement par la brèche, et l'on aura alors sous les yeux la disposition représentée par la *figure 13*.

SIXIÈME TEMPS. — *Traitement des lésions de la caisse.*

Ces lésions, fongosités, séquestres, seront enlevés au moyen de la curette, et l'on ne se déclarera satisfait que lorsque la cavité totale présentera des parois absolument nettes.

Quelques coups de ciseau abattront les angles de l'orifice.

SEPTIÈME TEMPS. — *Fermeture de la plaie.*

Pour accélérer la cicatrisation de la vaste cavité résultant de cette double trépanation, il convient de fendre longitudinalement le conduit auditif membraneux sur sa face postérieure, de façon que les deux valves ainsi obtenues puissent s'accoler au fond de la cavité. On agira donc comme le représente la *figure 14 :* au moyen d'un bistouri introduit dans le conduit auditif externe, on sectionne toute la face postérieure du conduit membraneux depuis sa circonférence la plus profonde jusqu'à sa réunion au pavillon; puis on rabat celui-ci en arrière, et l'on ferme complètement la plaie rétro-auriculaire, tandis que, par un tamponnement très serré pratiqué dans le conduit auditif, on assure l'accolement des parties molles aux parois de la cavité osseuse (*fig. 15*).

Fig. 14.

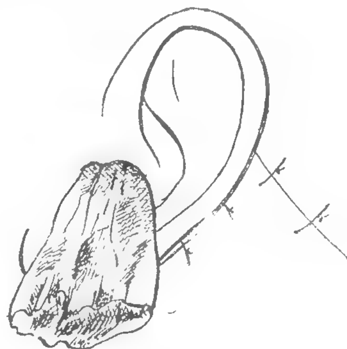


Fig. 15.

Plus encore que pour la trépanation simple de la mastoïde, les *soins consécutifs* ont de l'importance; il faudra modifier les parois de la cavité dans laquelle donne entrée le conduit auditif et en obtenir la cicatrisation. On n'y parviendra que par des soins *minutieux et prolongés*, consistant en injections antiseptiques, instillations de liquides irritants, pansements du conduit pratiqués d'une façon régulière et suivie.

G. MARION,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Clinique des maladies du système nerveux (hospice de la Salpêtrière, 1898-1899), par M. F. RAYMOND. 5e série. In-8°, 688 p. avec fig. Paris, 1901.

M. le professeur Raymond vient de publier la cinquième série de ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses. Cet ouvrage commence par huit chapitres consacrés à l'étude de l'*épilepsie partielle*, dite bravais-jacksonienne, qui constituent toute une monographie de ce syndrome, si intéressant à bien connaître dans ses moindres détails cliniques, puisque à lui seul, minutieusement observé, il permet souvent de localiser avec une rigueur mathématique la moindre lésion cérébrale en foyer : plaque de méningite, petit noyau tuberculeux ou cancéreux, ramollissement ou hémorrhagie corticale. A ce sujet, l'auteur, s'appuyant sur un cas suivi pendant plusieurs années, insiste d'une façon toute spéciale sur l'épilepsie partielle *sensitive;* cette forme reste encore très mal connue de la plupart des médecins, malgré son importance, et bien qu'elle ait fait l'objet de recherches déjà anciennes de la part de quelques cliniciens anglais (H. Jackson, Ferrier, Powers), recherches développées et complétées par M. Pitres dans ces dernières années. Cliniquement, elle est essentiellement caractérisée par des paroxysmes douloureux survenant dans une moitié du corps, accompagnés ou non de perte de connaissance, avec ou sans parésies consécutives. La malade dont il est question ici fut soumise finalement à une intervention chirurgicale qu'elle réclamait depuis longtemps, et qui était justifiée par le type de ses attaques, lesquelles faisaient supposer une lésion limitée de la zone corticale sensitivo-motrice. Cette intervention, si elle permit de vérifier plusieurs données physiologiques rarement observées chez l'homme, ne produisit ni amélioration ni aggravation d'aucune sorte ; d'ailleurs, le segment d'écorce réséqué, examiné au microscope, fut trouvé absolument sain. A cette occasion, M. Raymond dresse le bilan, bien instructif, des suites opératoires dans les 15 cas, jusqu'ici publiés, d'extirpation des centres dits épileptogènes : 5 fois seulement, la guérison s'est maintenue complète.

Nothnagel a fait connaître, en 1889, un syndrome spécial aux *lésions en foyer des tubercules quadrijumeaux*, syndrome constitué par une ataxie assez analogue à l'ataxie dite cérébelleuse, et par une ophtalmoplégie double, incomplète, asymétrique, ressemblant souvent au type des paralysies associées de latéralité (Voir *Semaine Médicale*, 1889, p. 24 et 71). La description de Nothnagel fut mise en doute par Bruns, qui pense que les tumeurs cérébelleuses sont capables, elles aussi, de donner naissance à une telle symptomatologie. Le professeur de la Salpêtrière a pu observer, chez deux malades, des troubles rappelant singulièrement ceux que présentaient les sujets de Nothnagel; l'un de ces patients étant mort, l'autopsie permit de constater un gros tubercule situé dans l'étage supérieur de la protubérance, au voisinage même des tubercules quadrijumeaux, dont les voies de connexion devaient être détruites plus ou moins complètement. Il y a donc bien là une région déterminée, dont la lésion entraîne une symptomatologie assez particulière, mais cette zone n'est pas strictement limitée aux tubercules quadrijumeaux.

Les leçons suivantes traitent de tumeurs très variées quant à leur siège et quant à leurs

(1) On désigne encore cet évidement sous le nom d'*opération de Stake :* mais c'est là une dénomination erronée. Dans l'opération de Stake, en effet, on s'attaque d'abord à l'oreille moyenne pour en guérir des lésions chroniques d'ostéite, puis on ouvre la mastoïde si l'opération montre que les lésions l'ont aussi envahie. Dans l'évidement pétro-mastoïdien, au contraire, on commence par ouvrir la mastoïde avant de s'occuper de la caisse.

symptômes. Signalons, avant tout, un cas de *tumeur de la base de l'encéphale*, dont l'histoire clinique parut dans ce journal (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 65-67); l'autopsie montra qu'un néoplasme kystique ayant détruit certaines voies optiques antérieures, de sorte qu'on pouvait aisément étudier, sur les coupes microscopiques sériées, le trajet des deux faisceaux, direct et croisé, jusqu'à la rétine; de plus, cette même autopsie démontra, pour la deuxième fois chez l'homme, toute la valeur de la réaction hémiopique de la pupille, signe donné par Wernicke comme caractérisant la lésion des voies optiques antérieures, en avant des tubercules quadrijumeaux.

Les *troubles objectifs de la sensibilité dans le tabes dorsalis* constituent une question toute d'actualité; les études récentes de Lähr, Patrick, Marinesco, Frenkel ont ajouté bien des détails complémentaires aux anciennes descriptions de Duchenne (de Boulogne), Erb, Oulmont. M. Raymond rend compte des recherches poursuivies sur ce point dans son service depuis plusieurs années. Les anesthésies cutanées qu'on observe au cours du tabes sont précoces, polymorphes, dissociées, au moins dans leurs premiers stades; elles sont remarquables surtout par leur topographie spéciale, calquée sur les territoires des racines postérieures et de la substance grise spinale, et non pas, comme on le croyait autrefois, sur ceux des nerfs périphériques; elles reconnaissent avant tout une origine médullaire et centrale; leur constatation peut permettre un diagnostic ferme, alors même que bien des symptômes habituels font encore défaut.

Suivent d'autres leçons sur les formes frustes de la *sclérose en plaques*, les principales modalités cliniques de l'*asthénie bulbaire d'Erb* ou *paralysie myasthénique de Jolly*, la *sclérodermie*, la *surdité verbale hystérique*, la *paralysie labio-glosso-laryngée*. Ainsi composé, l'ouvrage comprend toute une suite de monographies cliniques, largement documentées par un riche matériel d'observations choisies à la Salpêtrière, monographies dont la lecture, rendue facile et animée par des photographies et des schémas nombreux, permet de passer en revue les principaux thèmes actuellement controversés en neuropathologie. — CL. P.

Action galactogène du lait, par M. VILDERMANN.

Ayant prescrit du lait à de jeunes mères nourrissant leur enfant au sein, afin d'obvier à une alimentation insuffisante, M. Vildermann a observé que le régime lacté est pour la nourrice non seulement un excellent aliment, mais encore un galactagogue énergique. Aussi eut-il l'idée d'administrer du lait, à la dose quotidienne d'un à deux litres, à un certain nombre de femmes chez lesquelles la sécrétion lactée était insuffisante, ainsi qu'en témoignait la courbe de poids des nourrissons, stationnaire ou faiblement ascendante. C'est le résultat de ces essais qu'il expose dans le présent travail.

Au total, les nourrices sur lesquelles il a institué ces expériences furent au nombre de 11; disons tout de suite que, chez 3, le régime lacté ne parut avoir aucun effet galactagogue, ou que, du moins, son action fut trop passagère pour que le nourrisson ait pu en retirer bénéfice, et que, chez 2 autres, l'amélioration espérée se produisit bien — autant que permit d'en juger l'aspect du lait maternel —, mais que, par suite de circonstances diverses (éruption dentaire, fièvre vaccinale, bronchite, etc.), la courbe de poids des enfants ne traduisit pas une augmentation notable. Dans les 6 derniers cas, par contre, l'action galactogène du régime lacté fut mise en évidence par l'élévation progressive de poids des nourrissons. C'est ainsi qu'un enfant de cinq mois et demi, n'ayant augmenté que de 300 grammes en soixante-dix jours, gagna 180 grammes en deux semaines dès que sa mère prit chaque jour un litre de lait, puis 840 grammes en quatre semaines, la dose quotidienne de lait ayant été portée à 1,400 grammes; un autre nourrisson, âgé de quatre mois et demi et ayant augmenté en moyenne, depuis un mois, de moins de 4 grammes par jour, vit son poids s'accroître quotidiennement de 12 grammes, quand sa nourrice eut été soumise au régime lacté (un litre d'abord, puis 1,200 grammes *pro die*); les résultats furent identiques chez 2 autres enfants; enfin, dans les 2 derniers faits, l'administration de lait à la mère eut même pour effet de rétablir la sécrétion lactée complètement tarie.

Outre que la courbe de poids des enfants — réactif très fidèle de la qualité du lait maternel — traduit objectivement l'amélioration due au régime lacté, cette amélioration est également indiquée par le changement d'aspect et de composition du lait de la mère; dans un cas où M. Vildermann a pu faire des dosages, il a constaté que le taux du beurre, qui n'était primitivement que de 30 ‰, est passé successivement à 49, 41, 37 et 43 ‰.

L'action du régime lacté persiste deux mois environ; bien souvent, ce laps de temps sera suffisant pour permettre à l'enfant de traverser une période difficile, ou pour lui rendre une vigueur telle qu'on puisse le soumettre ensuite sans inconvénients à l'alimentation mixte; d'ailleurs, l'auteur estime qu'en procédant par cures successives, on arrivera sans doute à prolonger plus longtemps l'effet favorable du régime lacté. (*Arch. de méd. des enfants*, juillet 1901.) — F. F.

Appareil plâtré à traction élastique pour fractures de jambe à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, par M. P. GRISEL.

L'appareil que préconise l'auteur se compose de deux parties indépendantes : 1° d'une bottine plâtrée, ne différant de celle de l'appareil d'Hennequin que parce qu'elle est munie, outre l'étrier plantaire, d'une bande de toile postérieure, non plâtrée, émergeant au niveau du talon et située dans le prolongement du tendon d'Achille; 2° d'une gouttière de jambe, qui remonte jusqu'à la pointe de la rotule et s'arrête, en bas, au niveau de la fracture, mais se prolonge de chaque côté par une attelle descendant jusqu'aux malléoles; enfin, cette gouttière se continue, en haut, par une partie de tarlatane haute de 20 centimètres environ et ayant comme largeur la circonférence de la jambe, que l'on n'imprègne pas de bouillie plâtrée au moment où l'on applique la gouttière.

La bottine et la gouttière ayant été posées, on attend jusqu'au lendemain afin que le plâtre soit bien sec; à ce moment, on façonne une lame métallique en forme d'étrier, et on la place sur la jambe de telle sorte que la branche transversale soit éloignée du pied de 10 centimètres environ, c'est-à-dire soit *extérieure* par rapport à l'étrier fixé à la bottine. Il s'agit maintenant de rendre cette lame solidaire de la gouttière jambière; dans ce but, on rabat sur l'extrémité supérieure des deux tiges montantes de l'étrier métallique (lesquelles ne doivent pas dépasser le bord supérieur de la gouttière de jambe) la bande d'étoffe qui continue en haut la gouttière, et que l'on imbibe alors de bouillie plâtrée; on maintient l'ensemble au moyen de bandes de diachylon.

Le tout étant bien sec, il ne reste qu'à assurer l'extension en réunissant par un lien de caoutchouc modérément tendu l'étrier dépendant de la bottine à l'étrier métallique fixé à la gouttière de jambe; pour corriger le déplacement dans le sens antéro-postérieur, il suffit d'attacher plus ou moins en avant, à ce second étrier, la bande talonnière ménagée dans la bottine.

Cet appareil doit être placé seulement après la disparition des phlyctènes et de l'œdème; on le laisse en place quarante jours, au bout desquels le membre, après vingt-quatre ou quarante-huit heures d'aération, est immobilisé dans une gouttière plâtrée ou silicatée légère, d'où, après une semaine de repos, on l'extrait quotidiennement pour le masser.

L'auteur a eu l'occasion d'employer jusqu'ici l'appareil en question dans 4 cas de fracture de jambe avec déplacement plus ou moins considérable des fragments; chez un de ces malades, le résultat fonctionnel et esthétique fut parfait; chez un autre, qui voulut se lever trop tôt, il se produisit secondairement une légère inflexion de la jambe au niveau du sol, mais sans inconvénient aucun pour la marche; le troisième fut perdu de vue trop tôt pour que M. Grisel puisse se prononcer sur son état définitif; quant au dernier, on dut retirer l'appareil au bout de dix jours, des phlyctènes nombreuses, voire des eschares superficielles, s'étant formées sur tout le membre; à ce moment, la fracture était bien réduite et il n'y avait pas de raccourcissement; la jambe fut placée dans une simple gouttière métallique où le déplacement se reproduisit en partie : après consolidation, le raccourcissement était de 2 centimètres. (*Rev. d'orthopédie*, mars-avril 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Etiologie de la coqueluche, par MM. G. JOCHMANN et P. KRAUSE.

En ensemençant du sang gélosé avec l'expectoration de 31 enfants atteints de coqueluche, MM. Jochmann et Krause ont trouvé 25 fois des bacilles identiques, dans tous les cas, de par leurs caractères morphologiques, mais que leurs réactions biologiques et histo-chimiques conduisent à ranger en trois catégories. Rappelant le bacille de la grippe dont ils ont la forme et les dimensions, ces germes sont ovoïdes, immobiles, tantôt accouplés par deux, tantôt groupés en amas. Rarement ils forment des filaments en s'ajoutant bout à bout.

Celle des trois variétés que les auteurs ont rencontrée le plus fréquemment (18 fois) et qu'ils désignent sous le nom de *bacillus pertussis Eppendorf*, se distingue des deux autres en ce qu'elle ne pousse qu'en milieu hémoglobinique. Les passages successifs réussissent jusqu'à la septième génération, mais, abandonné à lui-même, le microbe est très peu résistant : dès le quatrième jour, les passages échouent. L'analyse bactérioscopique et histologique de trois cas de bronchopneumonie consécutive à la coqueluche a permis de déceler ce microorganisme dans les foyers pulmonaires, où il existait presque à l'état de pureté; par contre, il faisait défaut dans six cas de bronchopneumonie non consécutive à la coqueluche, que MM. Jochmann et Krause ont eu l'occasion d'examiner. Les essais d'inoculation tentés sur différents animaux n'ont pas réussi.

La deuxième espèce, isolée dans 4 cas, semble correspondre au microbe décrit par Czaplewski; les auteurs l'ont trouvée 3 fois dans des expectorations, et une fois dans des foyers de bronchopneumonie, dans le liquide céphalo-rachidien et dans l'exsudat pleurétique d'un enfant ayant succombé à la coqueluche. Mais elle existerait également dans des cas de bronchopneumonie indépendants de toute coqueluche; son action ne serait donc nullement spécifique. Cette variété diffère de la précédente en ce que sa culture n'est pas liée à la présence d'hémoglobine dans le milieu. Comme celle-ci, elle se décolore par le procédé de Gram.

Au contraire, la troisième espèce, décelée dans les trois derniers cas, retient le Gram; ainsi que la deuxième, elle pousse facilement, même sur des milieux ne contenant pas d'hémoglobine. Ajoutons, d'ailleurs, que MM. Jochmann et Krause lui dénient toute influence étiologique dans la production de la coqueluche, d'abord parce qu'ils ne l'ont rencontrée que dans un petit nombre de faits, ensuite parce qu'ils l'ont isolée des garde-robes d'un malade atteint de fièvre typhoïde.

En somme, les auteurs ont trouvé, dans 18 cas de coqueluche sur 31, un bacille déterminé, rappelant le microbe de Pfeiffer et auquel, sans être plus affirmatifs que ne le comporte une pareille constatation, ils seraient enclins à faire jouer un rôle très important, sinon spécifique, dans l'étiologie de cette affection. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 2.) — F. M.

Contribution à l'anatomie pathologique de l'oreille interne et des nerfs auditifs, par M. P. MANASSE.

On possède encore très peu de données précises concernant l'anatomie pathologique du labyrinthe et des nerfs auditifs. Aussi les maladies de cette partie importante de l'organe de l'ouïe n'ont pas encore été différenciées les unes des autres, et sont toutes réunies sous le nom générique de *surdité nerveuse*. Sans parler de l'intérêt théorique qu'il y aurait à isoler et à définir les diverses entités morbides affectant l'oreille interne, on peut espérer qu'à mesure que nos connaissances anatomo-pathologiques sur ce sujet deviendront plus exactes, nous pourrons instituer pour chacune de ces affections un traitement approprié. Or ce n'est qu'en multipliant les recherches anatomo-pathologiques et en en comparant les données à celles

que fournit l'examen fonctionnel — seul moyen de diagnostic que nous possédions aujourd'hui — qu'il sera possible d'arriver à ce résultat. C'est à ce point de vue qu'il nous paraît intéressant de signaler le présent travail. M. Manasse y relate les constatations faites à l'autopsie de deux malades qui, pendant leur vie, étaient atteints de ce que nous appelons, faute de mieux, la surdité nerveuse.

Le premier de ces individus, mort de tuberculose, présentait une surdité bilatérale qui s'était produite brusquement et fut presque complète dès le premier jour. A l'examen anatomo-pathologique, on trouva l'oreille interne et l'oreille moyenne intactes des deux côtés, mais les deux nerfs auditifs étaient le siège d'altérations marquées. Il ne s'agissait nullement de tuberculose, car on ne remarquait ni tubercules, ni caséification, ni infiltration cellulaire. Mais on voyait sur le trajet du tronc nerveux un grand nombre de foyers où la substance nerveuse avait complètement disparu et était remplacée par des filaments plus ou moins épais, s'entre-coupant et s'entre-croisant dans toutes les directions, et formant ainsi des mailles irrégulières dans lesquelles se trouvaient des corpuscules amylacés. Avec les méthodes de coloration appropriées, on put mettre en évidence d'une façon encore beaucoup plus nette la disparition de la substance nerveuse, et s'assurer que les altérations en question, strictement limitées au tronc du nerf, étaient analogues à celles qu'on a décrites dans la sclérose en plaques, dans le tabes, etc.; aussi l'auteur les désigne-t-il sous le nom de *dégénérescence grise des nerfs auditifs, à foyers multiples*.

Le deuxième cas concerne un syphilitique atteint de surdité nerveuse bilatérale, mais incomplète. Ici encore l'oreille moyenne était intacte des deux côtés. Par contre, on constata, au niveau du limaçon, une prolifération du tissu conjonctif, dont le point de départ était dans le périoste interne et qui affectait la forme de réseaux très fins. Il s'agissait là, selon toute évidence, d'une périostite chronique interne du labyrinthe, consécutive à un processus inflammatoire. Mêmes modifications au niveau des espaces périlymphatiques de l'appareil vestibulaire. Les nerfs auditifs étaient remplis de cellules rondes, oblongues et fusiformes, situées soit entre les fibres nerveuses, soit autour des vaisseaux; en d'autres points, elles étaient groupées en amas circonscrits, de forme ronde ou ovale, constituant de véritables lymphomes.

En raison des analogies que présentaient ces deux ordres d'altérations, d'une part avec la périostite syphilitique du tibia et des côtes, d'autre part avec les lymphomes du foie qu'on observe au cours de la syphilis, M. Manasse croit pouvoir conclure qu'on se trouvait en présence de lésions syphilitiques tertiaires du labyrinthe et du nerf auditif. Ces altérations peuvent être considérées comme isolées, c'est-à-dire comme ne s'étant pas produites par propagation, car ni les méninges, ni l'oreille moyenne, ni le tissu osseux environnant ne présentaient la moindre modification. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXIX, 1.) — S. J.

Les paralysies gastro-intestinales graves survenant après les opérations, par M. O. von Herff.

Les recherches bactériologiques de ces dernières années ont fait attribuer à la péritonite la plupart des iléus paralytiques observés à la suite des laparotomies. Mais, de ce que le péritoine contient des microbes, il ne faudrait pas en conclure que ceux-ci viennent forcément du dehors et sont la cause des accidents : il est connu que, chez les sujets atteints d'iléus, les germes traversent facilement les parois intestinales. Pour certains cas, la conception péritonitique des iléus post-opératoires peut donc être fausse, et, par suite, égarer la thérapeutique. Un grand nombre de faits anatomiques ou cliniques plaident, d'ailleurs, en faveur de l'existence de paralysies gastro-intestinales indépendantes de toute infection péritonéale; par exemple, celles qu'observent les médecins ou celles qui surviennent après des opérations n'ayant pas porté sur le ventre.

C'est une habitude encore très répandue de purger à outrance avant les opérations sur l'abdomen et, ensuite, d'administrer largement l'opium et le bismuth. Sous l'influence des auteurs américains, cette pratique commence à être abandonnée; les malades ne s'en remettent que plus rapidement, en même temps que l'usage précoce des laxatifs diminue le nombre des occlusions intestinales post-opératoires.

Il est une forme particulièrement grave de ces occlusions post-opératoires : c'est celle où l'obstacle siège à la sortie même de l'estomac (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 6). A la suite d'une intervention, on voit subitement l'estomac se météoriser, descendre au-dessous de l'ombilic et même jusqu'au pubis; la sonorité abdominale s'exagère dans la région occupée par la poche gastrique; cependant, les liquides que celle-ci contient peuvent donner, à la partie inférieure, de la matité ou de la submatité, voire de la fluctuation; les vomissements sont répétés, mais non fécaloïdes; il peut y avoir des selles et des gaz; la péristaltique est supprimée; le pouls est petit, fréquent; on observe de la dyspnée et du collapsus. Ce tableau morbide, bien qu'il rappelle l'occlusion intestinale, en diffère par plus d'un trait; aussi est-on souvent porté à mettre ces accidents sur le compte soit du chloroforme, soit de la péritonite. Le pronostic en est très sombre : 85 % de morts.

Au point de vue anatomique, on sait que l'obstacle, en pareil cas, réside dans la région duodénale. Il est facile de reproduire expérimentalement ces occlusions duodénales au moyen de tractions sur la racine du mésentère et sur les vaisseaux mésentériques supérieurs, manœuvre qui détermine une coudure et un aplatissement de la portion transversale du duodénum. Pour que ce mécanisme se réalise spontanément, il faut que l'intestin soit chassé vers le petit bassin; or, chez un malade couché, ce n'est certainement pas le poids du paquet intestinal qui le déplacera dans cette direction. Le seul agent que l'on puisse incriminer, d'après M. von Herff, c'est l'estomac lui-même, quand il vient à s'ectasier d'une manière aiguë. La gastrectasie est donc primitive, probablement d'origine nerveuse. Le trauma opératoire ou l'inflammation peuvent bien agir sur les terminaisons nerveuses, mais, comme ces dilatations surviennent parfois en dehors de toute opération abdominale, il est assez naturel de leur chercher une autre cause; il est possible, par exemple, que le chloroforme exerce une action toxique sur l'appareil nerveux de l'estomac.

Les données étiologiques confirment jusqu'à un certain point cette pathogénie; il est à remarquer, en effet, que ces dilatations aiguës de l'estomac sont rares chez les sujets atteints de lésions gastriques ou pyloriques organiques, c'est-à-dire chez ceux dont les parois stomacales sont épaisses et musclées; on les rencontre de préférence chez les individus affaiblis, neurasthéniques, hystériques, chez ceux qui sont affectés d'entéroptose ou dont l'intestin a été trop énergiquement vidé par les drastiques.

Le traitement prophylactique consiste en une surveillance attentive, après les opérations, des malades qui se trouvent dans les conditions favorables à l'éclosion de ces accidents; il ne faut pas se laisser abuser par les vomissements dits chloroformiques. Dès que la dilatation aiguë de l'estomac sera soupçonnée, on devra recourir au lavage de l'estomac, à la faradisation, peut-être à la position de Trendelenburg dans le but de supprimer les tiraillements mésentériques. Des injections abondantes de sérum artificiel serviront à combattre la soif qui tourmente ces patients. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 2.) — R. DE B.

Contribution à l'étude de la version et de l'extraction dans les bassins rétrécis, par M. B. Wolff.

Le présent travail est une étude statistique et pronostique des versions pratiquées à la policlinique de la Charité, à Berlin, pendant ces huit dernières années. Sur un total d'environ 6,000 accouchements, il se rencontra 458 bassins rétrécis, pour lesquels on recourut à la version dans 196 cas. Par bassins rétrécis, l'auteur entend les bassins dont le diamètre conjugué vrai est inférieur à 9 centim. 3/4. Il y eut, en tout, 5 décès maternels : un par éclampsie, un par chloroforme, un par septicémie, deux par rupture utérine.

Au point de vue de la mortalité fœtale (qui, prise en bloc, s'est élevée à 21 %), les chiffres de M. Wolff apportent quelques éléments nouveaux d'appréciation sur une question très controversée, à savoir l'utilité de la version *prophylactique*, c'est-à-dire pratiquée avant l'apparition de tout signe de souffrance soit de la mère, soit du fœtus. En effet, d'un groupe de 36 observations où l'unique indication de la version fut le rétrécissement du bassin, il ressort que la mortalité infantile, après la rupture de la poche des eaux, est à peu près la même, que l'on fasse la version avant toute manifestation de souffrance du fœtus ou qu'on l'exécute aussitôt après l'apparition de ces signes de souffrance : dans les deux cas, elle a atteint de 18 à 21 %. Aussi l'auteur arrive-t-il à la conclusion que la version prophylactique ne présente pas d'avantages par elle-même, le pronostic dépendant avant tout de l'état de la poche des eaux et de celui du col : avec une poche intacte et un col dilaté, permettant l'extraction immédiate, la mortalité infantile peut être nulle, à condition, toutefois, que le diamètre conjugué vrai ne soit pas inférieur à 8 centimètres; sinon, la basiotripsie devient trop souvent nécessaire. Les résultats relativement si médiocres que donne la version pratiquée après rupture de la poche des eaux, sont imputables à la contracture utérine, qui impose au fœtus des attitudes anormales et favorise la déflexion de la tête, cette grande cause d'arrêt dans l'extraction et, par suite, de basiotripsie.

Quant à la forme du bassin, M. Wolff n'a pu déterminer la part qui lui revient dans le pronostic de la version; cependant, il semble que les formes aplaties ou généralement rétrécies, au moins dans certaines limites, n'aient pas, à ce point de vue, une influence très marquée. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 3.) — R. DE B.

Du traitement de la luxation irréductible du maxillaire inférieur, par M. Kramer.

L'auteur relate un cas de luxation irréductible de la mâchoire, où de multiples tentatives de réduction, en partie sous anesthésie générale, avaient échoué. Aussi, cinq semaines après l'accident, se décida-t-il à pratiquer la réduction sanglante : tous les muscles et ligaments qui entourent l'articulation temporo-maxillaire ayant été sectionnés, sans que cette dernière eût été ouverte toutefois, une pression sur le condyle suffit pour obtenir facilement la réduction.

M. Kramer estime qu'on devrait toujours essayer ce procédé avant de recourir à la résection de l'articulation temporo-maxillaire. Il fait observer que le même principe peut être appliqué avec succès à la réduction non sanglante : dans ce but, on exerce une pression directe et extérieure à l'aide de l'extrémité d'un doigt, après avoir repoussé le maxillaire vers le bas au moyen du pouce agissant sur les molaires postérieures; cette dernière manœuvre a pour effet, au moins chez les sujets pas trop obèses, de rendre le condyle accessible à la pression extérieure. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 6 avril 1901.) — F. DE Q.

Des résultats éloignés de l'hystérectomie supravaginale pour myomes, et de la castration totale pour lésions des annexes, par M. F. Schenk.

Dans la première partie de ce travail, M. Schenk s'occupe des résultats éloignés de l'hystérectomie supravaginale pour myomes utérins. A la clinique du professeur Rosthorn, la mortalité immédiate, sur 123 cas, ne fut que de 3.25 % (4 décès). Des 119 survivantes, 74 ont répondu directement ou indirectement à l'enquête de l'auteur : 87 % d'entre elles ne souffrent plus et sont satisfaites de l'intervention; les troubles de la ménopause artificielle se sont manifestés chez 64 % de celles qui ont été opérées avant quarante ans et seulement chez 35 % de celles qui l'ont été après cet âge; l'aptitude au travail est parfaite dans 54 % des cas; elle est diminuée dans 22 %. L'examen direct du moignon utérin n'a rien montré d'anormal, à part quelques rares et légers exsudats et un cas de dégénérescence carcinomateuse. Ce dernier est le douzième qui ait été publié; il s'agit donc là d'une complication rare, et qui ne doit pas faire renoncer à l'intervention si bénigne qu'est l'amputation supravaginale.

Dans la deuxième partie de son étude, M. Schenk donne les résultats de l'ablation totale des organes génitaux internes chez les femmes atteintes d'infections pelviennes. Sur 65 opérées, 4 succombèrent; des 61 qui ont sur-

vécu, 31 ont été revues ou ont donné de leurs nouvelles : sur ce nombre, 90 % peuvent travailler. Après l'opération, la ménopause artificielle se manifesta par des troubles graves chez 16 % de ces femmes, par des troubles légers chez 45 %; chez 39 %, enfin, il n'y eut aucun symptôme pénible. A l'heure actuelle, c'est-à-dire deux ans environ après l'intervention, on note des troubles graves chez 3 % seulement des anciennes opérées et des troubles légers chez 45 %.

Sans prétendre que la méthode abdominale radicale doive toujours être employée, l'auteur pense qu'elle supporte très bien la comparaison avec les autres procédés, et surtout qu'elle ne rend pas infirmes, comme le soutient Fritsch, une moitié des opérées. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 3.) — R. DE B.

De l'antipéristaltisme, par MM. ENDERLEN et HESS.

La question de savoir si l'intestin peut présenter des mouvements antipéristaltiques est discutée depuis bien longtemps déjà, sans que l'on soit arrivé à un résultat décisif. Si l'on a constaté, en effet, qu'il n'y a pas d'antipéristaltisme à l'état normal, plusieurs auteurs ont cru remarquer qu'il est possible de produire expérimentalement, dans certaines conditions bien déterminées, les mouvements dont il s'agit. On a essayé, en outre, d'élucider ce point en pratiquant chez l'animal le renversement d'un segment intestinal complètement sectionné, afin de se rendre compte si l'intestin est susceptible de s'habituer à un péristaltisme contraire à celui qui lui est habituel; ici encore les résultats furent contradictoires, bien que, dans quelques expériences, l'intestin renversé ait paru bien fonctionner.

MM. Enderlen et Hess ont repris ces recherches sur 8 chiens, dont 5 furent soumis au renversement total et 3 au renversement partiel de l'intestin grêle. Les animaux de la première catégorie succombèrent tous au bout de un à quatorze jours. Après le renversement partiel (40 centimètres de jéjunum), la survie la plus longue fut de soixante-treize jours; des analyses chimiques pratiquées dans ce cas démontrèrent que l'échange des matières se faisait normalement. Un des chiens de cette série fut sacrifié au bout de quarante-neuf jours, après un examen électrique de l'intestin sous anesthésie à l'éther : le segment renversé réagissait dans la même direction que le reste de l'intestin, c'est-à-dire par un mouvement péristaltique vers l'extrémité anale.

Les auteurs concluent de ces expériences que l'intestin peut, en effet, s'habituer à un mouvement antipéristaltique, c'est-à-dire se faisant dans la direction opposée à la normale, et ils estiment que, contrairement à l'opinion moderne, l'antipéristaltisme joue un certain rôle dans le tableau clinique de l'iléus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 3-4.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Les hématuries de la grossesse, par M. U. CHIAVENTONE.

Dans le présent travail, l'auteur relate un nouveau cas d'hématurie de la grossesse; c'est là un accident rare, à condition, toutefois, que l'on réserve cette dénomination aux hématuries ne reconnaissant aucun autre facteur que la gravidité elle-même, et que l'on exclue, par conséquent, les faits où l'hémorrhagie des voies urinaires survenant chez une femme enceinte peut être attribuée à la tuberculose ou à la lithiase rénales, à l'hémophilie, etc.; avec ces réserves, le nombre des observations d'hématurie gravidique éparses dans la littérature médicale n'excéderait pas 7.

La malade dont M. Chiaventone rapporte l'histoire était une femme de quarante-six ans, ayant eu antérieurement 5 grossesses, dont une gémellaire, sans aucun incident; dans ses antécédents, on ne relevait qu'une métrite parenchymateuse traitée, dix ans auparavant, par le curettage d'abord, par l'amputation du col ensuite.

Vers le milieu de sa sixième grossesse, cette femme remarqua que ses urines étaient colorées en rouge. Cette hématurie — car le microscope permit de déceler dans le liquide urinaire la présence de globules rouges, tandis que le spectroscope y révélait de l'hémoglobine dissoute — ne s'accompagnait d'aucun trouble objectif ni subjectif. L'examen minutieux de l'appareil urinaire en démontra l'intégrité absolue; la cystoscopie, il est vrai, ne put être pratiquée. Outre les éléments du sang, les urines renfermaient de temps à autre de longs *coagula* vermiformes dont l'expulsion détermina parfois d'assez vives douleurs le long des uretères et au niveau des reins; elles ne contenaient ni albumine, ni cylindres, ni aucune espèce de parasites bactériens ou animaux.

Cette hématurie ne fut jamais très abondante et n'altéra en rien la santé générale de la patiente; par contre, elle fut à peu près continue durant toute la seconde moitié de la grossesse, malgré l'administration des hémostatiques usuels et la prescription d'une hygiène sévère; elle céda spontanément huit jours après l'accouchement.

En ce qui concerne la pathogénie de cette curieuse manifestation, l'auteur croit que l'on peut faire intervenir la stase veineuse rénale et la rétention urinaire que cause la compression des gros vaisseaux abdominaux et des uretères par l'utérus gravide; cependant, ce facteur lui paraît d'importance un peu secondaire, et, à son avis, c'est à l'insuffisance gastro-hépatique, si commune chez les femmes enceintes, qu'il convient de réserver le rôle principal.

Quant au traitement, étant donnée l'insuffisance des moyens médicamenteux, M. Chiaventone estime que, si l'hémorrhagie mettait en danger les jours de la mère, on pourrait être amené à interrompre la grossesse, non sans avoir préalablement essayé de la simple ponction de la poche des eaux, dans le but de diminuer le volume de la poche utérine et, par suite, les phénomènes de compression intra-abdominale que détermine celle-ci. (*Bollet. dell'Assoc. sanit. milanese*, mars 1901.) — F. F.

Contribution à l'étude des tumeurs malignes du sein chez l'homme, par M. G. BETAGH.

Dans le présent travail, l'auteur relate 5 cas de néoplasmes de la glande mammaire chez l'homme (4 carcinomes et 1 sarcome). Nous n'en retiendrons que deux ayant présenté quelques particularités intéressantes.

Le premier a trait à un homme de soixante ans, qui, depuis trois mois environ, s'était aperçu de la présence d'un petit nodule siégeant un peu en dehors du mamelon droit; cette nodosité augmenta progressivement de volume, au point d'acquérir les dimensions d'une châtaigne, en même temps qu'elle contractait des adhérences avec la peau et les plans profonds; le réseau veineux sous-cutané était très développé; il existait quelques ganglions mobiles, durs et élastiques, dans l'aisselle correspondante. La pression du mamelon droit faisait sourdre un peu de liquide jaunâtre légèrement sanguinolent, contenant des hématies, des cellules chargées de graisse et des éléments adipeux. On sait que cette issue de sérosité par le mamelon est généralement considérée comme plaidant en faveur de l'épithélioma papillaire intra-canaliculaire, et, de fait, c'est le diagnostic qui fut porté chez le malade en question. Or, l'examen histologique de la pièce enlevée démontra qu'il s'agissait d'un carcinome infiltré, avec quelques productions papillaires; en outre, il existait des cavités kystiques indépendantes des nodules cancéreux, et provenant évidemment des conduits galactophores dilatés; aussi l'auteur admet-il qu'il s'était produit, au niveau de la glande mammaire, un processus chronique d'inflammation sur lequel s'était développée la néoplasie; il en conclut qu'il ne faut pas considérer l'écoulement de sérosité par le mamelon comme toujours lié à l'existence d'une tumeur épithéliomateuse, puisque de simples productions papillaires endo-canaliculaires sont susceptibles de provoquer ce symptôme.

Quant à la seconde observation — celle de sarcome —, elle emprunte son intérêt d'abord à la rareté de cette variété de tumeurs du sein qui, peu fréquente chez la femme, est exceptionnelle dans le sexe masculin; et ensuite à la production, contrairement à ce qui est la règle en cas de sarcome, de métastases, voire très précoces et extrêmement volumineuses. Elle concerne un homme de cinquante-neuf ans qui constata la présence, dans son aisselle, d'une nodosité grosse comme une noisette, laquelle ne tarda pas à prendre les dimensions d'une pomme; ce n'est qu'alors que le malade remarqua, au niveau de sa mamelle, trois petits nodules reliés à la tumeur axillaire par un cordon lymphatique parsemé de nodosités. Malgré le développement considérable, et en apparence primitif, du néoplasme de l'aisselle, force est d'admettre que ce dernier n'était que secondaire, l'infection cancéreuse ne pouvant guère remonter le courant lymphatique. Au reste, le microscope, en révélant qu'il s'agissait d'un sarcome mélanique, donna la raison des particularités de ce fait, car ces tumeurs sont connues pour produire des métastases précoces et à accroissement souvent plus rapide que le foyer primitif lui-même. (*Policlinico*, 20 et 27 avril 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Nouvelles observations sur l'embolie pulmonaire consécutive aux injections de préparations mercurielles insolubles, par M. M. MÖLLER.

Dans une première série de 3,835 injections mercurielles (acétate de mercure en suspension dans la paraffine thymolée), M. Möller avait vu survenir 43 fois des complications pulmonaires; l'expérience et la clinique démontrent qu'il s'agit, en pareille occurrence, d'embolies pulmonaires déterminées par la pénétration, dans une veine, de la substance injectée. En effet, les injections expérimentales faites uniquement avec de la paraffine ou les injections mercurielles pratiquées en plein tissu musculaire ne provoquent jamais d'accident, alors que les embolies sont constantes après une injection intraveineuse.

Chez l'homme, on choisit généralement pour ces injections le muscle grand fessier; mais il faut tenir compte qu'à 6 centimètres de la ligne médiane, sur une ligne allant de l'épine iliaque postéro-supérieure au grand trochanter, on rencontre dans la profondeur de ce muscle de nombreux vaisseaux veineux : 1 fois sur 5, dans des expériences sur le cadavre, l'auteur a vu l'injection passer en masse, par un de ces vaisseaux, dans la veine ischiatique. Aussi, pour éviter ces sortes d'accidents, faut-il faire l'injection dans la moitié supérieure du muscle, et à une profondeur n'excédant pas, en moyenne, 3 à 4 centimètres. M. Lesser a conseillé, en outre, de retirer la seringue et de s'assurer qu'aucune goutte de sang ne s'écoule par la canule; pour plus de sécurité encore, M. Möller enlève l'aiguille et choisit un autre point toutes les fois que la colonne liquide affleurant l'orifice libre de la canule a quelque tendance à « bomber », c'est-à-dire à s'écouler à l'extérieur.

Avec ces précautions, l'auteur a pu faire 2,406 injections sans une seule complication pulmonaire. Chez les malades de clientèle, on est plus souvent obligé de retirer la canule pour cause d'hémorrhagie que chez les malades d'hôpital : la raison en est que les premiers recourent plus longtemps au traitement, de sorte qu'il se forme dans le muscle fessier une série de noyaux sclérosés, autour desquels les vaisseaux sont sans doute ou plus nombreux ou plus fragiles.

A titre de vérification, M. Möller a fait à l'hôpital 400 injections sans s'astreindre à retirer la canule quand apparaissait une goutte de sang. Sur les 67 fois que se produisit ce petit accident, il injecta 14 fois de la paraffine, 5 fois du sublimé et 48 fois de l'acétate de mercure dans la paraffine au thymol. Il n'y eut aucun accident avec les deux premières substances; avec l'acétate de mercure, on nota 13 fois de l'hyperthermie, 1 fois de l'hypothermie et 15 fois des symptômes plus ou moins nets d'embolie; dans 19 cas, le résultat fut négatif. Cependant, même avec une injection bien faite, il peut y avoir de la fièvre, ce qui tient sans doute à une sensibilité plus ou moins vive du sujet à l'égard de l'intoxication mercurielle. (*Hygiea*, mai 1901.) — R. DE B.

Extirpation totale de l'estomac, par M. TH. ROVSING.

L'observation relatée par M. Rovsing, et qui constituerait seulement le quatrième cas d'extirpation totale de l'estomac, concerne une femme de cinquante-six ans, ayant ressenti, à

la suite d'un effort, une douleur subite à l'épigastre; à dater de ce moment, elle eut quelques légers troubles gastriques, pour lesquels elle vint une première fois demander des soins. Tout ce qu'on put découvrir fut un rein mobile, et on pratiqua la néphropexie; il s'ensuivit tout d'abord une amélioration, mais de courte durée; aussi la malade accepta-t-elle volontiers, deux mois et demi plus tard, une laparotomie.

A l'ouverture du ventre, on fut surpris de trouver une large tumeur, dure, annulaire, occupant toute la partie moyenne de l'estomac, laquelle était petite et rétractée; le pylore était intact; on sentait deux ganglions qui lui adhéraient; le cardia, dilaté, se continuait sans démarcation nette avec l'extrémité inférieure de l'œsophage, également ectasiée. L'impossibilité d'établir une anastomose et la limitation exacte des lésions décidèrent M. Rovsing à pratiquer l'extirpation totale. Le duodénum fut sectionné entre deux pinces, les épiploons (le grand et le gastro-hépatique) furent liés et coupés et l'estomac fut attiré en entier hors de la plaie. Le conduit cardio-œsophagien fut à son tour sectionné entre deux pinces. Toutes ces manœuvres furent exécutées sans effusion d'une seule goutte de liquide dans le péritoine.

Le moignon œsophagien s'étant rétracté sous le diaphragme, son affrontement au duodénum devenait impossible. M. Rovsing prit alors une anse jéjunale, située à 40 centimètres de l'angle jéjuno-duodénal, la conduisit à travers une fente du mésocôlon, et, après en avoir refoulé le contenu, y fit une incision longitudinale de 12 centimètres, dans laquelle il implanta l'œsophage au moyen de deux plans de suture : le premier, au catgut, embrassait toute l'épaisseur des parois viscérales; le second, à la soie, était séro-séreux. Puis il ferma l'abdomen sans drainage.

Les suites opératoires furent simples, sauf que durant les premières heures il y eut un collapsus assez prononcé et qu'une légère phlébite survint au cours de la convalescence. Pendant six jours, la malade fut soutenue au moyen de lavements nutritifs. Au bout de six semaines environ, elle sortait parfaitement guérie.

Trois mois après l'opération, l'état de cette femme était très satisfaisant; son régime alimentaire est le suivant : au réveil, petit pain et tasse de thé; à dix heures, tasse de gruau et petites tranches de pain beurré; à midi, petite assiettée de potage, un peu de viande, de légumes et de pain; à trois heures, thé ou café; tasse de gruau en attendant l'heure du souper, qui consiste en une petite grillade, en pain beurré et en une tasse de thé. (*Hospitalstidende*, 3, 10 et 17 avril 1901.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La respiration artificielle comme moyen de traitement de la bronchite infantile.

Il y a quelques années, un médecin militaire allemand, M. le docteur Heermann, donnait ses soins à un enfant de six mois, atteint d'une bronchite rebelle à tous les moyens usuels de traitement, et qui ne tarda pas à amener des phénomènes d'asphyxie, avec 160 pulsations et 80 respirations par minute. L'issue fatale paraissant imminente, notre confrère se décida, en désespoir de cause, à pratiquer la respiration artificielle. Après avoir fait lui-même alternativement, durant deux heures, la compression de la base du thorax et les manœuvres de Schultze, et avoir ainsi réussi à écarter tout danger immédiat, M. Heermann recommanda aux parents du petit malade de continuer la respiration artificielle par compression des fausses côtes pendant deux jours, avec des intervalles de plus en plus longs, et l'enfant fut sauvé. Depuis lors, notre confrère a recours, d'une façon systématique, à la respiration artificielle dans tous les cas de bronchite ou de bronchopneumonie infantile, et cela non seulement en présence de menaces d'asphyxie, mais aussi dès le début de l'affection. Concurremment avec les médicaments internes et les pratiques hydrothérapiques, il ordonne de faire plusieurs fois par jour, chaque fois pendant une demi-heure environ, la respiration artificielle, en exerçant avec une main appliquée au niveau des fausses côtes une légère pression sur la base du thorax au moment de l'expiration. Quelques enfants s'opposent d'abord à ces manœuvres, mais ils finissent par s'y habituer; d'autres trouvent, dès les premières séances, un soulagement considérable dans cette sorte d'appui qu'on prête à leurs muscles expirateurs plus ou moins fatigués. En général, sous l'influence de la respiration artificielle, l'expectoration devient plus active et la respiration plus profonde, en même temps que le nombre des mouvements respiratoires diminue. Il va sans dire qu'on peut avantageusement associer ce moyen aux inhalations d'oxygène, lesquelles, tout en restant à peu près sans effet à l'égard de l'expectoration, exercent une action très favorable sur l'activité cardiaque.

Rappelons que la respiration artificielle, combinée, il est vrai, avec d'autres procédés de mécanothérapie (massage de tout le corps, position horizontale, etc.) a également donné d'excellents résultats, dans la période ultime de la bronchopneumonie infantile, entre les mains d'un confrère suisse, M. le docteur Treuthardt (Voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. CLVIII).

Du traitement des otites suppurées par des courants d'oxygène sous pression.

Parmi les nombreux remèdes qui ont été tour à tour préconisés dans le traitement médical des otites suppurées, le bioxyde d'hydrogène semble posséder une efficacité réelle. Mais comme il est démontré que l'oxygène constitue le seul principe actif de cet agent thérapeutique, divers auteurs, MM. Stockes et Rosati entre autres, ont eu l'idée d'employer directement ce gaz, en le faisant arriver sur la muqueuse de l'oreille moyenne par l'intermédiaire du conduit auditif.

Un confrère italien, M. le docteur G. Ferreri, privatdocent d'otologie et de rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Rome, a repris ce procédé, avec cette modification, toutefois, qu'il fait agir le courant d'oxygène non plus à travers le conduit auditif, mais par la trompe d'Eustache, à l'aide d'une simple sonde à cathétérisme, après cocaïnisation et désinfection de la muqueuse de la fosse nasale correspondante et de l'orifice pharyngé de la trompe. Il a été amené à cette technique par les nombreuses expériences prouvant que les médicaments, quels qu'ils soient, quand ils sont introduits par la trompe d'Eustache, entrent en contact avec une plus grande surface de la muqueuse de la caisse, s'insinuent mieux dans toutes ses anfractuosités et y séjournent plus longtemps que lorsqu'on les fait pénétrer par le conduit auditif.

Après beaucoup de tâtonnements, notre confrère a pu déterminer la pression que doit avoir le courant d'oxygène pour donner le maximum d'effet sans trop incommoder le patient; il a vu que cette pression ne doit pas dépasser une demi-atmosphère. Il se sert de bidons solides, transportables, chargés sous une pression de 12 atmosphères, et munis d'un manomètre et d'une soupape régulatrice, cette dernière permettant d'obtenir la pression voulue et de laisser ensuite l'appareil fonctionner seul, sans qu'il soit nécessaire de le surveiller.

M. Ferreri a employé ce procédé avec succès aussi bien dans les formes aiguës que chroniques (mais sans lésion osseuse) de l'otite suppurée. Avant de faire passer le courant d'oxygène, il est bon de s'assurer de l'état de la membrane du tympan ; si celle-ci n'est pas encore perforée, ce qui arrive souvent dans les otites aiguës, ou si la perforation est insuffisante, il faudra pratiquer la paracentèse ou agrandir la perforation. Lorsque, au contraire, la destruction de la membrane est complète et qu'il y a lieu de soupçonner la présence de collections purulentes dans l'antre, l'attique ou les cellules mastoïdiennes, on devra, pour empêcher l'échappement trop rapide du gaz par le conduit auditif, obturer celui-ci avec un tampon de ouate ou en exerçant avec le doigt des pressions sur le tragus.

Le passage du gaz à travers la caisse produit des bruits variés, en rapport avec la quantité et la consistance du liquide purulent et avec le degré de rétrécissement de la trompe d'Eustache et de la caisse. Quand les bruits deviennent légèrement sibilants, secs, analogues à du crépitement parcheminé, et sont accompagnés de l'écoulement, par le conduit, d'un liquide ténu, gommeux, de couleur pâle, absolument inodore, il faut suspendre le traitement, afin de ne pas retarder la cicatrisation de la membrane du tympan.

La privation de chlorures comme moyen de combattre l'intolérance à l'égard de l'iodure de potassium.

On se rappelle que MM. les docteurs Ch. Richet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, et E. Toulouse, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Villejuif, ont réussi, dans une trentaine de cas d'épilepsie, à rendre l'organisme plus sensible à l'action du bromure de sodium, en soumettant les malades à un régime spécial, pauvre en chlorures (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 404). Cela étant, on pouvait se demander si l'état d'inanition chlorurique dans lequel on met ainsi les cellules de l'organisme, ne serait pas susceptible de favoriser l'assimilation de substances médicamenteuses autres que le bromure de sodium. En effet, d'après un médecin hongrois, M. le docteur Max Weisz (de Gyöngyös), la méthode en question pourrait également rendre d'excellents services dans le traitement de la syphilis. Notre confrère fut appelé à donner ses soins à une femme de quarante-deux ans, atteinte de lésions tertiaires et chez laquelle la médication iodurée ne tarda pas à provoquer une néphrite subaiguë avec cylindrurie, œdème des paupières et des jambes, diarrhée, etc. Après avoir soumis la malade à la diète lactée pendant quinze jours, M. Weisz institua un régime spécial, exempt de chlorures, et put alors reprendre le traitement ioduré, sans avoir à enregistrer le moindre accident d'iodisme.

Notre confrère estime que la privation de chlorures doit non seulement rendre l'organisme plus tolérant à l'égard des iodures alcalins, mais aussi influencer d'une façon favorable l'efficacité même de la médication, puisque le sel médicamenteux se substitue au chlorure de sodium et forme avec les éléments cellulaires des combinaisons plus stables que dans les conditions habituelles.

Traitement du catarrhe aigu des sinus frontaux par le maillot humide.

L'inflammation aiguë des sinus frontaux, consécutive au coryza, reste souvent méconnue, surtout lorsque — l'orifice qui fait communiquer ces sinus avec les fosses nasales étant obturé — tout écoulement se trouve tari et que l'affection se traduit exclusivement par une céphalée plus ou moins vive, due à la compression exercée par les produits de sécrétion accumulés dans les cavités en question. Si l'on ne recherche pas la cause de cette céphalée et qu'on se borne à prescrire des antinévralgiques, on risque de voir le mal s'aggraver, l'inflammation pouvant à la longue revêtir un caractère franchement purulent et nécessiter une intervention chirurgicale. En tenant compte des commémoratifs, ainsi que de la localisation des douleurs — spontanées et provoquées par la pression — exactement au-dessus et de chaque côté de la racine du nez, il sera facile de reconnaître qu'on se trouve en présence d'un catarrhe aigu des sinus frontaux. D'après l'expérience de M. le docteur Th. Zangger (de Zurich), le moyen de traitement qui donne, en pareil cas, les meilleurs résultats consiste à provoquer une transpiration abondante par l'enveloppement humide maintenu pendant une heure et demie environ et suivi d'une friction énergique avec un linge grossier imbibé d'eau froide. Pour augmenter la diaphorèse, on fait boire au malade, par petites gorgées, une infusion chaude de camomille ou de sureau ou encore un verre d'eau chaude sucrée et additionnée de dix gouttes d'esprit de menthe poivrée. Un soulagement ne tarderait pas à se produire dès la première transpiration abondante. Le maillot humide agirait ici en facilitant, par suite de la spoliation d'eau, la résorption du bouchon de mucus qui obture l'orifice des sinus frontaux.

Notre confrère estime que, même dans les cas d'abcès des sinus frontaux, il conviendrait, avant de se décider à une intervention sanglante, d'essayer le procédé qui vient d'être décrit.

NOMENCLATURE ANATOMIQUE FRANÇAISE

CORRESPONDANT AUX « NOMINA ANATOMICA » A LA NOMENCLATURE LATINE ET A CERTAINS TERMES SPÉCIAUX EMPLOYÉS EN ALLEMAND, EN ANGLAIS ET EN ITALIEN

De tous temps, la lecture des publications en langue étrangère a présenté pour le médecin français, même très versé dans cette langue, des difficultés considérables en raison de la différence existant entre la terminologie française et celles qui sont usitées dans d'autres pays. Ces difficultés sont encore augmentées lorsque, comme c'est le cas en médecine, il existe dans la plupart des langues, pour nombre de termes, une synonymie d'une exubérance souvent désespérante pour le lecteur étranger; elles deviennent quelquefois presque insurmontables sans un travail aussi long que fastidieux quand la conception sur un sujet déterminé varie d'un peuple à l'autre, alors qu'un même terme ne désigne pas le même objet ou même que l'expression équivalente n'existe pas dans l'autre langue.

C'est ainsi que, en anatomie, par exemple, le terme de *nervus petrosus superficialis minor* peut, suivant les auteurs, désigner deux filets nerveux complètement différents. En outre, aucun de ces deux filets ne correspond au *petit nerf pétreux superficiel*, bien que ce nom français représente la traduction littérale de l'appellation latine. Ces mêmes dissidences existent dans bien des branches des sciences médicales : sans insister sur les maladies mentales ou les maladies de peau, pour lesquelles le fait est bien connu, nous trouverions de nombreuses preuves à l'appui de cette opinion dans la comparaison des dénominations servant à désigner les fractures et les luxations en France et à l'étranger.

Le moyen le plus simple pour éviter un pareil inconvénient serait de faire une sélection parmi les expressions actuellement existantes ou même d'en créer de toutes pièces. Le terme choisi passerait intégralement d'une langue dans l'autre. C'est ce qu'ont entrepris les anatomistes anglophones de l'Amérique du Nord en tentant d'établir une nomenclature de mononymes obtenus par la contraction des expressions latines actuellement usitées, ou même en forgeant des mots entièrement nouveaux. Cette terminologie est encore trop récente pour qu'il soit possible de prévoir dès maintenant quel sort lui est réservé dans l'avenir. Toujours est-il qu'en Europe, du moins, elle ne paraît guère avoir d'adhérents. Aussi, tant que la réalisation d'une sorte d'*esperanto* médical sera du domaine des utopies, devra-t-on chercher d'autres terrains d'entente internationale et se contenter de réformes moins radicales mais plus facilement réalisables. La Nomenclature anatomique (1) préconisée par la Société anatomique allemande réunie à Bâle, il y a quelques années, représente, en ce qui concerne l'anatomie, une tentative faite dans le but de rendre praticable le maquis terminologique où trop souvent l'on se perd. Cette nomenclature est-elle destinée à devenir un jour la terminologie officielle universellement adoptée? La chose paraît peu probable. Si, en effet, une nomenclature latine a des chances de se généraliser dans des pays comme l'Allemagne, l'Angleterre et l'Italie où, de tous temps, on a donné en médecine, et en particulier en anatomie, la préférence aux expressions latines, il en va tout autrement en France où une terminologie latine aurait peine à supplanter la nomenclature médicale française actuellement employée et consacrée par un usage séculaire. Il y a trois siècles déjà, Molière faisait leur procès aux médecins qui ne s'exprimaient qu'en latin et il n'y a pas apparence de voir Diafoirus ressusciter de sitôt.

Quoi qu'il en soit, il semble bien que si une réforme de la terminologie anatomique devait s'accomplir en France, ce serait plutôt en vue d'amener une unification s'inspirant à la fois des besoins de l'anatomie humaine et de ceux de l'anatomie comparée, au moins en ce qui concerne les mammifères. Déjà le Congrès vétérinaire international de Berne avait envisagé ce but, et M. Lesbre (1) s'est fait en France le champion de cette idée. Mais la puissance de l'usage séculaire que nous invoquions contre l'introduction d'une nomenclature latine en France ne triomphera-t-elle pas d'une révolution de langage qui mettrait des noms nouveaux à la place de ceux de grand fessier, de biceps, etc., etc.? Et cependant il est évident que l'on ne saurait logiquement conserver le nom de biceps à un muscle qui n'a qu'un chef, ni l'épithète de grand à un muscle qui est le plus petit de la région.

Sans préjuger du résultat de ces différentes tentatives, le procédé le plus rationnel et le plus immédiatement utile pour remédier aux inconvénients de la variété des expressions employées par les divers auteurs consistait à établir des tables comprenant les termes médicaux avec leurs synonymes dans les principales nomenclatures étrangères. Les tables que Littré a annexées au *Dictionnaire* de Nysten ne sont qu'une ébauche de la mise en pratique de cette idée; les progrès de la science les ont, d'ailleurs, depuis longtemps rendues insuffisantes.

Le premier pas à faire dans la voie sus-indiquée était la confection d'un répertoire des termes anatomiques. C'est ce que nous tentons aujourd'hui, en publiant une nomenclature anatomique à laquelle pourront ultérieurement venir s'ajouter des listes analogues pour les appellations concernant d'autres départements de la médecine.

Notre intention première était de citer tous les noms usités en français, en latin, en allemand, en anglais et en italien. Mais si nous avions voulu donner la totalité des termes qui servent, ont servi ou peuvent servir à désigner une partie quelconque du corps humain, ce ne sont pas deux numéros entiers de la *Semaine Médicale*, c'est un gros volume qu'il nous eût fallu y consacrer. Ç'aurait été surtout refaire un travail qui a été accompli à la fin du siècle dernier à propos de la réforme de la nomenclature anatomique latine entreprise sous les auspices de la Société anatomique allemande, et qui a abouti à la Nomenclature anatomique dite de Bâle; commencé en 1887, cet ouvrage n'a vu le jour qu'en 1895. Les documents imprimés qui constituent la base de cette terminologie remplissent 20 brochures comprenant 942 pages et environ 30,000 noms avec leurs synonymes. D'ailleurs, les matériaux ainsi accumulés n'avaient d'intérêt qu'en ce qu'ils constituaient un travail préliminaire pour la fin que l'on se proposait, et leur publication n'a jamais paru présenter aucune utilité.

Ce que nous cherchions à faire, au contraire, c'était un répertoire permettant de retrouver rapidement, à la lecture d'un mémoire français, le terme équivalent dans l'une des principales langues étrangères. Or, presque toujours il existe dans chaque langue une expression qui a la préférence, qui est le plus couramment employée par la généralité des médecins. C'est là la dénomination qui nous importait. C'est celle que l'on trouvera dans notre nomenclature.

Nous nous sommes bornés aux principaux termes d'anatomie descriptive. Cette liste ne comprend pas, notamment, les termes histologiques ni embryologiques. D'ailleurs, même parmi les noms anatomo-descriptifs, nous avons dû opérer une sélection. Les *Nomina anatomica* dans leur forme actuelle représentent environ 4,500 désignations d'organes, et ce chiffre dépasse de beaucoup et le cadre que nous nous étions assigné et le but que nous nous étions proposé, à savoir de rédiger un répertoire d'un maniement commode et rapide. Il a donc fallu nous borner, et pour cela, de propos délibéré, élaguer plus d'un terme qu'il nous eût été impossible de passer sous silence si, au lieu de chercher à établir une synonymie pratique, nous l'eussions voulue systématique. Notre choix a d'abord porté sur les termes d'un usage plus particulièrement fréquent. Nous avons ensuite fait une certaine place aux désignations dont la traduction est plus ou moins malaisée.

Par contre, nous avons cru pouvoir nous borner à de simples indications en ce qui concerne le névraxe, d'abord parce que là, plus que partout ailleurs, la synonymie française abonde et qu'il ne nous était possible ni de choisir un terme préféré par la majorité des auteurs, ni de donner — sans surcharger inutilement nos tables — tous les synonymes usuels. D'ailleurs des ouvrages qui sont entre les mains de tous contiennent des tables très détaillées de synonymie. Aussi ne nous a-t-il pas paru y avoir d'inconvénient à réduire nos listes à ce point de vue.

Nous avons donc mis, en tête de chaque article, le ou les termes français usuels. La dénomination suivante (en italiques) est celle qui a été proposée par la Nomenclature anatomique de Bâle. Il se pourrait que d'ici un certain nombre d'années cette dernière eût plus ou moins supplanté la nomenclature latine. C'est donc sur elle que nous avons surtout dû insister. Il est légitime de penser cependant que la majorité des médecins des pays étrangers, élevés à l'école des anciens termes latins, continueront à se servir de ces termes : il fallait donc faire figurer, à côté des *Nomina anatomica*, les expressions le plus habituellement usitées dans l'ancienne terminologie latine; on les y trouvera, accompagnées de la mention La.; toutefois, lorsque ce nom est le même que celui de la Nomenclature de Bâle, nous avons jugé inutile de le répéter. Puis viennent, et dans le même ordre, les désignations allemandes (marquées par Al.), les termes anglais (avec le signe An.) et les dénominations italiennes (indiquées par It.). Les Allemands, les Anglais et les Italiens se servent presque exclusivement des appellations latines; même quand ils possèdent une terminologie propre, il est exceptionnel qu'ils l'emploient; c'est pourquoi, ne voulant donner que les noms les plus répandus, nous avons pu nous borner à n'indiquer qu'un nombre relativement restreint des mots spéciaux à ces trois langues. D'ailleurs, pour des expressions qui s'entendent par elles-mêmes (comme *nervo depressore* pour *nerf dépresseur*), nous avons cru pouvoir renoncer à les mentionner. De même ne figurent pas non plus les termes latins usités en français.

Ainsi compris, le présent répertoire pourra aussi bien faciliter au médecin français la lecture des publications en langue étrangère que donner au médecin étranger la clef de la nomenclature française.

Toute locution renfermant un nom propre figure à la place de ce nom propre.

Les dénominations commençant par les mots « os, articulation, ligament, muscle, artère, veine, nerf », sous-entendus dans les traductions, doivent être recherchées au premier mot qui suit ces substantifs, lesquels se trouvent entre parenthèses.

Il a souvent paru utile d'ajouter quelques courtes indications explicatives [entre crochets].

Dr FRANCIS MUNCH (de Paris).

(1) Anatomische Nomenclatur. Nomina anatomica. Eingeleitet und erläutert von W. HIS. Leipzig, 1895.

(1) F.-X. LESBRE. Essai de myologie comparée de l'homme et des mammifères domestiques. Lyon, 1897.
F.-X. LESBRE, ROMITI, A. NICOLAS et J. RENAUT, *in* Comptes rendus de l'Association des anatomistes. Paris, 1899.

Abdominale de l'artère (ou de la veine) mammaire interne (Branche). — *Arteria* (ou *vena*) *epigastrica superior.*

Abducteur du gros orteil (Muscle). — *Abductor hallucis.*
Souvent dénommé à tort *adducteur.*

Abducteur du petit doigt ou du petit orteil (Muscle). — *Abductor digiti quinti.*

Accessoire du brachial cutané interne (Nerf). — *Cutaneus brachii medialis.* Cutaneus brachii internus minor La.

Accessoire du long fléchisseur commun des orteils (muscle) ou chair carrée de SYLVIUS. — *Musculus quadratus plantæ.* Caro quadrata SYLVII; caput plantare flexoris digitorum longi La.

Accessoire du saphène externe ou saphène péronier (Nerf). — *Ramus anastomoticus peronæus.* Nervus communicans fibularis La.

Acromio-claviculaire (Articulation). — *Acromioclavicularis.*

Acromio-claviculaire (Ligament). — *Acromioclaviculare.*

Acromio-coracoïdien (Ligament). — *Coracoacromiale.*

Acromio-thoracique (Artère ou veine). — *Thoracoacromialis.* Thoracico-acromialis La.

Acromion. — *Acromion.*

Adam (Pomme d'). — *Prominentia laryngea.*

Adducteur du gros orteil (Muscle). — *Adductor hallucis.*
Souvent dénommé à tort *abducteur.*

Adducteur du pouce (Muscle). — *Adductor pollicis.*

Adipeux (Ligament). — *Plica synovialis patellaris.* Ligamentum mucosum La.

Aileron [du sacrum]. — *Pars lateralis.* Ala La.

Aileron de la rotule. — *Retinaculum patellæ.*

Ailes du vomer. — *Alæ vomeris.*

Aine. — *Inguen.* Leiste Al. Groin An. Anguinaja. It.

Aisselle. — *Axilla.* Achselhöhle Al. Arm-pit An. Ascella It.

Albuginée. — *Tunica albuginea.*

Alvéolaire (Artère). — *Alveolaris superior posterior.*

Ampoule de VATER. — *Papilla duodeni* [SANTORINI]. Papilla VATERI La.

Ampoule rectale. — *Ampulla recti.*

Amygdale ou amygdale palatine. — *Tonsilla palatina.* Mandel Al. Almonds; tonsil An. Gavigne It.

Amygdale pharyngienne. — VOIR *Luschka.*

Anal ou hémorrhoïdal (Nerf). — *Hemorrhoidalis inferior.*

Anconé (Muscle). — *Anconæus.* Anconæus quartus La.

Andersch (Ganglion d'). — *Ganglion petrosum.*

Angle duodéno-jéjunal. — *Flexura duodenojejunalis.*

Angle irido-cornéen. — *Angulus iridis.*

Angle postérieur [d'une côte]. — *Angulus.*

Angle sacro-vertébral ou promontoire. — *Promontorium.*

Angle supérieur du pavillon de l'oreille. — *Apex auriculæ* [DARWINI]. Satyrspitze Al.

Angulaire (Artère ou veine). — *Angularis.*

Angulaire de l'omoplate (Muscle). — *Levator scapulæ.*

Angulaire et du rhomboïde (Nerf de l'). — *Nervus dorsalis scapulæ.*

Anneau de VIEUSSENS. — *Limbus fossæ ovalis* [VIEUSSENII]. Limbus VIEUSSENII; isthmus VIEUSSENII La.

Annulaire (Ligament). — *Annulare radii.*

Anse anastomotique de GALIEN. — *Ramus anastomoticus nervi laryngei superioris cum nervo laryngeo inferiore.*

Anse de l'hypoglosse. — *Ansa hypoglossi.*

Antérieur [de l'articulation radio-carpienne]. (Ligament). — *Radiocarpeum volare.*

Antérieure du musculo-cutané (Branche). — *Nervus cutaneus antibrachii lateralis.* Nervus cutaneus brachii externus La.

Antéro-postérieur. — *Sagittalis.*

Antre du pylore. — VOIR *Vestibule pylorique.*

Antre mastoïdien ou antre pétreux. — *Antrum tympanicum.*

Antre pétreux. — VOIR *Antre mastoïdien.*

Anus. — *Anus.* After Al. Ano It.

Aorte. — *Aorta.*

Aponévrose épicrânienne. — *Galea aponeurotica.*

Aponévrose moyenne du périnée. — VOIR *Carcassonne.*

Aponévrose pelvienne ou périnéale profonde. — *Fascia pelvis.*

Aponévrose superficielle du périnée. — *Fascia superficialis perinæi.*

Apophyse articulaire [d'une vertèbre]. — *Processus articularis.* Gelenkfortsatz Al.

Apophyse basilaire ou corps de l'occipital. — *Pars basilaris.*

Apophyse clinoïde. — *Processus clinoideus.* Processus clinoides La.

Apophyse coracoïde [de l'omoplate]. — *Processus coracoideus.* Processus coracoides La.

Apophyse coronoïde [du cubitus]. — *Processus coronoideus.* Processus coronoides La.

Apophyse coronoïde [du maxillaire inférieur]. — *Processus coronoideus.* Processus temporalis La.

Apophyse costiforme [d'une vertèbre lombaire]. — *Processus costarius.* Processus lateralis La.

Apophyse courte et grosse [du marteau]. — *Processus lateralis.*

Apophyse crista-galli. — *Crista galli.*

Apophyse d'INGRASSIAS. — VOIR *Petite aile du sphénoïde.*

Apophyse du premier métatarsien. — *Tuberositas ossis metatarsalis I.*

Apophyse du trapèze. — *Tuberculum ossis multanguli majoris.* — Tuberositas ossis carpalis La.

Apophyse épineuse. — *Processus spinosus.* Dornfortsatz; Wirbeldorn Al.

Apophyse ethmoïdale [du cornet inférieur]. — *Processus ethmoidalis.*

Apophyse jugulaire [de l'occipital]. — *Processus jugularis.*

Apophyse lacrymale. — VOIR *Apophyse unguéale.*

Apophyse longue [du marteau] ou apophyse de RAW. — *Processus anterior* [FOLII]. Processus folianus La.

Apophyse mastoïde. — *Processus mastoideus.* Zitzenfortsatz Al.

Apophyse maxillaire [du cornet inférieur]. — *Processus maxillaris.*

Apophyse montante [du maxillaire supérieur]. — *Processus frontalis.*

Apophyse musculaire [du cartilage aryténoïde]. — *Processus muscularis.*

Apophyse odontoïde [de l'axis]. — *Dens.*

Apophyse orbitaire [de l'os malaire]. — *Processus frontosphenoidalis.*

Apophyse orbitaire [de l'os palatin]. — *Processus orbitalis.*

Apophyse orbitaire externe [du frontal]. — *Processus zygomaticus.* Processus jugalis La.

Apophyse palatine [du maxillaire supérieur]. — *Processus palatinus.*

Apophyse ptérygoïde [du sphénoïde]. — *Processus pterygoideus.*

Apophyse pyramidale [de l'os palatin]. — *Processus pyramidalis.*

Apophyse pyramidale [du maxillaire supérieur]. — *Processus zygomaticus.* Processus jugalis La.

Apophyse sphénoïdale [de l'os palatin]. — *Processus sphenoidalis.*

Apophyse styloïde [du 3e métacarpien, du cubitus, du radius]. — *Processus styloideus.* Processus styloides La.

Apophyse styloïde [du temporal]. — *Processus styloideus.* Processus styloides La. Griffelfortsatz Al.

Apophyse sus-épitrochléenne [de l'humérus]. — *Processus supracondyloideus.*

Apophyse transverse [d'une vertèbre]. — *Processus transversus.* Querfortsatz Al.

Apophyse unciforme [de l'ethmoïde]. — *Processus uncinatus.*

Apophyse unciforme [de l'os crochu]. — *Hamulus ossis hamati.*

Apophyse unguéale ou lacrymale [du cornet inférieur]. — *Processus lacrimalis.*

Apophyse vaginale [du temporal]. — *Vagina processus styloidei.*

Apophyse vocale [du cartilage aryténoïde]. — *Processus vocalis.*

Apophyse zygomatique ou zygoma. — *Processus zygomaticus.*

Apophyses géni. — *Spinæ mentales.* Spinæ mentales internæ La.

Appendice vermiculaire ou iléo-cæcal. — *Processus vermiformis.*

Appendice xiphoïde. — *Processus xiphoideus.* Processus xiphoides; processus ensiformis La. Schwertfortsatz Al.

Appendices épiploïques. — *Appendices epiploicæ.*

Aqueduc de FALLOPE ou canal de FALLOPE. — *Canalis facialis* [FALLOPII]. Canalis FALLOPII La.

Aqueduc du limaçon. — *Canaliculus cochleæ.* Aquæductus cochleæ La.

Aqueduc du vestibule. — *Aquæductus vestibuli.*

Arachnoïde. — *Arachnoidea.*

Arantius (Cordon d'). — *Ligamentum venosum* [ARANTII].

Arantius (Nodules d'). — *Noduli valvularum* [ARANTII]. Noduli ARANTII La.

Arbre de vie. — *Plicæ palmatæ.* Arbor vitæ La.

Arc du côlon ou côlon transverse. — *Colon transversum.*

Arc vertébral. — *Arcus vertebræ.* Arcus vertebralis La. Wirbelbogen Al.

Arcade alvéolaire. — *Pars alveolaris.*

Arcade des veines jugulaires. — *Arcus venosus juguli.*

Arcade dorsale de la main. — *Rete carpi dorsale.*

Arcade dorsale du pied. — *Arcus venosus dorsalis pedis.*

Arcade dorsale du tarse. — *Rete dorsale pedis.*

Arcade fémorale. — *Ligamentum inguinale* [POUPARTI]. Ligamentum POUPARTI La.

Arcade orbitaire. — *Margo supraorbitalis.*

Arcade palmaire profonde. — *Arcus volaris profundus.*

Arcade palmaire superficielle. — *Arcus volaris superficialis.* Arcus volaris sublimis La.

Arcade plantaire. — *Arcus plantaris.*

Arcade pubienne. — *Arcus pubis.*

Arcade sourcilière. — *Arcus superciliaris.*

Arcade veineuse du dos de la main. — *Rete venosum dorsale manus.*

Arcade veineuse plantaire. — *Arcus venosus plantaris.*

Arcade veineuse profonde de la paume de la main. — *Arcus volaris venosus profundus.*

Arcade veineuse superficielle de la paume de la main. — *Arcus volaris venosus superficialis.*

Arcade zygomatique. — *Arcus zygomaticus.*

Aréole. — *Areola mammæ.*

Arnold (Ganglion d') ou ganglion otique. — *Ganglion oticum.*

Arqué (Ligament). — *Popliteum arcuatum.*

Arrière-bouche. — VOIR *Bucco-pharynx.*

Arrière-cavité des épiploons. — *Bursa omentalis.*

Arrière-cavité des fosses nasales. — VOIR *Naso-pharynx.*

Arrière-fond de la cavité cotyloïde. — *Fossa acetabuli.*

Artère du nerf grand sciatique. — *Arteria comitans nervi ischiadici.*

Artère du nerf médian. — *Arteria mediana.*

Artère du quadriceps. — *Ramus descendens arteriæ circumflexæ femoris lateralis.*

Articulaire inférieure et externe (Artère). — *Genu inferior lateralis.*

Articulaire inférieure et interne (Artère). — *Genu inferior medialis.*

Articulaire moyenne (Artère). — *Genu media.*

Articulaire supérieure et externe (Artère). — *Genu superior lateralis.*

Articulaire supérieure et interne (Artère). — *Genu superior medialis.*

Ary-aryténoïdien ou interaryténoïdien (Muscle). — *Arytænoideus.*

Ary-corniculée (Articulation). — *Synchondrosis arycorniculata.*

Aryténo-épiglottique (Muscle). — *Aryepiglotticus.*

Astragale. — *Talus.* Würfelbein; Sprungbein. Al.

Astragalo-scaphoïdienne (Articulation). — *Talonavicularis.*

Atlas. — *Atlas.*

Atloïdo-axoïdienne (Articulation). — *Atlanto-epistrophica.*

Auditif (Nerf). — *Acusticus.*

Auditive interne (Artère ou veine). — *Auditiva interna.*

Auriculaire antérieur (Muscle). — *Auricularis anterior.*

Auriculaire antérieure (Veine). — *Auricularis anterior.*

Auriculaire du plexus cervical (Branche). — *Nervus auricularis magnus.*

Auriculaire postérieur (Muscle). — *Auricularis posterior.*

Auriculaire postérieur du nerf facial (Rameau). — *Nervus auricularis posterior.*

Auriculaire postérieure (Artère ou veine). — *Auricularis posterior.*

Auriculaire supérieur (Muscle). — *Auricularis superior.*

Auricule. — *Auricula cordis.* Herzohr Al.

Auriculo-temporal (Nerf). — *Auriculotemporalis.*

Auriculo-ventriculaire ou auriculo-ventriculaire gauche (Artère). — *Ramus circumflexus.*

Avant-mur. — *Claustrum.*

Axillaire (Artère ou veine). — *Axillaris.*

Axillaire (Nerf). — VOIR *Circonflexe.*

Axis. — *Epistropheus.*

Azygos (Veine). — *Azygos.*

Azygos de la luette ou palato-staphylin (Muscle). *Musculus uvulæ.* Levator uvulæ La.

Bandelette du côlon. — *Tænia coli.*

Bandelette olfactive. — *Tractus olfactorius.*

Bandelette optique. — *Tractus opticus.*

Bartholin (Canal de). — *Ductus sublingualis major.* Ductus Bartholinianus La.

Bartholin (Glande de) ou glande vulvo-vaginale. — *Glandula vestibularis major* [BARTHOLINI].

Bas-fond de la vessie. — *Fundus vesicæ*

Base de la langue. — *Radix linguæ.*

Basilaire (Tronc). — *Arteria basilaris.*

Basilaire (Veine). — *Basalis* [ROSENTHALI]. Basilaris La.

Basilique (Veine). — *Basilica.*

Bassin. — *Pelvis.* Becken Al.

Bassinet. — *Pelvis renalis.* Nierenbecken Al.

Bauhin (Valvule de) ou valvule iléo-cæcale. — *Valvula coli.* Valvula BAUHINI La.

Bec [de la lame spirale]. — *Hamulus.*

Bec [du sphénoïde]. — *Rostrum sphenoidale.*

Bec de cuiller. — *Processus cochleariformis.*

Bec du corps calleux. — *Rostrum corporis callosi.*

Bertin (Colonnes de). — *Columnæ renales* (BERTINI).

Bertin (Cornet de). — *Concha sphenoïdalis.* Ossiculum BERTINI La.

Bertin (Ligament de) ou ligament ilio-fémoral. — *Ligamentum iliofemorale.* Ligamentum ileo-femorale La.

Biceps brachial (Muscle). — *Biceps brachii.*

Biceps crural (Muscle). — *Biceps femoris.*

Bichat (Boule de). — *Corpus adiposum buccæ.*

Bile. — *Fel; bilis.* Galle Al. Bile; Gall An.

Blandin-Nuhn (Glande de). — *Glandula lingualis anterior* [BLANDINI, NUHNI].

Bosse frontale. — *Tuber frontale.*

Bosse pariétale. — *Tuber parietale.*

Bosselure du côlon. — *Haustrum coli.*

Bouche. — *Os.* Mund Al. Mouth An. Bocca It.

Bourrelet annulaire de la membrane du tympan. — *Limbus membranæ tympani.*

Bourrelet cotyloïdien. — *Labrum glenoidale.*

Bourrelet de la trompe. — *Torus tubarius.*

Bourrelet du corps calleux. — *Splenium corporis callosi.*

Bourrelet glénoïdien. — *Labrum glenoidale.*

Bourrelet interurétérique. — *Plica ureterica.*

Bourse pharyngienne. — *Bursa pharyngea.*

Bowman (Capsule de). — *Capsula glomeruli.*

Brachial (Plexus). — *Plexus brachialis.*

Brachial antérieur (Muscle). — *Brachialis.* Brachialis internus La.

Brachial cutané interne (Nerf). — *Cutaneus antibrachii medialis.* Cutaneus brachii internus major La.

Brachio-céphalique (Tronc artériel). — *Arteria anonyma.*

Brachio-céphaliques (Troncs veineux). — *Venæ anonymæ.*

Branche [de l'enclume, de l'étrier]. — *Crus.*

Breschet (Sinus de). — VOIR *Sphéno-pariétal.*

Breschet (Veines de). — VOIR *Diploïques.*

Bronche. — *Bronchus.*

Bronchiques (Artères ou veines). — *Bronchiales.*

Broncho-œsophagien (Muscle). — *Bronchoœsophageus.*

Brunner (Glandes de). — *Glandulæ duodenales* [BRUNNERI].

Buccal (Nerf). — *Buccinatorius.*

Buccale (Artère). — *Buccinatoria.*

Buccinateur (Muscle). — *Buccinator.*

Bucco-pharynx ou arrière-bouche. — *Pars oralis pharyngis.*

Bulbaire, bulbeuse, périnéale profonde ou transverse du périnée (Artère). — *Arteria bulbi urethræ; arteria bulbi vestibuli* [*vaginæ*]. Bulbosa La.

Bulbe de l'urèthre. — *Bulbus urethræ.*

Bulbe du vagin. — *Bulbus vestibuli.*

Bulbe olfactif. — *Bulbus olfactorius.*

Bulbe rachidien. — *Medulla oblongata.* Kopfmark Al.

Bulbeuse. — VOIR *Bulbaire.*

Bulbo-caverneux (Muscle). — *Bulbocavernosus.*

Cæcum. — *Intestinum cæcum.* Blinddarm Al.

Caisse du tympan. — *Cavum tympani.* Paukenhöhle Al.

Calcanéo-astragalienne (Articulation). — VOIR *Sous-astragalienne.*

Calcanéo-cuboïdien inférieur (Ligament). — VOIR *Grand ligament de la plante.*

Calcanéo-cuboïdienne (Articulation). — *Calcaneo-cuboidea.*

Calcanéum. — *Calcaneus.* Fersenbein Al.

Calices [du rein]. — *Calyces renales.* Nierenkelche Al.

Caliciformes (Papilles). — *Papillæ vallatæ.* Papillæ circumvallatæ La.

Canal artériel. — *Ductus arteriosus* [BOTALLI].

Canal carotico-tympanique. — *Canaliculus caroticotympanicus.*

Canal carotidien. — *Canalis caroticus.*

Canal cholédoque. — *Ductus choledochus.*

Canal cochléaire. — *Ductus cochlearis.*

Canal collatéral. — *Vena comitans.*

Canal condylien antérieur [de l'occipital]. — VOIR *Trou condylien antérieur.*

Canal condylien postérieur [de l'occipital]. — VOIR *Trou condylien postérieur.*

Canal cystique. — *Ductus cysticus.*

Canal déférent. — *Ductus deferens.* Vas deferens La. Samenleiter Al.

Canal demi-circulaire. — *Canalis semicircularis.*

Canal dentaire. — *Canalis mandibulæ.* Canalis alveolaris La.

Canal du muscle du marteau. — *Semicanalis musculi tensoris tympani.*

Canal éjaculateur. — *Ductus ejaculatorius.*

Canal endo-lymphatique. — *Ductus endolymphaticus.*

Canal épididymaire. — *Ductus epididymidis.*

Canal ethmoïdal postérieur. — *Foramen ethmoidale posterius.*

Canal frontal. — VOIR *Diploïque frontale.*

Canal hépatique. — *Ductus hepaticus.*

Canal incisif. — VOIR *Canal palatin antérieur.*

Canal nasal ou lacrymo-nasal. — *Ductus nasolacrimalis.* Canalis (Ductus) naso-lacrymalis La.

Canal occipital. — VOIR *Diploïque occipitale.*

Canal palatin antérieur ou canal incisif. — *Canalis incisivus.*

Canal pariétal. — VOIR *Diploïque temporo-pariétale (Veine).*

Canal rachidien. — *Canalis vertebralis.* Canalis spinalis La. Wirbelkanal Al.

Canal sacré. — *Canalis sacralis.*

Canal sous-orbitaire. — *Canalis infraorbitalis.*

Canal thoracique. — *Ductus thoracicus.*

Canal tympanique. — VOIR *Jacobson.*

Canal vidien. — *Canalis pterygoideus* [VIDII].

Canaux biliaires. — *Ductus biliferi.*

Canaux demi-circulaires. — *Ductus semicirculares.* Bogengänge Al. Semicircular canals An.

Canin (Muscle). — *Caninus.*

Capsulaire inférieure (Artère). — *Suprarenalis inferior.*

Capsulaire moyenne (Artère). — *Suprarenalis media.*

Capsulaire moyenne (Veine). — *Suprarenalis.*

Capsulaire supérieure (Artère). — *Rami suprarenales superiores.*

Capsule adipeuse du rein. — *Capsula adiposa.*

Capsule de Tenon. — *Fascia bulbi* [TENONI]. TENON'sche Kapsel; TENON'sche Binde Al.

Capsule externe. — *Capsula externa.*

Capsule interne. — *Capsula interna.*

Capsule surrénale. — *Glandula suprarenalis.* Nebenniere Al. Suprarenal body An.

Carcassonne (Ligament de) ou aponévrose moyenne du périnée. — *Diaphragma urogenitale.*

Cardia. — *Cardia.*

Caroncule lacrymale. — *Caruncula lacrimalis.*

Caroncule sublinguale. — *Caruncula sublingualis.*

Carotico-tympanique (Nerf). — *Caroticotympanici inferior* (Caroticotympanicus La.) *et superior* (Petrosus profundus minor La.).

Carotide externe (Artère). — *Carotis externa.*

Carotide interne (Artère). — *Carotis interna.*

Carotide primitive (Artère). — *Carotis communis.*

Carotidien (Sinus). — *Plexus venosus caroticus internus.*

Carotidien du nerf vidien (Rameau). — *Nervus petrosus profundus.* Nervus petrosus profundus major La.

Carpe. — *Carpus.* Handwurzel Al. Wrist An.

Carpo-métacarpienne (Articulation). — *Carpometacarpea.*

Carré crural (Muscle). — *Quadratus femoris.*

Carré des lombes (Muscle). — *Quadratus lumborum.*

Carré du menton (Muscle). — *Quadratus labii inferioris.* Quadratus menti La.

Carré pronateur (Muscle). — *Pronator quadratus.*

Cartilage aryténoïde. — *Cartilago arytænoidea.* Aryknorpel; Stellknorpel Al.

Cartilage carré [du nez]. — *Cartilago alaris minor.*

Cartilage corniculé ou cartilage de Santorini. — *Cartilago corniculata* [SANTORINI]. Cartilago Santoriniana La.

Cartilage cricoïde. — *Cartilago cricoidea.* Ringknorpel Al.

Cartilage de la cloison. — *Cartilago septi nasi.*

Cartilage de l'aile du nez. — *Cartilago alaris major.*

Cartilage hordéiforme. — *Cartilago triticea.* Corpusculum triticeum La.

Cartilage latéral. — *Cartilago nasi lateralis.*

Cartilage sésamoïde. — *Cartilago sesamoidea.*

Cartilage thyroïde. — *Cartilago thyreoidea.* Schildknorpel Al.

Cartilage vomérien. — *Cartilago vomero-nasalis* [JACOBSONI].

Cartilages semi-lunaires [du genou]. — *Menisci.*

Cave inférieure (Veine). — *Cava inferior.*

Cave supérieure (Veine). — *Cava superior.*

Caverneuse (Artère ou veine). — *Profunda penis* ou *clitoridis.*

Caverneux (Sinus). — *Sinus cavernosus.*

Cavité coronoïdienne [de l'humérus]. — *Fossa coronoidea.* Fossa cubitalis La.

Cavité cotyloïde ou cotyle. — *Acetabulum.*

Cavité digitale ou fossette digitale [du grand trochanter]. — *Fossa trochanterica.*

Cavité glénoïde [de l'atlas]. — *Fovea articularis superior.* Fovea articularis La.

Cavité glénoïde [de l'omoplate]. — *Cavitas glenoidalis.*

Cavité glénoïde [du temporal]. — *Facies articularis fossæ mandibularis.* Fossa articularis La.

Cavité glénoïde [du tibia]. — *Facies articularis superior tibiæ.*

Cavité olécrânienne [de l'humérus]. — *Fossa olecrani.*

Cavité sigmoïde du radius. — *Incisura ulnaris radii.*

Cellules ethmoïdales. — *Cellulæ ethmoidales.*

Cellules mastoïdiennes. — *Cellulæ mastoideæ.*

Centrale de la rétine (Artère ou veine). — *Centralis retinæ.*

Centrale ou intralobulaire [du foie] (Veine). — *Vena centralis.*

Centre ovale. — *Centrum semiovale.*

Céphalique (Veine). — *Cephalica.*

Cerceau cartilagineux de la trachée. — *Cartilago trachealis.*

Cérébelleuse inférieure (Artère). — VOIR *Cérébelleuse inférieure et postérieure.*

Cérébelleuse inférieure et antérieure ou cérébelleuse moyenne (Artère). — *Cerebelli inferior anterior.*

Cérébelleuse inférieure et postérieure ou cérébelleuse inférieure (Artère). — *Cerebelli inferior posterior.*

Cérébelleuse moyenne (Artère). — VOIR *Cérébelleuse inférieure et antérieure.*

Cérébelleuse supérieure (Artère). — *Cerebelli superior.*

Cérébrale antérieure (Artère). — *Cerebri anterior.* Arteria corporis callosi La.

Cérébrale moyenne (Artère). — VOIR *Sylvienne.*

Cérébrale postérieure (Artère). — *Cerebri posterior.* Profunda cerebri La.

Cérébrales externes ou superficielles (Veines). — *Cerebri superiores.* Cerebrales superiores La.

Cérébrales inférieures (Veines). — *Cerebri inferiores.* Cerebrales inferiores La.

Cérébrales internes (Veines). — VOIR *Galien.*

Cerveau. — *Cerebellum.* Grosshirn Al. Brain An. Cervello It.

Cervelet. — *Cerebellum.* Kleinhirn Al. Cerveletto It.

Cervical (Plexus). — *Plexus cervicalis.*

Cervical postérieur (Ligament). — *Ligamentum nuchæ.*

Cervicale ascendante (Artère). — *Cervicalis ascendens.*

Cervicale profonde (Artère ou veine). — *Cervicalis profunda.*

Cervicale transverse du plexus cervical (Branche). — *Nervus cutaneus colli.* Nervus subcutaneus colli La.

Cervicale transverse superficielle (artère) ou branche trapézienne de l'artère scapulaire supérieure. — *Arteria cervicalis superficialis.*

Cervico-intercostal (Tronc). — *Truncus costocervicalis.*

Chair carrée de Sylvius. — VOIR *Accessoire du long fléchisseur commun des orteils.*

Chambre antérieure de l'œil. — *Camera oculi anterior.*

Chambre postérieure de l'œil. — *Camera oculi posterior.*

Chassaignac (Tubercule de). — *Tuberculum caroticum* [*vertebræ cervicalis VI*].

Choanes. — VOIR *Narines postérieures.*

Chondroglosse (Muscle). — *Chondroglossus.*

Chondrosternales (Articulations). — *Sternocostales.*

Choroïde. — *Chorioidea.* Gefässhaut Al.

Choroïdienne antérieure (Artère). — *Chorioidea.*

Ciliaire (Muscle). — *Ciliaris.*

Ciliaires antérieures (Artères ou veines). — *Ciliares anteriores.* Ciliares anticæ La.

Ciliaires courtes postérieures (Artères). — *Ciliares posteriores breves.* Ciliares posticæ breves La.

Ciliaires longs (Nerfs). — *Ciliares longi.*

Ciliaires longues postérieures (Artères). — *Ciliares posteriores longæ.* Ciliares posticæ longæ La.

Circonflexe ou axillaire (Nerf). — *Axillaris.*

Circonflexe antérieure [de la cuisse] (Artère ou veine). — *Circumflexa femoris lateralis.* Circumflexa femoris externa La.

Circonflexe antérieure [du bras] (Artère). — *Circumflexa humeri anterior.*

Circonflexe iliaque (Artère ou veine). — *Circumflexa ilium profunda.* Circumflexa ileum La.

Circonflexe iliaque superficielle (Artère ou veine) ou rameau iliaque de l'artère (ou de la veine) sous-cutanée abdominale. — *Circumflexa ilium superficialis.* Circumflexa ileum externa La.

Circonflexe postérieure [de la cuisse] (Artère ou veine). — *Circumflexa femoris medialis.* Circumflexa femoris interna La.

Circonflexe postérieure [du bras] (Artère). — *Circumflexa humeri posterior.*

Circonvolution cérébrale. — *Gyrus cerebri.*

Circonvolution frontale ascendante. — *Gyrus centralis anterior.*

Circonvolution pariétale ascendante. — *Gyrus centralis posterior.*

Citerne de PECQUET. — *Cisterna chyli.*

Civinini (Ligament ptérygo-épineux de). — *Ligamentum pterygospinosum.*

Clavicule. — *Clavicula.* Schlüsselbein Al. Clavicle; collar-bone An. Clavicola It.

Clitoris. — *Clitoris.*

Cloison (Artère de la). — Arteria septi nasi posterior La.
Réunie, dans les *Nomina anatomica*, à l'artère des cornets et des méats sous le nom d'*arteriæ nasales posteriores laterales et septi.*

Cloison interauriculaire. — *Septum atriorum.*

Cloison intermusculaire [des membres]. — *Septum intermusculare.*

Cloison interventriculaire. — *Septum ventriculorum.*

Coccygienne de LUSCHKA (Glande). — *Glomus coccygeum.* Glandula coccygea La. Steissdrüse Al.

Coccyx. — *Os coccygis.*

Cochléen (Nerf). — *Nervus cochleæ.*

Cœliaque (Tronc). — *Arteria cœliaca.* Tripus HALLERI La.

Cœur. — *Cor.* Herz Al. Heart An. Cuore It.

Coin. — *Cuneus.*

Col [d'une côte]. — *Collum.*

Col de l'utérus. — *Cervix* [*uteri*].

Col du marteau. — *Collum mallei.*

Colique droite inférieure (Artère). — VOIR *Iléo-colique.*

Colique droite moyenne (Artère ou veine). — *Colica dextra.*

Colique supérieure (Artère ou veine). — *Colica media.*

Collatérale externe ou humérale profonde (Artère). — *Profunda brachii.* Superior profound artery An.

Collatérale interne inférieure (Artère). — *Collateralis ulnaris inferior.* Anastomotic artery An.

Collatérale interne supérieure (Artère). — *Collateralis ulnaris superior.* — Inferior profound artery An.

Collatérale palmaire externe de l'index (Artère). — *Volaris indicis radialis.*

Collatérales dorsales (Artères). — *Digitales dorsales.*

Collatérales du pouce et de la collatérale externe de l'index (Tronc commun des) ou première interosseuse palmaire (Artère). — *Princeps pollicis.*

Collatérales palmaires (Artères). — *Digitales volares propriæ.*

Collatérales plantaires (Artères). — *Digitales plantares.*

Collatéraux dorsaux (Nerfs). — *Digitales dorsales.*

Collatéraux palmaires (Nerfs). — *Digitales volares proprii.*

Collatéraux plantaires (Nerfs). — *Digitales plantares proprii.*

Colles (Ligament de). — *Ligamentum inguinale reflexum* [COLLESI].

Côlon ascendant. — *Colon ascendens.*

Côlon descendant. — *Colon descendens.*

Côlon iliaque. — VOIR *S iliaque.*

Côlon transverse. — VOIR *Arc du côlon.*

Colonne du vagin. — *Columna rugarum.*

Colonne vertébrale. — *Columna vertebralis.* Wirbelsäule Al.

Colonnes charnues [du cœur]. — *Trabeculæ carneæ.*

Commissure des lèvres. — *Commissura labiorum.*

Communicante antérieure (Artère). — *Communicans anterior.*

Communicante postérieure (Artère). — *Communicans posterior.*

Conduit auditif externe. — *Meatus acusticus externus.* Aeusserer Gehörgang Al. External auditory meatus An.

Conduit auditif interne. — *Meatus acusticus internus.* Innerer Gehörgang Al. Internal auditory meatus An.

Conduit ethmoïdal antérieur. — *Foramen ethmoidale anterius.*

Conduit nourricier. — VOIR *Trou nourricier.*

Conduit ptérygo-palatin. — *Canalis pterygopalatinus.*

Conduits lacrymaux. — *Ductus lacrimales.* Thränenröhrchen; Thränencanälchen Al.

Condyle. — *Condylus.*

Condyle [du maxillaire inférieur]. — *Processus condyloideus.* Processus articularis La.

Condyle huméral. — *Capitulum humeri.*

Cônes efférents du testicule. — *Ductuli efferentes testis.*

Confluents sous-arachnoïdiens. — *Cisternæ subarachnoidales.*

Coniques (Papilles). — *Papillæ conicæ.*

Conjonctive. — *Conjunctiva.* Bindehaut Al.

Conoïde (Ligament). — *Conoideum.*

Conque. — *Concha auriculæ.*

Constricteur du pharynx (Muscle). — *Constrictor pharyngis.*

Cooper (Fascia de). — *Fascia cremasteri* [COOPERI].

Coraco-brachial (Muscle). — *Coraco-brachialis.*

Coraco-claviculaires (Ligaments). — *Ligamentum coracoclaviculare.*

Coraco-huméral (Ligament). — *Coracohumerale.* Coraco-brachiale La.

Coracoïdien (Ligament). — *Transversum scapulæ superius.* Transversum scapulæ La.

Cordages tendineux. — *Chordæ tendineæ.*

Corde du tympan. — *Chorda tympani.* Paukensaite Al.

Corde vocale inférieure. — *Ligamentum vocale.*

Corde vocale supérieure. — *Ligamentum ventriculare.*

Cordon spermatique. — *Funiculus spermaticus.*

Corne [de l'os hyoïde]. — *Cornu.*

Cornée. — *Cornea.* Hornhaut Al.

Cornes sacrées. — *Cornua sacralia.*

Cornet. — *Concha nasalis.* Muschel Al.

Cornet inférieur. — *Concha nasalis inferior.* Turbinale La.

Cornets et des méats (Artère des). — Arteria lateralis nasi posterior La.
VOIR *Cloison* (*Artère de la*).

Cornets ethmoïdaux. — *Conchæ nasales superior et media.*

Coronaire (Ligament). — *Coronarium hepatis.*

Coronaire [de la dure-mère] (Sinus). — *Sinus circularis.*

Coronaire [des lèvres] (Artère ou veine). — *Labialis.*

Coronaire [du cœur] (Artère). — *Coronaria* [*cordis*]. Kranzarterie Al.

Coronaire [du cœur] (Sinus). — *Sinus coronarius.*

Coronaire stomachique (Artère). — *Gastrica sinistra.* Coronaria ventriculi sinistra La.

Coronaire stomachique (Veine). — *Coronaria ventriculi.*

Corps bordant. — *Fimbria hippocampi.*

Corps calleux. — *Corpus callosum.*

Corps caverneux. — *Corpus cavernosum penis.*

Corps de l'occipital. — VOIR *Apophyse basilaire.*

Corps genouillé. — *Corpus geniculatum.*

Corps pituitaire. — *Hypophysis.*

Corps spongieux de l'urèthre. — *Corpus cavernosum urethræ.*

Corps strié. — *Corpus striatum.*

Corps vertébral. — *Corpus vertebræ.* Wirbelkörper Al.

Corps vitré. — *Corpus vitreum.* Glaskörper Al. Vitreous humour An.

Corti (Ganglion de). — *Ganglion spirale cochleæ.*

Corti (Organe de). — *Organon spirale* [CORTII].

Costo-claviculaire (Ligament). — *Costoclaviculare.*

Costo-diaphragmatique (Sinus). — *Sinus phrenicocostalis.*

Costo-médiastinal (Sinus). — *Sinus costomediastinalis.*

Costo-transversaire (Articulation). — *Costotransversaria.*

Costo-vertébrale (Articulation). — *Costo-vertebrales.*

Côte. — *Costa.* Rippe Al. Rib An.

Côtes flottantes. — Costæ fluctuantes La.

Cotyle. — VOIR *Cavité cotyloïde.*

Couche optique. — *Thalamus.* Thalamus opticus La.

Coude. — *Cubitus.* Ellbogen Al. Elbow An. Cubito It.

Coude droit du côlon. — *Flexura coli dextra.*

Coude gauche du côlon. — *Flexura coli sinistra.*

Coulisse bicipitale [de l'humérus]. — *Sulcus intertubercularis.*
Des deux lèvres qu'on distingue à la coulisse bicipitale, l'antérieure ou externe correspond à la *crista tuberculi majoris*, la postérieure ou interne à la *crista tuberculi minoris.*

Coupole du limaçon. — *Cupula.*

Couronne du gland. — *Corona glandis.*

Court abducteur du pouce (Muscle). — *Abductor pollicis brevis.*

Court extenseur du pouce (Muscle). — *Extensor pollicis brevis.*

Court fléchisseur commun des orteils (Muscle). — *Flexor digitorum brevis.*

Court fléchisseur du gros orteil (Muscle). — *Flexor hallucis brevis.*

Court fléchisseur du petit doigt ou du petit orteil (Muscle). — *Flexor digiti quinti brevis.*

Court fléchisseur du pouce (Muscle). — *Flexor pollicis brevis.*

Court péronier latéral (Muscle). — *Peronæus brevis.*

Court supinateur (Muscle). — *Supinator.* Supinator brevis La.

Courts (Vaisseaux). — *Arteriæ gastricæ breves.*

Couturier (Muscle). — *Sartorius.*

Cowper (Glande de). — VOIR *Méry.*

Coxal (Os). — VOIR *Os iliaque.*

Coxo-fémoral (Articulation). — *Articulatio coxæ.* Hüftgelenk Al.

Crâne. — *Cranium.* Schädel Al. Skull An. Cranio It.

Crâniens (Nerfs). — *Nervi cerebrales.* Kopfnerven; Hirnnerven Al. Cranial nerves An.

Crémaster (Muscle). — *Cremaster.*

Crête acoustique. — *Crista ampullaris.*

Crête du tibia. — *Crista tibiæ anterior.* Crista tibiæ La.

Crête du vestibule. — *Crista vestibuli.*

Crête falciforme [du conduit auditif interne]. — *Crista transversa.*

Crête frontale. — *Crista frontalis.*

Crête iliaque. — *Crista iliaca.* Darmbeinkamm Al.

Crête ilio-pubienne ou ligne innominée. — *Linea terminalis.* Linea ileo-pectinata La.

Crête interosseuse [des os de l'avant-bras ou de la jambe]. — *Crista interossea.*

Crête intertrochantérienne ou ligne intertrochantérienne postérieure. — Linea intertrochanterica La.

Crête lacrymale [de l'os lacrymal]. — *Crista lacrimalis posterior.*

Crête lacrymale antérieure. — *Crista lacrimalis anterior.*

Crête occipitale externe. — *Crista occipitalis externa.*

Crête occipitale interne. — Crista occipitalis interna La.

Crête pectinée. — *Pecten ossis pubis.* Pecten pubicus La.

Crête sacrée. — *Crista sacralis media.* Processus spinosi spurii La.

Crête temporale du sphénoïde. — *Crista infratemporalis.*

Creux épigastrique. — *Scrobiculus cordis.*

Crible spiroïde du limaçon. — Tractus spiralis foraminulentus La.

Crico-aryténoïdien latéral (Muscle). — *Cricoarytænoideus lateralis.*

Crico-aryténoïdien postérieur (Muscle). — *Cricoarytænoideus posterior.*

Crico-aryténoïdienne (Articulation). — *Cricoarytænoidea.*

Crico-thyroïdien (Muscle). — *Cricothyreoideus.*

Crico-thyroïdienne (Articulation). — *Cricothyreoidea.*

Crico-thyroïdienne (Membrane). — *Ligamentum cricothyreoideum* [*medium*].

Cristallin. — *Lens crystallina.* Linse Al. Lenta cristallina; cristallino It.

Crochet de l'apophyse ptérygoïde. — *Hamulus pterygoideus.*

Crochet du pancréas. — *Processus uncinatus* [*Pancreas* WINSLOWI].

Croisés (Ligaments). — *Cruciata genu.*

Crosse de l'aorte. — *Arcus aortæ.*

Crotaphite (Muscle). — VOIR *Temporal.*

Cruciforme (Ligament). — *Cruciatum atlantis.*

Crural (Nerf). — *Femoralis.* Cruralis La.

Crural antérieur (Muscle). — *Vastus intermedius.* Cruralis; femoralis La.

Crural du nerf génito-crural (Rameau). — *Nervus lumboinguinalis.*

Cubital (Nerf). — *Ulnaris.*

Cubital antérieur (Muscle). — *Flexor carpi ulnaris.*

Cubital postérieur (Muscle). — *Extensor carpi ulnaris.*

Cubitale (Artère ou veine). — *Ulnaris.*

Cubito-dorsale (Artère). — *Ramus carpeus dorsalis.* Ramus dorsalis arteriæ ulnaris La.

Cubito-palmaire (Artère). — *Ramus volaris profundus.*

Cubitus. — *Ulna.* Elle Al.

Cuboïde. — *Os cuboideum.* Cuboides La. Würfelbein Al.

Cuisse. — *Femur.* Oberschenkel Al. Thigh An. Coscia It.

Cul-de-sac de l'épididyme. — *Sinus epididymidis.*

Cul-de-sac de la plèvre. — *Sinus pleuræ.*

Cul-de-sac du vagin. — *Fornix vaginæ.*

Cul-de-sac endolymphatique. — *Saccus endolymphaticus.*

Cul-de-sac supérieur de la plèvre. — *Cupula pleuræ.*

Cul-de-sac vésico-rectal. — *Excavatio rectovesicalis.*

Cul-de-sac vésico-utérin. — *Excavatio vesicouterina.*

Cunéiforme (Os). — *Os cuneiforme.* Keilbein Al.

Cupule radiale. — *Fovea capituli radialis.*

Cutané de l'épaule (Nerf ou rameau). — *Cutaneus brachii lateralis.* Cutaneus humeri posterior La.

Cutané dorsal (Nerf). — *Ramus dorsalis manus.*

Cutané externe (Rameau). — *Nervus cutaneus antibrachii dorsalis.* Nervus cutaneus brachii posterior inferior La.

Cutané interne (Rameau). — *Nervus cutaneus brachii posterior.* Nervus cutaneus brachii posterior superior La.

Cutané palmaire (Nerf). — *Ramus palmaris nervi mediani.*

Cutané péronier (Nerf). — *Cutaneus suræ lateralis.* Cutaneus cruris posterior La.

Cutanés du nerf petit sciatique (Rameaux.) — *Nervus cutaneus femoris posterior.*

Cyon (Nerf de). — *Nervus depressor.*

Cystique (Artère ou veine). — *Cystica.*

Dartos. — *Tunica dartos.*

Darwin (Tubercule de). — *Tuberculum auriculæ* [DARWINI].

Déférentielle (Artère). — *Deferentialis.*

Deltoïde (Muscle). — *Deltoideus.* Deltoides La.

Deltoïdien (Ligament). — *Deltoideum.* Deltoides La.

Demi-azygos (Veine). — VOIR *Hémi-azygos.*

Demi-épineux de la nuque (Muscle). — *Semispinalis cervicis.*
VOIR *Transversaire épineux.*

Demi-épineux du dos (Muscle). — *Semispinalis dorsi.*
VOIR *Transversaire épineux.*

Demi-membraneux (Muscle). — *Semimembranosus.*

Demi-tendineux (Muscle). — *Semitendinosus.*

Dent. — *Dens.* Zahn Al. Tooth An. Dente It.

Dentaire antérieur (Nerf). — *Rami alveolares superiores anteriores.* Nervi alveolares superiores anteriores La.

Dentaire inférieur (Artère). — *Alveolaris inferior.*

Dentaire inférieur (Nerf). — *Alveolaris inferior.* Dentalis La.

Dentaire moyen (Nerf). — *Ramus alveolaris superior medius.* Nervus alveolaris superior medius La.

Dentaire postérieur (Nerf). — *Rami alveolares superiores posteriores.* Nervi alveolares superiores posteriores La.

Détroit inférieur. — *Apertura pelvis [minoris] inferior.* Beckenausgang Al.

Détroit supérieur. — *Apertura pelvis [minoris] superior.* Beckeneingang Al.

Deuxième adducteur (Muscle). — VOIR *Petit adducteur.*

Deuxième phalange. — VOIR *Phalangine.*

Deuxième radial externe (Muscle). — *Extensor carpi radialis brevis.*

Diaphragmatique inférieure ou sous-diaphragmatique (Artère ou veine). — *Phrenica inferior.* Phrenica La.

Diaphragmatique supérieure (Artère). — *Pericardiacophrenica.*

Diaphragmatiques supérieures (Veines). — *Phrenicæ superiores.*

Diaphragme. — *Diaphragma.* Zwerchfell Al. Midriff An. Diaframma It.

Digastrique (Muscle). — *Digastricus.* Biventer maxillæ inferioris La.

Digitales (Artères). — *Digitales volares communes.*

Dilatateur propre des narines (Muscle). — *Pars alaris musculi nasalis.* Dilatator narium La.

Diploïque frontale (Veine) ou canal frontal. — *Diploica frontalis.*

Diploïque occipitale (Veine) ou canal occipital. — *Diploica occipitalis.*

Diploïque temporo-pariétale (Veine) ou canal pariétal. — *Diploicæ temporales anterior et posterior.*

Diploïques (Veines) ou veines de BRESCHET. — *Venæ diploicæ.*

Disque intervertébral. — *Fibrocartilago intervertebralis.* Ligamentum intervertebrale La. Bandscheibe Al.

Dorsal de la verge (Nerf). — *Dorsalis penis.*

Dorsal du clitoris (Nerf). — *Dorsalis clitoridis.*

Dorsale de la langue (Artère ou veine). — *Rami dorsales linguæ.* Dorsalis linguæ La.

Dorsale de la verge (Artère). — *Dorsalis penis.*

Dorsale du carpe (Artère). — *Ramus carpeus dorsalis.*

Dorsale du clitoris (Artère). — *Dorsalis clitoridis.*

Dorsale du métatarse (Artère). — *Arcuata.* Metatarsea La.

Dorsale du tarse (Artère). — *Tarsea lateralis.*

Dorsale profonde de la verge (Veine). — *Dorsalis penis.*

Dorsale profonde du clitoris (Veine). — *Dorsalis clitoridis.*

Dorsale superficielle de la verge (Veine). — *Dorsalis penis subcutanea.*

Douglas (Cavité de). — *Excavatio rectouterina.* [*Cavum* DOUGLASI].

Douglas (Repli de) ou ligament utéro-sacré. — *Plica rectouterina.* [DOUGLASI].

Douglas (Repli semi-lunaire de). — *Linea semicircularis.* [DOUGLASI]. Linea DOUGLASII La.

Droit (Sinus). — *Sinus rectus.*

Droit antérieur de la cuisse (Muscle). — *Rectus femoris.*

Droit externe (Muscle). — *Rectus lateralis.* Rectus externus La.

Droit inférieur (Muscle). — *Rectus inferior.*

Droit interne [de la cuisse] (Muscle). — *Gracilis.*

Droit interne [de l'œil] (Muscle). — *Rectus medialis.* Rectus internus La.

Droit latéral de la tête (Muscle). — *Rectus capitis lateralis.*

Droit supérieur (Muscle). — *Rectus superior.*

Duodénales (Veines). — *Duodenales.*

Duodéno-pancréatique droite ou supérieure (Artère). — VOIR *Pancréatico-duodénale droite.*

Duodéno-pancréatique gauche ou pancréatico-duodénale (Artère). — *Pancreaticoduodenalis inferior.*

Duodénum. — *Duodenum.*

Dure-mère. — *Dura mater.*

Ecaille de l'occipital. — *Squama occipitalis.*

Ecaille du frontal. — *Squama frontalis.*

Ecaille du temporal. — *Squama temporalis.*

Echancrure coracoïdienne [de l'omoplate]. — *Incisura scapulæ.*

Echancrure costale [du sternum]. — *Incisura costalis.*

Echancrure de la conque. — *Incisura intertragica.*

Echancrure duodénale du pancréas. — *Incisura pancreatis.*

Echancrure ethmoïdale [du frontal]. — *Incisura ethmoidalis.*

Echancrure interaryténoïdienne. — *Incisura interarytænoidea.*

Echancrure intercondylienne [du fémur]. — *Fossa intercondyloidea.* Fossa intercondylea La.

Echancrure ischio-pubienne. — *Incisura acetabuli.*

Echancrure nasale [du maxillaire supérieur]. — *Incisura nasalis.*

Echancrure sigmoïde [du maxillaire inférieur]. — *Incisura mandibulæ.*

Echancrure sus-orbitaire [du frontal]. — *Incisura supraorbitalis.*

Echancrure thyroïdienne. — *Incisura thyreoidea superior.*

Ehrenritter (Ganglion d'). — *Ganglion superius.* Ganglion jugulare La.

Eminence hypothénar. — *Hypothenar.* Kleinfingerballen Al.

Eminence ilio-pectinée. — *Eminentia iliopectinea.*

Eminence mentonnière. — *Protuberantia mentalis.*

Eminence thénar. — *Thenar.* Daumenballen Al.

Eminences mamillaires. — *Juga cerebralia.*

Emissaire condylienne postérieure (Veine). — *Emissarium condyloideum.*

Emissaire mastoïdienne (Veine). — *Emissarium mastoideum.*

Emissaire occipitale (Veine). — *Emissarium occipitale.*

Empreinte digastrique [du maxillaire inférieur]. — *Fossa digastrica.*

Empreinte trochléaire [du frontal]. — *Fovea trochlearis.*

Empreintes digitales [de la base du crâne]. — *Impressiones digitatæ.*

Enclume. — *Incus.* Amboss Al.

Encoche jugulaire [de l'occipital]. — *Incisura jugularis.*

Endolymphe. — *Endolympha.*

Epicondyle. — *Epicondylus lateralis.* Epicondylus radialis La.

Epididyme. — *Epididymis.* Nebenhoden Al.

Epi-épineux (Muscle). — VOIR *Long dorsal.*

Epigastrique (Artère, veine). — *Epigastrica inferior.*

Epiglotte. — *Epiglottis.* Kehldeckel Al.

Epine de HENLE. — VOIR *Epine tympanale.*

Epine de l'omoplate. — *Spina scapulæ.*

Epine de SPIX. — *Lingula mandibulæ.*

Epine du sphénoïde. — *Spina angularis.*

Epine iliaque antérieure et inférieure. — *Spina iliaca anterior inferior.*

Epine iliaque antérieure et supérieure. — *Spina iliaca anterior superior.*

Epine iliaque postérieure et inférieure. — *Spina iliaca posterior inferior.*

Epine iliaque postérieure et supérieure. — *Spina iliaca posterior superior.*

Epine nasale [du frontal]. — *Spina frontalis.* Spina nasalis La.

Epine nasale antérieure [du maxillaire supérieur]. — *Spina nasalis anterior.*

Epine nasale postérieure [du palatin]. — *Spina nasalis posterior.*

Epine pubienne. — *Tuberculum pubicum.*

Epine sciatique. — *Spina ischiadica.*

Epine tympanale ou épine de HENLE. — *Spina supra meatum.*

Epines du tibia. — *Eminentia intercondyloidea.* Eminentia intercondylea La.

Epiploon gastro colique. — VOIR *Grand épiploon.*

Epiploon gastro-hépatique. — VOIR *Petit épiploon.*

Epiploon gastro-splénique. — *Ligamentum gastrolienale.*

Epitrochlée. — *Epicondylus medialis.* Epicondylus ulnaris La.

Espace arachnoïdien. — *Cavum subdurale.*

Espace intercostal. — *Spatium intercostale.*

Espace interlabial ou fente vulvaire. — *Rima pudendi.*

Espace interosseux. — *Spatium interosseum.* Interstitium interosseum La.

Espace pelvi-rectal inférieur ou fosse ischio-rectale. — *Fossa ischiorectalis.*

Espace sous-arachnoïdien. — *Cavum subarachnoidale.*

Estomac. — *Ventriculus* [*Gaster*]. Magen Al. Stomach An. Stomaco It.

Ethmoïdale antérieure (Artère ou veine). — *Ethmoidalis anterior.*

Ethmoïdale postérieure (Artère ou veine). — *Ethmoidalis posterior.*

Ethmoïde (Os). — *Os ethmoidale.* Siebbein Al.

Etrier. — *Stapes.* Steigbügel Al.

Eustache (Trompe d'). — *Tuba auditiva* [EUSTACHII]. Tuba EUSTACHII La. Eustachian tube An.

Eustachi (Valvule d'). — *Valvula venæ cavæ inferioris* [EUSTACHII].

Excavation pelvienne. — *Cavum pelvis.*

Extenseur commun des doigts (Muscle). — *Extensor digitorum communis.*

Extenseur commun des orteils (Muscle). — *Extensor longus digitorum pedis.*

Extenseur propre de l'index (Muscle). — *Extensor indicis proprius.*

Extenseur propre du gros orteil (Muscle). — *Extensor hallucis longus.*

Extenseur propre du petit doigt (Muscle). — *Extensor digiti quinti proprius.*

Extérieur. — *Externus.*

Externe. — *Lateralis.*

Extra-rachidiennes (Veines). — *Plexus venosi vertebrales externi.*

Extrémité ampullaire. — *Ampulla.*

Face. — *Facies.* Gesicht Al. Faccia It.

Facette auriculaire ou surface articulaire [du sacrum]. — *Facies auricularis.*

Facette claviculaire [du sternum]. — *Incisura clavicularis.*

Facial (Nerf). — *Facialis.*

Faciale (Artère). — *Maxillaris externa.*

Faciale (Veine). — *Facialis anterior.*

Faisceau radiocarpien. — *Ligamentum carpi radiatum.*

Fallope (Canal de). — VOIR *Aqueduc de* FALLOPE.

Fallope (Trompe de). — *Tuba uterina* [FALLOPPII]. Tube; Eileiter Al. Fallopian tube An. Tuba di Falloppio It.

Fausse côte. — *Costa spuria.*

Faux [du cerveau, du cervelet]. — *Falx.*

Fémorale (Artère ou veine). — *Femoralis.*

Fémorale profonde (Artère ou veine). — *Profunda femoris.*

Fémoro-cutané (Nerf). — *Cutaneus femoris lateralis.* Cutaneus femoris externus La.

Fémur. — *Femur.* Oberschenkelknochen Al.

Fenêtre ovale. *Fenestra vestibuli.* Fenestra ovalis La.

Fenêtre ronde. — *Fenestra cochleæ.* Fenestra triquetra La.

Fente sphénoïdale. — *Fissura orbitalis superior.*

Fente sphéno-maxillaire. — *Fissura orbitalis inferior.*

Fente vulvaire. — VOIR *Espace interlabial.*

Ferrein (Pyramides de). — *Pars radiata lobulorum corticalium renis* [*Processus* FERREINI]. Markstrahlen Al.

Fesses. — *Nates* [*Clunes*].

Fessier inférieur (Nerf). — VOIR *Petit sciatique.*

Fessier supérieur (Nerf). — *Glutæus superior.*

Fessière (Artère ou veine). — *Glutæa superior.*

Fibres musculaires verticales intrinsèques de la langue. — *Musculus verticalis linguæ.*

Fibreuse [du testicule] (Tunique). — *Tunica vaginalis communis* [*testis et funiculi spermatici*].

Fibro-cartilage interosseux de la symphyse pubienne. — *Lamina fibrocartilaginea interpubica.*

Filet [de la langue]. — *Frenulum linguæ.*

Filet [de la verge]. — *Frenulum præputii.*

Filiformes (Papilles). — *Papillæ filiformes.*

Fissure pétro-squameuse. — *Fissura petrosquamosa.*

Fissure tympano-mastoïdienne ou fissure squamo-tympanique. — *Fissura tympanomastoidea.*

Fléchisseur commun profond des doigts (Muscle). — *Flexor digitorum profundus.*

Fléchisseur commun superficiel des doigts (Muscle). — *Flexor digitorum sublimis.*

Foie. — *Hepar.* Leber Al. Liver An. Fegato It.

Foliée (Papille) ou organe de MAYER. — *Papilla foliata.*

Follicules agminés. — VOIR *Peyer.*

Follicules solitaires. — *Noduli lymphatici solitarii.*

Fongiformes (Papilles). — *Papillæ fungiformes.*

Fosse canine. — *Fossa canina.*

Fosse iliaque interne. — *Fossa iliaca.*

Fosse ischio-rectale. — VOIR *Espace pelvi-rectal inférieur.*

Fosse lacrymale. — *Fossa glandulæ lacrimalis.* Fossa lacrymalis La.

Fosse nasale. — *Cavum nasi.* Nasenhöhle Al.

Fosse naviculaire. — VOIR *Guérin* (*Sinus de*).

Fosse ovale. — *Fossa ovalis.* Fovea ovalis La.

Fosse pituitaire. — *Fossa hypophyseos.*

Fosse ptérygoïdienne. — *Fossa pterygoidea.*

Fosse ptérygo-palatine. — *Fossa pterygopalatina.*

Fosse sous épineuse [de l'omoplate]. — *Fossa infraspinata.*

Fosse sous-scapulaire. — *Fossa subscapularis.*

Fosse sus-épineuse [de l'omoplate]. — *Fossa supraspinata.*

Fossette [du péritoine]. — *Recessus.*

Fossette cochléaire. — *Recessus cochlearis.*

Fossette digitale. — VOIR *Cavité digitale.*

Fossette du ligament rond [de l'articulation coxo-fémorale]. — *Fovea capitis femoris.*

Fossette elliptique ou fossette semi-ovoïde. — *Recessus ellipticus.*

Fossette glosso-épiglottique. — *Vallecula.*

Fossette hémisphérique. — *Recessus sphæricus.*

Fossette naviculaire. — *Fossa navicularis* [*vestibuli vaginæ*].

Fossette pyramidale [du rocher]. — *Fossula petrosa.*

Fossette scaphoïde [de l'anthélix]. — *Fossa triangularis* [*auriculæ*].

Fossette scaphoïde [de l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde]. — *Fossa scaphoidea.*

Fossette semi-ovoïde. — VOIR *Fossette elliptique.*

Fossette sous-maxillaire [du maxillaire inférieur]. — *Fovea submaxillaris.*

Fossette sublinguale [du maxillaire inférieur]. — *Fovea sublingualis.*

Fossette sus-amygdalienne. — *Fossa supratonsillaris.*

Fourchette. — *Commissura labiorum posterior.*

Fourchette sternale. — *Incisura jugularis.*

Frange ovarienne. — *Fimbria ovarica.*

Frein de la lèvre. — *Frenulum labii.*

Frontal (Canal). — VOIR *Diploïque frontale.*

Frontal (Muscle). — *Frontalis.*

Frontal (Nerf). — *Frontalis.*

Frontal (Os). — *Os frontale.* Stirnbein Al.

Frontal externe (Nerf). — *Supraorbitalis.*

Frontal interne (Nerf). — *Supratrochlearis.*

Frontale interne (Artère). — *Frontalis.*

Frontales (Veines). — *Frontales.*

Funiculaire (Artère). — *Spermatica externa.* Cremasteric artery An.

Gaine tendineuse. — *Vagina mucosa.*

Galien (Ampoule ou veine de). — *Vena cerebri magna* [GALENI]. Vena magna GALENI La.

Galien [du cerveau] (Veines de) ou petites veines de Galien ou veines cérébrales internes. — *Venæ cerebri internæ.* Venæ cerebrales internæ La.

Galien [du cœur] (Veines de). — *Venæ cordis anteriores.*

Ganglion cervical inférieur ou ganglion stellaire. — *Ganglion cervicale inferius.*

Ganglion cervical moyen. — *Ganglion cervicale medium.*

Ganglion cervical supérieur. — *Ganglion cervicale superius.* Ganglion cervicale supremum La.

Ganglion lymphatique. — *Lymphoglandula.*

Ganglion plexiforme. — *Ganglion nodosum.* Plexus nodosus La.

Ganglion semi-lunaire. — *Ganglion cœliacum.*

Ganglion sous-maxillaire. — *Ganglion submaxillare.*

Ganglion sphéno-palatin. — VOIR *Meckel.*

Gartner (Conduit de). — *Ductus epoophori longitudinalis* [GARTNERI]. Canalis GARTNERI La.

Gasser (Ganglion de). — *Ganglion semilunare* [GASSERI]. Ganglion GASSERI La.

Gastriques (Veines). — *Gastricæ breves.*

Gastro-duodénale (Artère). — *Gastroduodenalis.*

Gastro-épiploïque droite (Artère ou veine). — *Gastroepiploica dextra.*

Gastro-épiploïque gauche (Artère ou veine). — *Gastroepiploica sinistra.*

Gencive. — *Gingiva.* Zahnfleisch Al. Gum An. Gengia It.

Géniculé (Ganglion). — *Ganglion geniculi.*

Génio-glosse (Muscle). — *Genioglossus.*

Génio-hyoïdien (Muscle). — *Geniohyoideus.*

Génital du nerf génito-crural (Rameau). — *Nervus spermaticus externus.*

Génito-crural (Nerf). — *Genitofemoralis.*

Genou. — *Genu.* Knie Al. Knee An. Ginocchio It.

Genou du facial. — *Geniculum nervi facialis.*

Gimbernat (Ligament de). — *Ligamentum lacunare* [GIMBERNATI]. Ligamentum GIMBERNATI La.

Giraldès (Organe de). — *Paradidymis.*

Glabelle. — *Glabella.*

Gland. — *Glans penis.* Eichel Al. Ghianda It.

Glande carotidienne. — *Glomus caroticum.*

Glande lacrymale. — *Glandulæ lacrimales superior et inferior.* Thränendrüse Al.

Glande sous-maxillaire. — *Glandula submaxillaris.*

Glande sublinguale. — *Glandula sublingualis.*

Glande thyroïde. — *Glandula thyreoidea.* Schilddrüse Al. Thyroid gland An. Ghiandola thyroidea It.

Glande tympanique. — *Intumescentia tympanica.*

Glande vulvo-vaginale. — VOIR *Bartholin.*

Glaser [Scissure de]. — *Fissura petrotympanica* [GLASERI].

Glisson (Capsule de). — *Capsula fibrosa* [GLISSONI].

Globe de l'œil. — *Bulbus oculi.* Augapfel Al.

Glomérule [du rein]. — *Glomerulus.*

Glosso-pharyngien (Nerf). — *Glossopharyngeus.*

Glosso-staphylin (Muscle). — *Glossopalatinus.* Palato-glossus La.

Glotte. — *Rima glottidis.* Stimmritze Al.

Glotte intercartilagineuse. — *Pars intercartilaginea.*

Glotte interligamenteuse. — *Pars intermembranacea.*

Golfe de la veine jugulaire interne. — *Bulbus venæ jugularis superior.* Bulbus venæ jugularis La.

Gosier. — *Fauces.* Rachen Al. Throat; gullet An. Gola It.

Gouttière basilaire [de l'occipital]. — *Clivus.* Clivus BLUMENBACHII La.

Gouttière caverneuse. — *Sulcus caroticus.*

Gouttière de torsion de l'humérus. — VOIR *Gouttière du nerf radial.*

Gouttière du nerf de JACOBSON. — *Sulcus promontorii.* Sulcus JACOBSONII La.

Gouttière du nerf radial [de l'humérus]. — *Sulcus nervi radialis.* Sulcus radialis La.
Cette gouttière est aussi désignée sous le nom de *gouttière de torsion de l'humérus.*

Gouttière lacrymale [du maxillaire supérieur]. — *Sulcus lacrimalis.*

Gouttière optique [du sphénoïde]. — *Sulcus chiasmatis.*

Gouttière pétreuse inférieure. — *Sulcus petrosus inferior.*

Gouttière pétreuse supérieure. — *Sulcus petrosus superior.*

Gouttière sagittale [du pariétal]. — *Sulcus sagittalis.*

Gouttière sous-pubienne. — *Sulcus obturatorius.*

Grand abdomino-génital (Nerf). — *Iliohypogastricus.*

Grand adducteur (Muscle). — *Adductores magnus et minimus.*

Grand complexus (Muscle). — *Semispinalis capitis.*
Le grand complexus comprend deux faisceaux : l'un externe, réellement transversaire épineux ou demi-épineux, puisqu'il s'insère d'une part sur des apophyses transverses, d'autre part sur des apophyses épineuses ; l'autre interne, épineux. Le premier correspond au complexus La., le second au biventer cervicis La. Notons que le terme de *semispinalis capitis* adopté par les *Nomina anatomica* ne répond qu'au premier de ces deux faisceaux.

Grand dentelé (Muscle). — *Serratus anterior.* Serratus anticus Al.

Grand dentelé (Nerf du). — *Nervus thoracalis longus.* Nervus thoracicus longus La.

Grand dorsal (Muscle). — *Latissimus dorsi.*

Grand dorsal (Nerf du). — *Nervus thoracodorsalis.* Thoraco-dorsal An.

Grand droit antérieur de la tête (Muscle). — *Longus capitis.* Longus capitis; rectus capitis anticus major La.

Grand droit de l'abdomen (Muscle). — *Rectus abdominis.*

Grand droit postérieur de la tête (Muscle). — *Rectus capitis posterior major.* Rectus capitis major; rectus capitis posticus major La.

Grand épiploon ou épiploon gastro colique. — *Omentum majus.* Grosses Netz Al.

Grand fessier (Muscle). — *Glutæus maximus.*

Grand hypoglosse (Nerf). — *Hypoglossus.*

Grand ligament de la plante ou ligament calcanéo-cuboïdien inférieur. — *Ligamentum plantare longum.* — Ligamentum calcaneo-cuboideum plantare La.

Grand ligament sacro-sciatique. — *Ligamentum sacrotuberosum.* Ligamentum tuberososacrum La.

Grand lobe limbique. — *Gyrus fornicatus.*

Grand nerf occipital d'ARNOLD. — *Nervus occipitalis major.* Nervus occipitalis magnus La.

Grand nerf pétreux superficiel. — *Nervus petrosus superficialis major.*

Grand nerf splanchnique. — *Nervus splanchnicus major.*

Grand oblique [de l'œil] (Muscle). — *Obliquus superior.*

Grand oblique ou oblique externe [de l'abdomen] (Muscle). — *Obliquus externus abdominis.*

Grand oblique ou oblique inférieur [de la tête] (Muscle). — *Obliquus capitis inferior.*

Grand os. — *Os capitatum.* Carpale III La.

Grand palmaire (Muscle). — *Flexor carpi radialis.*

Grand pectoral (Muscle). — *Pectoralis major.*

Grand pectoral et du petit pectoral (Nerfs du). — *Nervi thoracales anteriores.*

Grand rond (Muscle). — *Teres major.*

Grand sciatique (Nerf). — *Ischiadicus.*

Grand trochanter. — *Trochanter major.*

Grand zygomatique (Muscle). — *Zygomaticus.* Zygomaticus; zygomaticus major La.

Grande aile [du sphénoïde]. — *Ala magna.* Ala temporalis La.

Grande anastomotique (Artère). — *Genu suprema.* Articularis genu suprema La.

Grande cavité sigmoïde du cubitus. — *Incisura semilunaris.* Incisura sigmoides ulnæ La.

Grande courbure de l'estomac. — *Curvatura ventriculi major.*

Grande échancrure sciatique. — *Incisura ischiadica major.*

Grande lèvre. — *Labium major pudendi.*

Grande veine coronaire. — *Vena cordis magna.*

Gros intestin. — *Intestinum crassum.* Dickdarm Al.

Gros orteil. — *Hallux.* Grosszehe Al.

Grosse tubérosité de l'estomac ou fond de l'estomac. — *Fundus ventriculi.*

Grosse tubérosité de l'humérus ou trochiter. — *Tuberculum majus humeri.*

Guérin (Sinus de) ou fosse naviculaire. — *Fossa navicularis urethræ* [MORGAGNII].

Guérin (Valvule de). — *Valvula fossæ navicularis.*

Guthrie (Muscle de) ou muscle transverse profond du périnée. — *Musculus transversus perinæi profundus*

Haller (Réseau de). — *Rete testis* [HALLERI].

Hanche. — *Coxa.* Hüfte Al. Hip; haunch An. Anca It.

Harder (Glande de). — HARDER'sche Drüse Al.

Hasner (Valvule de). — *Plica lacrimalis* [HASNERI]. HASNER'sche Klappe Al.

Heister (Valvule spirale de). — *Valvula spiralis.* [HEISTERI]. Valvula HEISTERI La.

Hélicines (Artères). — *Helicinæ.*

Hémi-azygos, demi-azygos ou petite azygos inférieure (Veine). — *Hemiazygos.*

Hémorrhoïdal (Nerf). — VOIR *Anal.*

Hémorrhoïdale inférieure (Artère ou veine). — *Hæmorrhoidalis inferior.*

Hémorrhoïdale moyenne (Artère ou veine). — *Hæmorrhoidalis media.*

Hémorrhoïdale supérieure (Artère ou veine). — *Hæmorrhoidalis superior.*

Henle (Crêtes de). — *Cristæ matricis unguis.*

Hensen (Canal de). — *Ductus reuniens* [HENSENI]. Canalis reuniens La.

Hépatique (Artère). — *Hepatica.*
Dans les *Nomina anatomica*, l'artère hépatique, après avoir émis l'artère cystique, prend le nom d'*arteria hepatica propria.*

Hépato-rénal (Ligament). — *Hepatorenale.*

Hesselbach (Ligament d'). — *Ligamentum interfoveolare.* [HESSELBACHI].

Hiatus de Fallope. — *Hiatus canalis facialis.* Hiatus canalis FALLOPII La.

Highmore (Antre d'). — VOIR *Sinus maxillaire.*

Highmore (Corps d'). — *Mediastinum testis* [*Corpus* HIGHMORI].

Hile du foie. — *Porta hepatis.*

Honteuse externe (Artère ou veine). — *Pudenda externa.*

Honteuse interne (Artère). — *Pudenda interna.* Pudenda communis La.

Honteux (Plexus). — *Plexus pudendus.* Pudic nerve An.

Honteux interne (Nerf). — *Pudendus.* Pudendus communis La.

Houppe du menton (Muscle de la). — *Mentalis.*

Houston (Valvules de). — *Plicæ transversales recti.*

Humérale (Artère ou veine). — *Brachialis.*

Humérus. — *Humerus.* Oberarmknochen Al.

Hyo-glosse (Muscle). — *Hyoglossus.*

Hyoïde (Os). — *Os hyoideum.* Zungenbein Al.

Hypogastrique ou iliaque interne (Artère ou veine). — *Hypogastrica.*

Iléo-colique (Artère ou veine). — *Ileocolica.*

Iléon. — *Intestinum ileum.*

Iliaque (Muscle). — *Iliacus.*

Iliaque, coxal ou innominé (Os). — *Os coxæ.*

Iliaque externe (Artère ou veine). — *Iliaca externa.*

Iliaque interne (Artère ou veine). — VOIR *Hypogastrique.*

Iliaque primitive (Artère ou veine). — *Iliaca communis.*

Ilio-costal (Muscle). — VOIR *Sacro-lombaire.*

Ilio-fémoral (Ligament). — VOIR *Bertin.*

Ilio-lombaire (Artère ou veine). — *Iliolumbalis.* Ileo lumbalis La.

Ilio-lombaire (Ligament). — *Iliolumbale.* Ileolumbale La.

Ilion. — *Os ilium.* Darmbein Al.

Inion. — VOIR *Protubérance occipitale externe.*

Innominé (Os). — VOIR *Os iliaque.*

Interaryténoïdien (Muscle). — VOIR *Ary-aryténoïdien.*

Interchondrales (Articulations). — *Interchondrales.*

Interclaviculaire (Ligament). — *Interclaviculare.*

Intercostale supérieure (Artère ou veine). — *Intercostalis suprema.*

Intercostales (Veines). — *Intercostales.*

Intercostales antérieures (Artères). — *Rami intercostales.* Intercostales anteriores La.

Intercostales aortiques (Artères). — *Intercostales.* Intercostales posteriores La.

Intercostaux (Muscles). — *Intercostales.*

Intercostaux (Nerfs). — *Rami anteriores nervorum thoracalium* [*nervi intercostales*].

Intercosto-huméral (Nerf). — *Intercostobrachialis.*

Interépineux (Ligaments). — *Interspinales.*

Interépineux (Muscles). — *Interspinales.*

Intérieur. — *Internus.*

Interlobulaire (Veine). — *Interlobularis.*

Intermétacarpienne (Articulation). — *Intermetacarpea.*

Interne. — *Medialis.*

Interosseuse antérieure (Artère). — *Interossea volaris.* Interossea interna La.

Interosseuse postérieure (Artère). — *Interossea dorsalis.* Interossea externa La.

Interosseuses (Artères). — *Metacarpeæ volares.*

Interosseuses (Tronc commun des). — *Arteria interossea communis.*

Interosseuses dorsales de la main (Artères ou veines). — *Metacarpeæ dorsales.* Interosseæ dorsales La.

Interosseuses dorsales du pied (Artères ou veines). — *Metatarseæ dorsales.* Digitales communes dorsales La.

Interosseuses plantaires (Artères). — *Metatarseæ plantares.* Digitales communes plantares La.

Interosseuses profondes (Veines). — *Metacarpeæ volares.*

Interosseux [de l'articulation chondro-sternale] (Ligament). — *Sternocostale interarticulare.*

Interosseux [de l'articulation costo-vertébrale] (Ligament). — *Capituli costæ interarticulare.*

Interosseux [du carpe] (Ligaments). — *Intercarpea interossea.*

Interosseux antérieur (Nerf). — *Interosseus* [*antibrachii*] *volaris.* Interosseus internus La.

Interosseux de la jambe (Ligament) ou membrane interosseuse de la jambe. — *Membrana interossea cruris.*

Interosseux de l'avant-bras (Ligament) ou membrane interosseuse de l'avant-bras. — *Membrana interossea antibrachii.*

Interosseux dorsaux (Muscles). — *Interossei dorsales.*

Interosseux palmaires (Muscles). — *Interossei volares.*

Interosseux plantaires (Muscles). — *Interossei plantares.*

Interosseux postérieur (Nerf). — *Interosseus* [*antibrachii*] *dorsalis.*

Intertransversaires (Muscles). — *Intertransversarii.*

Interventriculaire postérieure (Veine). — *Cordis media.* Media cordis La.

Intestin grêle. — *Intestinum tenue.* Dünndarm Al. Small intestine An.

Intestinales (Artères ou veines). — *Intestinales.*

Intra-lobulaire (Veine). — VOIR *Centrale.*

Intra-rachidiennes (Veines). — *Plexus venosi vertebrales interni.*

Iris. — *Iris.* Iride It.

Ischiatique (Artère ou veine). — *Glutæa inferior.*

Ischio-caverneux (Muscle). — *Ischiocavernosus.*

Ischio-coccygien (Muscle). — *Coccygeus.* Abductor coccygis La.

Ischio-fémoral (Ligament). — *Ischiocapsulare.*

Ischion. — *Os ischii.* Sitzbein Al.

Isthme du gosier. — *Isthmus faucium.*

Jacobson (Canal de) ou canal tympanique. — *Canaliculus tympanicus.*

Jacobson (Nerf de). — *Nervus tympanicus.* JACOBSON'scher Nerv Al.

Jacobson (Organe de). — *Organon vomeronasale* [JACOBSONI].

Jambe. — *Crus.* Unterschenkel Al. Leg An. Gamba It.

Jambier antérieur (Muscle). — *Tibialis anterior.* Tibialis anticus La.

Jambier postérieur (Muscle). — *Tibialis posterior.* Tibialis posticus La.

Jaunes (Ligaments). — *Flava.*

Jéjuno-iléon. — *Intestinum tenue mesenteriale.*

Jéjunum. — *Intestinum jejunum.*

Jugulaire (Ganglion). — *Ganglion jugulare.*

Jugulaire antérieure (Veine). — *Jugularis anterior* (quand elle est paire et symétrique), *mediana colli* (quand elle est impaire et médiane).

Jugulaire externe (Veine). — *Jugularis externa.*

Jugulaire interne (Veine). — *Jugularis interna.*

Jumeaux de la jambe (Muscles). — *Gastrocnemii.*

Jumeaux du bassin (Muscles). — *Gemelli superior et inferior.*

Jumelles (Artères). — *Surales.*

Kerkring (Valvules de) ou valvules conniventes. — *Plicæ circulares* [KERKRINGI]. Valvulæ conniventes La. KERCKRING'sche Falten Al.

Labyrinthe [du rein]. — *Pars convoluta lobulorum corticalium.*

Labyrinthe membraneux. — *Labyrinthus membranaceus.* Häutiges Labyrinth Al.

Labyrinthe osseux. — *Labyrinthus osseus.* Knöchernes Labyrinth Al.

Lac lacrymal. — *Lacus lacrimalis.*

Lacrymal (Nerf). — *Lacrimalis.* Lacrymalis La.

Lacrymal (Os) ou os unguis. — *Os lacrimale.* Thränenbein Al.

Lacrymale (Artère ou veine). — *Lacrimalis.*

Lalouette (Pyramide de). — *Lobus pyramidalis.*

Lame criblée [de l'ethmoïde]. — *Lamina cribrosa.*

Lame horizontale [de l'os palatin]. — *Pars horizontalis.*

Lame papyracée ou os planum. — *Lamina papyracea.*

Lame perpendiculaire [de l'ethmoïde]. — *Lamina perpendicularis.*

Lame quadrijumelle. — *Lamina quadrigemina.*

Lame quadrilatère [du sphénoïde]. — *Dorsum sellæ.* Dorsum ephippii La. Sattellehne Al.

Lame spirale. — *Lamina spiralis ossea.*

Lame verticale [de l'os palatin]. — *Pars perpendicularis.*

Lame vitrée. — *Lamina interna.*

Langue. — *Lingua.* Zunge Al. Tongue An.

Larges [de l'utérus] (Ligaments). — *Ligamenta lata uteri.*

Laryngé externe (Nerf). — *Ramus externus.*

Laryngé inférieur ou récurrent (Nerf). — *Recurrens.*
Le nom de *laryngeus inferior* est réservé, dans les *Nomina anatomica*, à la terminaison du nerf.

Laryngé supérieur (Nerf). — *Laryngeus superior.*

Laryngée inférieure (Artère ou veine). — *Laryngea inferior.*

Laryngée moyenne ou crico-thyroïdienne (Artère). — *Ramus cricothyreoideus.*

Laryngée supérieure (Artère ou veine). — *Laryngea superior.*

Laryngo-pharynx. — *Pars laryngea pharyngis.*

Larynx. — *Larynx.* Kehlkopf Al. Laringe It.

Latéral (Ligament). — *Collaterale.*

Latéral (Sinus). — *Sinus transversus.*

Latéral externe (Ligament). — *Collaterale radiale.* Accessorium radiale La.

Latéral externe [de l'articulation radio carpienne] (Ligament). — *Collaterale carpi radiale.*

Latéral externe [de l'articulation temporo-maxillaire] (Ligament). — *Temporomandibulare.*

Latéral externe [du genou] (Ligament). — *Collaterale fibulare.*

Latéral interne [de l'articulation radio-carpienne] (Ligament). — *Collaterale carpi ulnare.*

Latéral interne [du coude] (Ligament). — *Collaterale ulnare.* Accessorium mediale La.

Latéral interne [du genou] (Ligament). — *Collaterale tibiale.*

Lauth (Membrane élastique de) ou membrane élastique du larynx. — *Membrana elastica laryngis.*

Lenticulaire (Apophyse). — *Processus lenticularis.* Apophysis lenticularis La.

Lèvres. — *Labia oris.* Lippen Al.

Lieberkühn (Glandes de). — *Glandulæ intestinales* [LIEBERKUEHNI]. LIEBERKÜHN'sche Drüsen Al.

Lieutaud (Trigone de) ou trigone vésical. — *Trigonum vesicæ* [LIEUTAUDI].

Ligament artériel. — *Ligamentum arteriosum.*

Ligament en Y. — *Ligamentum bifurcatum.*

Ligament tympano-malléolaire. — *Plica malleolaris.*

Ligne âpre. — *Linea aspera.*

Ligne blanche. — *Linea alba.*

Ligne demi-circulaire inférieure [de l'occipital]. — *Linea nuchæ inferior.*

Ligne demi-circulaire supérieure [de l'occipital]. — *Linea nuchæ superior.*

Ligne innominée. — VOIR *Crête ilio-pubienne.*

Ligne intertrochantérienne ou intertrochantérienne antérieure. — *Linea intertrochanterica.* Linea obliqua La.

Ligne intertrochantérienne postérieure. — VOIR *Crête intertrochantérienne.*

Ligne oblique [du tibia]. — *Linea poplitea.*

Ligne oblique externe [du maxillaire inférieur]. — *Linea obliqua.*

Ligne oblique interne [du maxillaire inférieur]. — *Linea mylohyoidea.*

Lignes demi-circulaires [de l'os iliaque]. — *Lineæ glutææ.*

Lignes temporales [supérieure ou inférieure]. — *Lineæ temporales.*

Limaçon. — *Cochlea.* Schnecke Al.

Limbe scléro-cornéen. — *Limbus corneæ.* Cornealfalz Al.

Lingual (Nerf). — *Lingualis.*

Lingual inférieur (Muscle). — *Longitudinalis inferior.*

Lingual supérieur (Muscle). — *Longitudinalis superior.*

Linguale (Artère ou veine). — *Lingualis.*

Linguale profonde (Artère). — VOIR *Ranine.*

Liquide prostatique. — *Succus prostaticus.*

Lisfranc (Articulation de). — VOIR *Tarso-métatarsienne.*

Lisfranc (Tubercule de). — *Tuberculum scaleni.* Tuberculum LISFRANCII La.

Littre (Glandes de). — *Glandulæ urethrales* [LITTREI].

Lobe carré [du foie]. — *Lobus quadratus.*

Lobe cérébral. — *Lobus cerebri.*

Lobe moyen de la prostate. — *Isthmus prostatæ* (*lobus medius*).

Lobstein (Ganglion de). — *Ganglion splanchnicum.*

Lobule fusiforme. — *Gyrus fusiformis.*

Lobule lingual. — *Gyrus lingualis.*

Lobule paracentral. — *Lobulus paracentralis.*

Lombaire (Artère ou veine). — *Lumbalis.*

Lombaire (Plexus). — *Plexus lumbalis.*

Lombaire ascendante (Veine). — *Lumbalis ascendens.*

Lombo-costal (Ligament). — *Lumbocostale.*

Lombo-sacré (Tronc). — *Truncus lumbosacralis.*

Lombricaux (Muscles). — *Lumbricales.*

Long abducteur du pouce (Muscle). — *Abductor pollicis longus.*

Long dorsal (Muscle). — *Longissimus dorsi.*

Long du cou (Muscle). — *Longus colli.*

Long épineux ou épi-épineux (Muscle). — *Spinalis dorsi et cervicis.*

Long extenseur du pouce (Muscle). — *Extensor pollicis longus.*

Long fléchisseur commun des orteils (Muscle). — *Flexor digitorum pedis longus.*

Long fléchisseur propre du gros orteil (Muscle). — *Flexor hallucis longus.*

Long fléchisseur propre du pouce (Muscle). — *Flexor pollicis longus.*

Long péronier latéral (Muscle). — *Peronæus longus.*

Long supinateur (Muscle). — *Brachioradialis.*

Lower (Cercles tendineux de). — VOIR *Zones fibreuses.*

Lower (Tubercule de). — *Tuberculum intervenosum* [LOWERI]. Tuberculum LOWERI La.

Luette. — *Uvula* [*palatina*].

Luette vésicale. — *Uvula vesicæ.*

Luschka (Amygdale de) ou amygdale pharyngienne. — *Tonsilla pharyngea.*

Luschka (Glande coccygienne de). — VOIR *Coccygienne de Luschka* (*Glande*).

Luschka (Ligament de) ou ligament fibreux du pénis. — *Ligamentum fundiforme penis.*

Luschka (Ligaments de) ou ligaments sterno-péricardiques. — *Ligamenta sternopericardiaca.*

Luschka (Trou de). — *Apertura lateralis ventriculi quarti.*

Luys (Corps de). — *Nucleus hypothalamicus* [*corpus* LUYSI].

Main. — *Manus.* Hand Al. et An. Mano It.

Maissiat (Bandelette de). — *Tractus iliotibialis* [MAISSIATI].

Malaire (Os), os zygomatique ou os de la pommette. — *Os zygomaticum.* Jugale; os malæ La. Jochbein Al.

Malléolaire externe (Artère). — *Malleolaris anterior lateralis.*

Malléolaire interne (Artère). — *Malleolaris anterior medialis.*

Malléolaire postérieure et interne (Artère). — *Malleolaris posterior medialis.*

Malléole externe. — *Malleolus lateralis.*

Malléole interne. — *Malleolus medialis.*

Malpighi [de la rate] (Corpuscules de). — *Noduli lymphatici lienales* [MALPIGHII].

Malpighi [du rein] (Corpuscules de). — *Corpuscula renis* [MALPIGHII].

Malpighi (Pyramides de). — *Pyramides renales* [MALPIGHII].

Mamelle. — *Mamma.* Brust Al. Breast An. Mammella It.

Mamelles surnuméraires. — *Mammæ accessoriæ.*

Mamelon. — *Papilla mammæ.* Brustwarze Al. Nipple An. Capezzolo It.

Mamelons de l'estomac. — *Areæ gastricæ.*

Mammaire externe (Artère ou veine). — VOIR *Thoracique inférieure.*

Mammaire interne (Artère ou veine). — *Mammaria interna.*

Manche du marteau. — *Manubrium mallei.*

Marge de l'anus. — *Crena ani.*

Marshall (Veine de). — *Vena obliqua atrii sinistri* [MARSHALLI].

Marteau. — *Malleus.* Hammer Al.

Marteau (Muscle du). — *Musculus tensor tympani.*

Masse commune. — Sacro-spinalis La.

Masse latérale [de l'atlas]. — *Massa lateralis.*

Masse latérale [de l'ethmoïde]. — *Labyrinthus ethmoidalis.*

Masséter (Muscle). — *Masseter.*

Massétérin (Nerf). — *Massetericus.*

Massétérine (Artère). — *Masseterica.*

Massétérines antérieures (Veines). — *Massetericæ.*

Mastoïdienne (Branche). — *Nervus occipitalis minor.*

Mastoïdienne (Veine). — VOIR *Emissaire mastoïdienne.*

Matrice de l'ongle. — *Matrix unguis.*

Maxillaire inférieur (Nerf). — *Nervus mandibularis.* Ramus tertius La.

Maxillaire inférieur (Os). — *Mandibula.* Unterkiefer Al.

Maxillaire interne (Artère). — *Maxillaris interna.*

Maxillaire supérieur (Nerf). — *Nervus maxillaris.* Ramus secundus La.

Maxillaire supérieur (Os). — *Maxilla.* Maxillare superius La. Oberkiefer Al.

Mayer (Organe de). — VOIR *Papille foliée.*

Méat nasal. — *Meatus nasi.* Nasengang Al.

Méat urinaire. — *Orificium urethræ externum.*

Meckel (Ganglion de) ou ganglion sphéno-palatin. — *Ganglion sphenopalatinum.* Ganglion nasale La.

Médian (Nerf). — *Medianus.*

Médian du gland (Ligament). — *Septum glandis.*

Médiane (Veine). — *Mediana antibrachii.*

Médiane basilique (Veine). — *Mediana cubiti (mediana basilica).*

Médiane céphalique (Veine). — *Mediana cephalica.*

Médiastin. — *Septum mediastinale.* Mediastinum La.

Médiastin antérieur. — *Cavum mediastinale anterius.*

Médiastin postérieur. — *Cavum mediastinale posterius.*

Médiastines (Artères). — *Rami mediastinales.*

Médiastines (Veines). — *Mediastinales anteriores.*

Médio-tarsienne (Articulation). — *Tarsi transversa* [CHOPARTI].

Meibomius (Glandes de). — *Glandulæ tarsales* [MEIBOMII].

Membrane crico-thyroïdienne. — *Ligamentum cricothyreoideum [medium].*

Membrane du tympan. — *Membrana tympani.* Trommelfell Al. Membrana del timpano It. Drum An.

Membrane élastique du larynx. — VOIR *Lauth.*

Membrane interosseuse de la jambe. — VOIR *Interosseux de la jambe (Ligament).*

Membrane interosseuse de l'avant-bras. — VOIR *Interosseux de l'avant-bras (Ligament).*

Membrane obturatrice. — *Membrana obturatoria.*

Membrane thyro-hyoïdienne. — *Membrana hyothyreoidea.* Membrana thyreo-hyoidea La.

Méningée moyenne (Artère ou veine). — *Meningea media.*

Méningée postérieure (Artère) [branche de l'artère occipitale]. — *Ramus meningeus.*

Méningée postérieure (Artère) [branche de l'artère pharyngée ascendante]. — *Meningea posterior.*

Méninges. — *Meninges.*

Méningien moyen (Rameau). — *Nervus meningeus [medius].* Nervus recurrens rami secundi La.

Ménisque interarticulaire. — *Discus articularis.* Zwischenknorpel Al.

Menton. — *Mentum.* Kinn Al. Chin An. Mento It.

Mentonnier (Nerf). — *Mentalis.*

Mentonnière (Artère). — *Mentalis.*

Méry (Glande de), glande de COWPER ou glande bulbo-uréthrale. — *Glandula bulbourethralis* [COWPERI].

Mésentère. — *Mesenterium.* Gekröse Al. Mesentery An. Mesenterio It.

Mésentérique inférieure ou petite mésaraïque (Veine). — *Mesenterica inferior.*

Mésentérique supérieure (Artère). — *Mesenterica superior.*

Mésentérique supérieure ou grande mésaraïque (Veine). — *Mesenterica superior.*

Méso-appendice. — *Mesenteriolum processus vermiformis.* Mesenteriolum La.

Métacarpe. — *Metacarpus.* Mittelhand Al.

Métacarpien (Os). — *Metacarpale.*

Métacarpo-phalangienne (Articulation). — *Metacarpophalangea.*

Métatarse. — *Metatarsus.* Mittelfuss Al.

Métatarsienne (Articulation). — *Intermetatarsea.*

Métatarso-phalangienne (Articulation). — *Metatarsophalangea.*

Meynert (Commissure de). — *Commissura superior* [MEYNERTI].

Mitrale (Valvule). — *Valvula bicuspidalis [mitralis].* Mitralklappe Al.

Moelle épinière. — *Medulla spinalis.*

Monro (Trou de). — *Foramen interventriculare* [MONROI]. Foramen MONROI La.

Montgomery (Tubercules de). — *Glandulæ areolares* [MONTGOMERII].

Morgagni (Colonnes de). — *Columnæ rectales* [MORGAGNII]. Columnæ MORGAGNII La.

Morgagni (Hydatides de). — *Appendices testis.* [MORGAGNII]. Hydatides MORGAGNII La.

Morgagni (Lacunes de). — *Lacunæ urethrales* [MORGAGNII].

Morgagni (Nodules de). — *Noduli valvularum semilunarium.*

Morgagni (Ventricule de) ou ventricule du larynx. — *Ventriculus laryngis* [MORGAGNII].

Morsus diaboli. — VOIR *Pavillon de la trompe de Fallope.*

Moteur oculaire commun (Nerf). — *Oculomotorius.*

Moteur oculaire externe (Nerf). — *Abducens.*

Moyen adducteur ou premier adducteur (Muscle). — *Adductor longus.*

Moyen fessier (Muscle). — *Glutæus medius.*

Moyenne phalange. — VOIR *Phalangine.*

Multifide du rachis (Muscle). — *Multifidus.* VOIR *Transversaire épineux.*

Musculo-cutané [de la jambe] (Nerf). — *Peronæus superficialis.*

Musculo-cutané [du bras] (Nerf). — *Musculocutaneus.*

Musculo-phrénique (Artère). — *Musculophrenica.*

Museau de tanche. — *Portio vaginalis [cervicis].*

Mylo-hyoïdien (Muscle). — *Mylohyoideus.*

Mylo-hyoïdien (Nerf). — *Mylohyoideus.*

Mylo-hyoïdienne (Artère). — *Ramus mylohyoideus.*

Myrtiforme (Muscle). — *Incisivus labii superioris.* Incisivus labii superioris; myrtiformis La.

Narines. — *Nares.*

Narines postérieures ou choanes. — *Choanæ.*

Nasal (Nerf). — *Nasociliaris.*

Nasal (Os) ou os propre du nez. — *Os nasale.* Nasenbein Al.

Nasal externe (Nerf). — *Infratrochlearis.*

Nasal interne (Nerf). — *Ethmoidalis anterior.* Ethmoidalis La.

Nasale (Artère). — *Dorsalis nasi.*

Nasales externes (Veines) ou veines dorsales du nez et veines de l'aile du nez. — *Venæ nasales externæ.*

Nasaux inférieurs (Nerfs). — *Rami nasales posteriores inferiores [laterales].* Nervi nasales posteriores inferiores La.

Naso-lobaire (Nerf). — *Ramus nasalis externus.* Nervus nasalis externus La.

Naso-palatin (Nerf). — *Nasopalatinus* [SCARPÆ].

Naso-pharynx ou arrière-cavité des fosses nasales. — *Pars nasalis pharyngis.*

Nerf du muscle de l'étrier. — *Nervus stapedius.*

Neubauer (Artère thyroïdienne inférieure de). — *Arteria thyreoidea ima.*

Noyau [du limaçon]. — *Modiolus.* Spindel Al.

Noyau amygdalien. — *Nucleus amygdalæ.*

Noyau caudé. — *Nucleus caudatus.*

Noyau lenticulaire. — *Nucleus lentiformis.*

Nuck (Canal de). — *Processus vaginalis peritonæi.*

Nymphe. — VOIR *Petite lèvre.*

Oblique externe [de l'abdomen] (Muscle). — VOIR *Grand oblique de l'abdomen.*

Oblique inférieur [de la tête] (Muscle). — VOIR *Grand oblique de la tête.*

Oblique interne [de l'abdomen] (Muscle). — VOIR *Petit oblique de l'abdomen.*

Oblique supérieur [de la tête] (Muscle). — VOIR *Petit oblique de la tête.*

Obturateur (Nerf). — *Obturatorius.*

Obturateur externe (Muscle). — *Obturator externus.*

Obturateur interne (Muscle). — *Obturator internus.*

Reproduction et traduction interdites.

Obturatrice (Artère ou veine). — *Obturatoria.*

Occipital (Canal). — Voir *Diploïque occipitale.*

Occipital (Muscle). — *Occipitalis.*

Occipital (Os). — *Occipitale.* Hinterhauptbein Al.

Occipitale (Artère). — *Occipitalis.*

Occipitale profonde (Veine). — *Occipitalis.*

Occipito-atloïdienne (Articulation). — *Atlanto-occipitalis.*

Occipito-atloïdiens (Ligaments). — *Membranæ atlantooccipitales.*

Occipito-axoïdien moyen ou suspenseur de la dent (Ligament). — *Ligamentum apicis dentis.*

Occipito-odontoïdiens latéraux (Ligaments). — *Ligamenta alaria.*

Œsophage. — *Œsophagus.* Speiseröhre; Schlund Al.

Œsophagiennes (Artères). — *Œsophageæ.*

Olécrâne. — *Olecranon.*

Olfactif (Nerf). — *Olfactorius.*

Ombilic. — *Umbilicus.* Nabel Al. Navel; umbilicus An. Ombelico It.

Ombilic de la membrane du tympan. — *Umbo membranæ tympani.*

Ombilicale (Artère ou veine). — *Umbilicalis.*

Omo-hyoïdien ou omoplat-hyoïdien (Muscle). — *Omohyoideus.*

Omoplate. — *Scapula.*

Ophtalmique (Artère). — *Ophthalmica.*

Ophtalmique (Veine). — Voir *Ophtalmique supérieure.*

Ophtalmique inférieure (Veine). — *Ophthalmica inferior.*

Ophtalmique ou ciliaire (Ganglion). — *Ganglion ciliare.* Ganglion oculomotorii La.

Ophtalmique ou ophtalmique de Willis (Nerf). — *Nervus ophthalmicus.* Ramus primus La.

Ophtalmique supérieure ou ophtalmique (Veine). — *Ophthalmica superior.*

Opposant du petit doigt ou du petit orteil (Muscle). — *Opponens digiti quinti.*

Opposant du pouce (Muscle). — *Opponens pollicis.*

Optique (Nerf). — *Opticus.*

Orbiculaire des lèvres (Muscle). — *Orbicularis oris.*

Orbiculaire des paupières (Muscle). — *Orbicularis oculi.*

Orbitaire de l'artère temporale superficielle (Rameau). — Voir *Zygomato-orbitaire.*

Orbite. — *Orbita.* Augenhöhle Al.

Oreillette. — *Atrium cordis.* Vorhof Al.

Orifice artériel du cœur. — *Ostium arteriosum.*

Orifice auriculo-ventriculaire. — *Ostium venosum.* Ostium atrioventriculare La.

Orifice buccal. — *Rima oris.*

Orifice de sortie de la corde du tympan ou orifice du canal d'Huguier. — *Apertura tympanica canaliculi chordæ.*

Orifice du conduit auditif externe. — *Porus acusticus externus.*

Orifice du conduit auditif interne. — *Porus acusticus internus.*

Orifice vulvo-vaginal. — *Orificium vaginæ.*

Os crochu. — *Os hamatum.* Uncinatum; carpale IV La.

Osselets de l'ouïe. — *Ossicula auditus.* Gehörknöchelchen Al. Auditory ossicles An.

Otique (Ganglion). — Voir *Arnold.*

Otoconie. — Voir *Poussière auditive.*

Ouraque. — *Urachus.*

Ouraque (Ligament de l'). — *Ligamentum umbilicale medium.*

Ouverture supérieure du larynx. — *Aditus laryngis.*

Ovaire. — *Ovarium.* Eierstock Al. Ovary An. Ovario It.

Ovaire (Ligament de l') ou ligament utéro-ovarien. — *Ligamentum ovarii proprium.*

Pacchioni (Granulations de). — *Granulationes arachnoidales* [Pacchioni].

Palais. — *Palatum.* Gaumen Al. Palate An. Palato It.

Palatin (Os). — *Os palatinum.* Gaumenbein. Al.

Palatin antérieur (Nerf). — *Palatinus anterior.* Palatinus major La.

Palatin moyen (Nerf). — *Palatinus medius.* Palatinus minor lateralis La.

Palatin postérieur (Nerf). — *Palatinus posterior.* Palatinus minor medialis La.

Palatine inférieure (Veine). — *Palatina.*

Palatine supérieure (Artère). — *Palatina descendens.*

Palato-staphylin (Muscle). — Voir *Azygos de la luette.*

Palmaire cutané (Muscle). — *Palmaris brevis.*

Palmaire grêle (Muscle). — *Palmaris longus.*

Palpébrales internes (Veines). — *Palpebrales superiores et inferiores.*

Palpébrales supérieure et inférieure (Artères). — *Palpebrales mediales.*

Pancréas. — *Pancreas.* Bauchspeicheldrüse Al.

Pancréatico-duodénale (Artère).
Ce terme désigne, suivant l'auteur qui l'emploie, l'artère duodéno-pancréatique droite ou l'artère duodéno-pancréatique gauche.

Pancréatico-duodénale (Veine). — *Pancreaticoduodenalis.*

Pancréatico-duodénale droite, duodéno-pancréatique droite ou duodéno-pancréatique supérieure (Artère). — *Pancreaticoduodenalis superior.*

Pancréatiques (Veines). — *Pancreaticæ.*

Papillaires (Muscles). — Voir *Piliers du cœur.*

Papille caliciforme. — *Papilla vallata.* Papilla circumvallata La.

Papille conique. — *Papilla conica.*

Papille dentaire. — *Papilla dentis.*

Papille filiforme. — *Papilla filiformis.*

Papille foliée ou organe de Mayer. — *Papilla foliata.*

Papille fongiforme. — *Papilla fungiformis.*

Papille optique. — *Papilla nervi optici.*

Papille rénale. — *Papilla renalis.*

Pariétal (Os). — *Os parietale.* Seitenwandbein Al.

Parotide. — *Glandula parotis.* Ohrspeicheldrüse Al.

Parotidiennes (Veines). — *Parotideæ.*

Pathétique (Nerf). — *Trochlearis.*

Paume de la main. — *Vola manus* [*palma*]. Hohlhand Al. Palm An. Palma It.

Paupière. — *Palpebra.* Augenlid Al. Eye-lid An.

Pavillon de la trompe de Fallope ou morsus diaboli. — *Infundibulum tubæ uterinæ.*

Pavillon de la trompe d'Eustache. — *Ostium pharyngeum tubæ.*

Pavillon de l'oreille. — *Auricula.* Ohrmuschel Al.

Peau. — *Cutis.* Haut Al. Skin An. Pelle It.

Peaucier du cou (Muscle). — *Platysma.* Platysma myoïdes; subcutaneus colli La.

Pecquet (Citerne de). — *Cisterna chyli.*

Pectiné (Muscle). — *Pectineus.*

Pédicule vertébral. — *Radix arcus vertebræ.*

Pédieuse (Artère). — *Dorsalis pedis.*

Pédieux (Muscle). — *Extensor digitorum brevis.*

Pédoncule. — *Pedunculus.*

Pénil. — Voir *Vénus.*

Perforante inférieure (Artère). — *Perforans tertia.*

Perforante moyenne (Artère). — *Perforans secunda.*

Perforante supérieure (Artère). — *Perforans prima.*

Perforantes (Veines). — *Perforantes.*

Péricarde. — *Pericardium.* Pericard; Herzbeutel Al.

Péricardiques (Veines). — *Pericardiacæ.*

Périlymphe. — *Perilympha.*

Périnéal (Nerf). — *Nervus perinei.*

Périnéale profonde (Artère). — Voir *Bulbaire.*

Périnéale superficielle ou périnéale supérieure (Artère). — *Arteria perinei.*

Périnée. — *Perineum.* Damm Al. Pelvic floor An.

Périoste orbitaire. — *Periorbita.*

Péristaphylin externe ou sphéno-staphylin (Muscle). — *Tensor veli palatini.*

Péristaphylin interne ou pétro-staphylin (Muscle). — *Levator veli palatini.*

Péritoine. — *Peritonæum.* Bauchfell Al.

Péroné. — *Fibula.* Wadenbein Al.

Péronéo-astragaliens (Ligaments). — *Talofibularia.*

Péronéo-calcanéen (Ligament). — *Calcaneofibulare.*

Péronéo-tibiale inférieure (Articulation). — *Syndesmosis tibiofibularis.*

Péronéo-tibiale supérieure (Articulation). — *Articulatio tibiofibularis.*

Péronier antérieur (Muscle). — *Peronæus tertius.*

Péronière (Artère). — *Peronæa.* Peronæa La.

Petit (Triangle de J.-L.). — *Trigonum lumbale* [Petiti].

Petit abdomino-génital (Nerf). — *Ilioinguinalis.*

Petit adducteur ou deuxième adducteur (Muscle). — *Adductor brevis.*

Petit complexus (Muscle). — *Longissimus capitis.* Transversalis capitis; trachelo-mastoideus La.

Petit dentelé inférieur (Muscle). — *Serratus posterior inferior.* Serratus posticus inferior La.

Petit dentelé supérieur (Muscle). — *Serratus posterior superior.* Serratus posticus superior La.

Petit droit antérieur de la tête (Muscle). — *Rectus capitis anterior.* Rectus capitis anticus La.

Petit droit postérieur de la tête (Muscle). — *Rectus capitis posterior minor.* Rectus capitis minor; rectus capitis posticus minor La.

Petit épiploon ou épiploon gastro-hépatique. — *Omentum minus.* Kleines Netz Al.

Petit fessier (Muscle). — *Glutæus minimus.*

Petit ligament sacro-sciatique. — *Ligamentum sacrospinosum.* Ligamentum spinoso-sacrum La.

Petit nerf pétreux profond. — Portion terminale du *nervus tympanicus* et initiale du *nervus petrosus superficialis minor*.

Petit nerf pétreux superficiel. — Représenté par le *nervus petrosus superficialis minor* et le *ramus anastomoticus cum plexu tympanico* (Ramus communicans nervi facialis cum plexu tympanico La).

Petit nerf splanchnique. — *Nervus splanchnicus minor*.

Petit oblique [de l'abdomen] ou oblique interne [de l'abdomen] (Muscle). — *Obliquus internus abdominis*.

Petit oblique [de la tête] ou oblique supérieur [de la tête] (Muscle). — *Obliquus capitis superior*.

Petit oblique [de l'œil] (Muscle). — *Obliquus inferior*.

Petit pectoral (Muscle). — *Pectoralis minor*.

Petit psoas (Muscle). — *Psoas minor*.

Petit rond (Muscle). — *Teres minor*.

Petit sciatique ou fessier inférieur (Nerf). — *Glutæus inferior*.

Petit trochanter ou trochantin. — *Trochanter minor*.

Petit zygomatique (Muscle). — *Caput zygomaticum quadrati labii superioris*. Zygomaticus minor La.

Petite aile du sphénoïde ou apophyse d'INGRASSIAS. — *Ala parva*. Ala orbitalis La.

Petite apophyse du calcanéum. — *Sustentaculum tali*.

Petite azygos inférieure (Veine). — VOIR *Hémiazygos*.

Petite azygos supérieure (Veine). — *Hemiazygos accessoria*.

Petite cavité sigmoïde [du cubitus]. — *Incisura radialis*.

Petite courbure de l'estomac. — *Curvatura ventriculi minor*.

Petite échancrure sciatique. — *Incisura ischiadica minor*.

Petite faux du péritoine. — *Plica umbilicalis*.

Petite lèvre ou nymphe. — *Labium minus pudendi*.

Petite méningée (Artère). — *Ramus meningeus accessorius*. Meningea parva La.

Petite mésaraïque (Veine). — VOIR *Mésentérique inférieure*.

Petite mésentérique (Artère). — *Mesenterica inferior*.

Petite tubérosité [de l'estomac]. — VOIR *Vestibule pylorique*.

Petite tubérosité [de l'humérus] ou trochin. — *Tuberculum minus*.

Petite veine coronaire. — *Vena cordis parva*. Vena parva cordis La.

Petites cornes du coccyx. — *Cornua coccygea*.

Petites veines de GALIEN. — VOIR *Galien [du cerveau] (Veines de)*.

Pétro-staphylin (Muscle). — VOIR *Péristaphylin interne*.

Peyer (Plaques de) ou follicules agminés. — *Noduli lymphatici aggregati* [PEYERI].

Phalange. — *Phalanx*. Fingerglied Al.

Phalange métacarpienne ou première phalange. — Grund-Phalanx Al.

Phalange unguéale. — VOIR *Phalangette*.

Phalangette, phalange unguéale ou troisième phalange. — End-Phalanx Al.

Phalangiennes des doigts (Articulations). — *Articulationes digitorum manus*.

Phalangiennes des orteils (Articulations). — *Articulationes digitorum pedis*.

Phalangine, moyenne phalange ou deuxième phalange. — Mittel-Phalanx Al.

Pharyngien (Plexus). — *Plexus pharyngeus*.

Pharyngienne (Veine). — *Pharyngea*.

Pharyngienne ascendante ou inférieure (Artère). — *Pharyngea ascendens*. Pharyngobasilaris La.

Pharyngo-staphylin (Muscle). — *Pharyngopalatinus*. Palatopharyngeus La.

Phrénique (Nerf). — *Phrenicus*.

Pied. — *Pes*. Fuss Al. Foot An. Piede It.

Pie-mère. — *Pia mater*.

Pilier antérieur du voile du palais. — *Arcus glossopalatinus*. Arcus palato-glossus La.

Pilier postérieur du voile du palais. — *Arcus pharyngopalatinus*. Arcus palato-pharyngeus La.

Piliers du cœur ou muscles papillaires. — *Musculi papillares*. Papillarmuskel Al.

Pisiforme. — *Os pisiforme*. Erbsenbein Al.

Pisi-pyramidale (Articulation). — *Articulatio ossis pisiformis*.

Pituitaire. — *Membrana mucosa nasi*.

Plancher de la bouche. — *Regio sublingualis*.

Plantaire externe (Artère ou nerf). — *Plantaris lateralis*.

Plantaire grêle (Muscle). — *Plantaris*.

Plantaire interne (Artère ou nerf). — *Plantaris medialis*.

Plante du pied. — *Planta pedis*. Fusssohle Al. Sole An. Pianta It.

Planum (Os). — VOIR *Lame papyracée*.

Pleuro-œsophagien (Muscle). — *Pleuroœsophageus*.

Plèvre. — *Pleura*. Brustfell Al.

Plexus brachial. — *Plexus brachialis*.

Plexus cervical. — *Plexus cervicalis*.

Plexus dentaire. — *Plexus dentalis superior*.

Plexus honteux. — *Plexus pudendus*. Pudic nerve An.

Plexus lombaire. — *Plexus lumbalis*.

Plexus pampiniforme. — *Plexus pampiniformis*. Quastengeflecht Al.

Plexus ptérygoïdien. — *Plexus pterygoideus*.

Plexus sacré. — *Plexus sacralis*. Plexus ischiadicus La.

Plexus sacro-coccygien. — *Plexus coccygeus*. Plexus caudalis La.

Plexus solaire. — *Plexus cœliacus*.

Plexus veineux de l'hypoglosse ou confluent condylien antérieur de TROLARD. — *Rete canalis hypoglossi*.

Pli salpingo-pharyngien. — *Plica salpingopharyngea*.

Pneumogastrique (Nerf). — *Vagus*.

Poignée [du sternum]. — *Manubrium sterni*.

Pointe du cœur. — *Apex cordis*. Herzspitze Al.

Points lacrymaux. — *Puncta lacrimalia*.

Polygone artériel de WILLIS. — *Circulus arteriosus* [WILLISI].

Pommette (Os de la). — VOIR *Malaire*.

Poplité (Muscle). — *Popliteus*.

Poplitée (Artère ou veine). — *Poplitea*.

Portion interstitielle [de la trompe de FALLOPE]. — *Pars uterina*.

Portion profonde du ligament sacro-coccygien postérieur. — *Ligamentum sacrococcygeum posterius profundum*.

Portion superficielle du ligament sacro-coccygien postérieur. — *Ligamentum sacrococcygeum posterius superficiale*.

Portion sus-vaginale [du col de l'utérus]. — *Portio supravaginalis [cervicis]*.

Postérieur [de l'articulation radio-carpienne] (Ligament). — *Radiocarpeum dorsale*. Rhomboides La.

Postérieure du ventricule gauche (Veine). — *Posterior ventriculi sinistri*.

Postérieurs de la vessie (Ligaments). — *Musculi rectovesicales*.

Pouce. — *Pollex*. Daumen Al. Thumb An. Pollice It.

Poulie [de l'astragale]. — *Trochlea tali*.

Poulie [du muscle grand oblique de l'œil]. — *Trochlea*.

Poumon. — *Pulmo*. Lunge Al. Lung An. Polmone It.

Poussière auditive ou otoconie. — *Otoconia*.

Précuneus. — *Præcuneus*.

Premier adducteur (Muscle). — VOIR *Moyen adducteur*.

Premier radial externe (Muscle). — *Extensor carpi radialis longus*.

Première interosseuse palmaire (Artère). — VOIR *Collatérales du pouce et de la collatérale externe de l'index (Tronc commun des)*.

Première phalange. — VOIR *Phalange métacarpienne*.

Prépuce. — *Præputium*. Vorhaut Al.

Pressoir d'Hérophile ou torcular. — *Confluens sinuum*.

Présternal (Muscle). — *Sternalis*.

Procès ciliaires. — *Processus ciliares*.

Prolongement génien de la parotide. — *Glandula parotis accessoria*.

Promontoire. — VOIR *Angle sacro-vertébral*.

Promontoire des fosses nasales. — VOIR *Zoja*.

Propre du nez (Os). — VOIR *Nasal (Os)*.

Prostate. — *Prostata*.

Protubérance annulaire. — *Pons* [VAROLI].

Protubérance occipitale externe ou inion. — *Protuberantia occipitalis externa*.

Protubérance occipitale interne. — *Protuberantia occipitalis interna*.

Protubérance styloïde [de la caisse du tympan]. — *Prominentia styloidea*.

Protubérantielles (Artères). — *Rami ad pontem*.

Psoas (Muscle). — *Psoas major*.

Psoas-iliaque (Muscle). — *Iliopsoas*. Ileo psoas La.

Ptérygo-épineux (Ligament). — VOIR *Civinini*.

Ptérygoïdien externe (Muscle). — *Pterygoideus externus*.

Ptérygoïdien externe (Nerf du). — *Nervus pterygoideus externus*.

Ptérygoïdien interne (Muscle). — *Pterygoideus internus*.

Ptérygoïdien interne (Nerf du). — *Nervus pterygoideus internus*.

Ptérygoïdienne (Artère). — *Pterygoidei* (Rami).

Ptérygo-maxillaire (Ligament). — *Raphe pterygomandibularis*.

Ptérygo-palatine (Artère).
Ne figure pas dans les *Nomina anatomica*. Certains auteurs emploient Ptérygopalatine comme synonyme de *Palatina descendens* (Palatine supérieure).

Pubis. — *Os pubis*. Schambein Al.

Pubo-fémoral (Ligament). — *Pubocapsulare.* Pubo-femorale La.

Pubo-vésicaux (Ligaments). — *Pubovesicalia.*

Pulmonaire (Artère ou veine). — *Pulmonalis.* Polmonare It.

Pulpe dentaire. — *Pulpa dentis.*

Pylore. — *Pylorus.*

Pylorique (Artère). — *Gastrica dextra.* Coronaria ventriculi dextra La.

Pyramidal (Os). — *Os triquetrum.* Ulnare La.

Pyramidal de l'abdomen (Muscle). — *Pyramidalis.*

Pyramidal du bassin (Muscle). — *Piriformis.*

Pyramidal du nez (Muscle). — *Procerus.* Procerus nasi; pyramidalis nasi La.

Pyramide. — *Eminentia pyramidalis.*

Pyramide du vestibule. — *Pyramis vestibuli.*

Quadriceps fémoral ou triceps de la cuisse (Muscle). — *Quadriceps femoris.*

Quatrième ventricule. — *Fossa rhomboidea.*

Queue de cheval. — *Cauda equina.*

Queue de l'hélix. — *Cauda helicis.* Processus caudatus helicis La.

Queue du pancréas. — *Cauda pancreatis.*

Rachidien (Nerf ou ganglion). — *Spinalis.* Rückenmarksnerv, -ganglium Al.

Racine de l'hélix. — *Crus helicis.*

Racine d'un corps caverneux. — *Crus penis.*

Radial (Nerf). — *Radialis.* Musculo-spiral An.

Radiale (Artère ou veine). — *Radialis.*

Radio-carpienne (Articulation). — *Radiocarpea.* — Radio carpalis La.

Radio-cubitale inférieure (Articulation). — *Radioulnaris distalis.* Radio-ulnaris inferior La.

Radio-cubitale supérieure (Articulation). — *Radioulnaris proximalis.* Radio-ulnaris superior La.

Radio-palmaire (Artère). — *Ramus volaris superficialis.*

Radius. — *Radius.* Speiche Al.

Rainure astragalienne. — *Sulcus tali.* Sulcus interarticularis La.

Rainure calcanéenne. — *Sulcus calcanei.* Sulcus interarticularis La.

Rainure digastrique [de l'apophyse mastoïde]. — *Incisura mastoidea.*

Rainure unguéale. — *Sulcus matricis unguis.*

Rampe. — *Scala.* Treppe Al.

Ranine ou linguale profonde (Artère). — *Profunda linguæ.* Ranina La.

Rate. — *Lien.* Milz Al. Spleen An. Milza It.

Rayonné [de l'articulation chondro-sternale] (Ligament). — *Sternocostale radiatum.*

Rayonné [de l'articulation costo-vertébrale] (Ligament). — *Capituli costæ radiatum.*

Rectum. — *Intestinum rectum.* Mastdarm Al.

Récurrent (Nerf). — VOIR *Laryngé inférieur.*

Récurrent d'ARNOLD ou de la tente du cervelet (Nerf). — *Nervus tentorii.*

Récurrent du nerf maxillaire inférieur (Rameau). — *Nervus spinosus.* Nervus recurrens rami tertii La.

Récurrente radiale antérieure (Artère). — *Recurrens radialis.*

Récurrente radiale postérieure (Artère). — *Interossea recurrens.*

Récurrente tibiale antérieure (Artère). — *Recurrens tibialis anterior.* Recurrens tibialis La.

Récurrente tibiale postérieure (Artère). — *Recurrens tibialis posterior.*

Récurrentes cubitales antérieure et postérieure (Artères). — *Recurrentes ulnares.*

Reil (Couronne rayonnante de). — *Corona radiata.*

Reil (Insula de). — *Insula.*

Rein. — *Ren.* Niere Al. Kidney An. Rene It.

Reissner (Membrane de). — *Membrana vestibularis* [REISSNERI].

Releveur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure (Muscle). — *Caput angulare quadrati labii superioris.* Levator labii superioris alæque nasi Al.

Releveur de l'anus (Muscle). — *Levator ani.*

Releveur de la paupière supérieure (Muscle). — *Levator palpebræ superioris.*

Releveur propre de la lèvre supérieure (Muscle). — *Caput infraorbitale quadrati labii superioris.* Levator labii superioris proprius La.

Rénale (Artère ou veine). — *Renalis.*

Renflement cervical [de la moelle épinière]. — *Intumescentia cervicalis.* Halsanschwellung Al.

Renflement lombaire [de la moelle épinière]. — *Intumescentia lumbalis.* Lendenanschwellung Al.

Repli semi-lunaire de la conjonctive. — *Plica semilunaris conjunctivæ.*

Replis glosso-épiglottiques. — *Plicæ glossoepiglotticæ.*

Rétine. — *Retina.* Netzhaut Al.

Rhomboïde (Muscle). — *Rhomboideus.* Rhomboides La.

Ride du vagin. — *Ruga vaginalis.*

Rocher. — *Pars petrosa* [*pyramis*].

Rolando (Scissure de). — *Sulcus centralis* [ROLANDI].

Rond (Ligament). — *Teres.*

Rond pronateur (Muscle). — *Pronator teres.*

Rosenmüller (Fossette de). — *Recessus pharyngeus* [ROSENMUELLERI].

Rosenthal (Canal de). — *Canalis spiralis modioli.*

Rotateurs du dos (Muscles). — *Rotatores.* VOIR *Transversaire épineux.*

Rotule. — *Patella.* Kniescheibe Al. Knee-pan An. Rotello It.

Rotulien (Ligament). — *Ligamentum patellæ.*

S iliaque ou côlon iliaque. — *Colon sigmoideum.* S romanum; flexura sigmoides La.

Saccule. — *Sacculus.*

Sac lacrymal. — *Saccus lacrimalis.* Thränensack Al.

Sacrée latérale (Artère ou veine). — *Sacralis lateralis.*

Sacrée moyenne (Artère ou veine). — *Sacralis media.*

Sacro-coccygien antérieur (Ligament). — *Sacrococcygeum anterius.*

Sacro-coccygien antérieur (Muscle). — *Sacrococcygeus anterior.* Curvator coccygis La.

Sacro-coccygien latéral (Ligament). — *Sacrococcygeum laterale.*

Sacro-coccygien postérieur (Muscle). — *Sacrococcygeus posterior.* Extensor coccygis La.

Sacro-coccygienne (Articulation). — *Symphysis sacrococcygea.*

Sacro-iliaque (Articulation). — *Sacroiliaca.*

Sacro-lombaire ou ilio-costal (Muscle). — *Iliocostalis.* Ileo-costalis La.

Sacrum (Os). — *Os sacrum.* Kreuzbein Al.

Salive. — *Saliva.* Speichel Al. Spittle An.

Santorini (Canal de). — *Ductus pancreaticus accessorius* [SANTORINI].

Santorini (Cartilage de). — VOIR *Cartilage corniculé.*

Santorini (Cornet de). — *Concha nasalis suprema* [SANTORINI].

Santorini (Incisures de). — *Incisuræ cartilaginis meatus acustici externi* [SANTORINI]. Incisuræ santorinianæ La.

Santorini (Plexus de). — *Plexus pudendalis.*

Santorini (Veine émissaire de). — *Emissarium parietale.*

Saphène externe (Nerf). — *Cutaneus suræ medialis.*

Saphène externe (Veine). — *Saphena parva.*

Saphène interne (Nerf). — *Saphenus.* Saphenus major La.

Saphène interne (Veine). — *Saphena magna.*

Saphène péronier (Nerf). — VOIR *Accessoire du saphène externe.*

Saphène postérieure (Veine). — *Saphena accessoria.*

Sappey (Veines de). — *Venæ parumbilicales* [SAPPEYI].

Scalènes (Muscles). — *Scaleni.*

Scaphoïde [de la main] (Os). — *Os naviculare manus.* Radiale La. Kahnbein Al.

Scaphoïde [du pied] (Os). — *Os naviculare pedis.* Kahnbein Al.

Scaphoïdo-cunéenne (Articulation). — *Cuneonavicularis.*

Scapulaire de l'artère scapulaire inférieure (Branche). — *Arteria circumflexa scapulæ.*

Scapulaire inférieure (Artère). — *Subscapularis.*

Scapulaire postérieure (Artère ou veine). — *Transversa colli.*

Scapulaire supérieure ou sus-scapulaire (Artère ou veine). — *Transversa scapulæ.*

Scapulo-humérale (Ligament). — *Articulatio humeri.* Schultergelenk Al. Shoulder-joint An.

Scarpa (Ganglion de). — *Ganglion vestibulare.*

Scarpa (Triangle de). — *Trigonum femorale* [*fossa* SCARPÆ *major*].

Schlemm (Canal de). — *Sinus venosus scleræ* [*canalis* SCHLEMMII ou LAUTHI]. Canalis SCHLEMMII La.

Schrapnell (Membrane de). — *Pars flaccida.*

Sciatique poplité externe (Nerf). — *Peronæus communis.* Peroneus La.

Sciatique poplité interne (Nerf). — *Tibialis* [en partie].

Scissure calcarine. — *Fissura calcarina.*

Scissure calloso-marginale. — *Sulcus corporis callosi.*

Scissure perpendiculaire interne. — *Fissura parietooccipitalis.*

Sclérotique. — *Sclera.*

Scrotal du testicule (Ligament). — *Ligamentum epididymidis inferius.*

Scrotum. — *Scrotum.*

Selle turcique. — *Sella turcica.*

Semi-lunaire (Os). — *Os lunatum.* Intermedium La. Mondbein Al.

Septum lingual. — VOIR *Septum médian.*

Septum médian ou septum lingual. — *Septum linguæ.*

Sésamoïdes (Os). — *Ossa sesamoidea.* Sesambeine Al. Sesamoid bones An.

Sigmoïde (Artère ou veine). — *Sigmoidea.*

Sillon antérieur de l'oreille. — *Incisura anterior* [*auris*]. Sulcus auris anterior La.

Sillon auriculo-ventriculaire. — *Sulcus coronarius*. Kranzfurche Al.

Sillon balano-préputial. — *Collum glandis*. Sulcus coronarius La.

Sillon interpariétal. — *Sulcus interparietalis*.

Sillon interventriculaire antérieur. — *Sulcus longitudinalis anterior*.

Sillon interventriculaire postérieur. — *Sulcus longitudinalis posterior*.

Sillon limitant [de la langue]. — *Sulcus terminalis*.

Sillon mylo-hyoïdien. — *Sulcus mylohyoideus*.

Sillon sagittal [du frontal]. — *Sulcus sagittalis*.

Sillon sous-nasal. — *Filtrum*.

Sillon transverse ou hile [du foie]. — *Porta hepatis*.

Sinus caverneux. — *Sinus cavernosus*.

Sinus coronaire [de la dure-mère]. — *Sinus circularis*.

Sinus coronaire [du cœur]. — *Sinus circularis*.

Sinus costo-diaphragmatique. — *Sinus phrenicocostalis*.

Sinus costo-médiastinal. — *Sinus costomediastinalis*.

Sinus crânien. — *Sinus duræ matris*.

Sinus de la veine jugulaire interne. — *Bulbus venæ jugularis inferior*.

Sinus droit. — *Sinus rectus*.

Sinus du rein. — *Sinus renalis*.

Sinus du sphénoïde. — *Sinus sphenoidalis*.

Sinus du tarse. — *Sinus tarsi*.

Sinus frontal. — *Sinus frontalis*. Stirnhöhle Al.

Sinus latéral. — *Sinus transversus*.

Sinus longitudinal inférieur. — *Sinus sagittalis inferior*.

Sinus longitudinal supérieur. — *Sinus sagittalis superior*.

Sinus maxillaire ou antre d'HIGHMORE. — *Sinus maxillaris* [HIGHMORI].

Sinus occipital postérieur. — *Sinus occipitalis*.

Sinus occipital transverse. — *Plexus basilaris*.

Sinus pétreux inférieur. — *Sinus petrosus inferior*.

Sinus pétreux supérieur. — *Sinus petrosus superior*.

Sinus sphéno-pariétal. — VOIR *Sphéno-pariétal*.

Sinus transverse [du péricarde]. — *Sinus transversus pericardii*.

Soléaire (Muscle). — *Soleus*.

Sommet de la vessie. — *Vertex vesicæ*.

Sourcil. — *Supercilium*. Augenbraue Al. Eyebrow An. Sopraciglio It.

Sourcilier (Muscle). — *Corrugator supercilii*.

Sous-astragalienne ou calcanéo-astragalienne (Articulation). — *Talo-calcanea*.

Sous-clavier (Muscle). — *Subclavius*.

Sous-clavier (Nerf du). — *Nervus subclavius*.

Sous-clavière (Artère ou veine). — *Subclavia*.

Sous-costaux (Muscles). — *Subcostales*.

Sous-cutanée abdominale (Artère ou veine). — *Epigastrica superficialis*.
Pour le rameau iliaque de cette artère, VOIR *Circonflexe iliaque superficielle*.

Sous-cutanée postérieure de la cuisse (Veine). — *Femoropoplitea*.

Sous-épineux (Muscle). — *Infraspinatus*.

Sous-mentale (Artère ou veine). — *Submentalis*.

Sous-occipital (Nerf). — *Suboccipitalis*.

Sous-orbitaire (Artère). — *Infraorbitalis*.

Sous-orbitaire (Nerf). — *Infraorbitalis*.

Sous-pubien (Ligament). — *Arcuatum pubis*.

Sous-scapulaire (Muscle). — *Subscapularis*.

Sous-scapulaire (Nerfs du). — *Nervi subscapulares*.

Spermatique (Artère). — *Spermatica interna*.

Spermatique (Veine). — *Spermatica*. Spermatica interna La.

Sperme. — *Sperma* [*semen*].

Sphéno-ethmoïdal (Filet). — *Nervus ethmoidalis posterior*. Nervus spheno-ethmoidalis La.

Sphénoïde (Os). — *Os sphenoidale*. Keilbein; Wespenbein Al.

Sphéno-maxillaire (Ligament). — *Sphenomaxillare*.

Sphéno-palatin (Nerf). — *Sphenopalatinus*.

Sphéno-palatine (Artère). — *Sphenopalatina*.

Sphéno-pariétal (Sinus) ou sinus de BRESCHET — *Sinus sphenoparietalis*. Sinus alæ parvæ La.

Sphéno-staphylin (Muscle). — VOIR *Péristaphylin externe*.

Sphincter externe de l'anus (Muscle). — *Sphincter ani externus*.

Sphincter externe de l'urèthre (Muscle). — *Sphincter urethræ membranaceæ*.

Sphincter interne de l'anus (Muscle). — *Sphincter ani internus*.

Spigel (Ligne semi-circulaire de). — *Linea semicircularis* [SPIGELI]. Linea SPIGELII La.

Spigel (Lobe de). — *Lobus caudatus* [SPIGELI]. Lobus SPIGELII La.

Spinal (Nerf). — *Accessorius*. Accessorius WILLISII La.

Spinale antérieure (Artère). — *Spinalis anterior*.

Spinale postérieure (Artère). — *Spinalis posterior*.

Spiral (Ligament). — *Ligamentum spirale*.

Spix (Epine de). — *Lingula mandibulæ*.

Splénique (Artère ou veine). — *Lienalis*.

Splénius (Muscle). — *Splenius*.

Stellaire (Ganglion). — VOIR *Ganglion cervical inférieur*.

Sténon (Canal de). — *Ductus parotideus* [STENONIS]. — Ductus stenonianus La.

Sterno-claviculaire (Ligament). — *Sternoclaviculare*.

Sterno-cléido-mastoïdien (Muscle). — *Sternocleidomastoideus*.

Sterno-costo-claviculaire (Articulation). — *Sternoclavicularis*.

Sterno-hyoïdien (Muscle). — *Sternohyoideus*.

Sterno-mastoïdienne (Artère ou veine). — *Sternocleidomastoidea*.

Sterno-péricardiques (Ligaments). — VOIR *Luschka* (*Ligaments de*).

Sterno-thyroïdien (Muscle). — *Sternothyreoideus*.

Sternum. — *Sternum*. Brustbein Al.

Stylo-glosse (Muscle). — *Styloglossus*.

Stylo-hyoïdien (Ligament). — *Stylohyoideum*.

Stylo-hyoïdien (Muscle). — *Stylohyoideus*.

Stylo-mastoïdienne (Artère ou veine). — *Stylomastoidea*.

Stylo-maxillaire (Ligament). — *Stylomaxillare*.

Stylo-pharyngien (Muscle). — *Stylopharyngeus*.

Sublingual (Nerf). — *Sublingualis*.

Sublinguale (Artère ou veine). — *Sublingualis*.

Suc gastrique. — *Succus gastricus*. Magensaft Al.

Suc intestinal. — *Succus entericus*. Darmsaft. Al.

Suc pancréatique. — *Succus pancreaticus*.

Surcostaux (Muscles). — *Levatores costarum*.

Surépineux (Ligament). — *Supraspinalis*.

Surface auriculaire [du sacrum]. — VOIR *Facette auriculaire*.

Surface poplitée. — *Planum popliteum*.

Sus-claviculaire du plexus cervical (Branche). — *Nervi supraclaviculares*.

Sus-épineux (Muscle). — *Supraspinatus*.

Sus-hépatiques (Veines). — *Hepaticæ*.

Sus-orbitaire (Artère ou veine). — *Supraorbitalis*.

Suspenseur de la dent (Ligament). — VOIR *Occipito-axoïdien moyen*.

Suspenseur de la verge (Ligament). — *Suspensorium penis*.

Suspenseur du duodénum (Muscle). — VOIR *Treitz*.

Suspenseur du foie (Ligament). — *Falciforme hepatis*. Suspensorium hepatis La.

Sus-scapulaire (Artère). — VOIR *Scapulaire supérieure*.

Sus-scapulaire (Nerf). — *Suprascapularis*.

Suture coronale ou suture fronto-pariétale. — *Sutura coronalis*. Kranznaht Al.

Suture fronto-pariétale. — VOIR *Suture coronale*.

Suture lambdoïde. — *Sutura lambdoidea*. Lambdanaht Al.

Suture métopique ou suture médio-frontale. — *Sutura frontalis*.

Suture pariéto-mastoïdienne. — *Sutura parietomastoidea*.

Suture sagittale. — *Sutura sagittalis*. Pfeilnaht Al.

Suture squameuse ou suture temporo-pariétale. — *Sutura squamosa*.

Suture temporo-pariétale. — VOIR *Suture squameuse*.

Sylvienne ou cérébrale moyenne (Artère). — *Cerebri media*. Arteria fossæ SYLVII La.

Sylvienne superficielle (Veine). — *Cerebri media*.

Sylvius (Aqueduc de). — *Aquæductus cerebri* [SYLVII].

Sylvius (Chair carrée de). — VOIR *Accessoire du long fléchisseur commun des orteils*.

Sylvius (Fosse de). — *Fossa et fissura cerebri lateralis* [SYLVII]. Fossa SYLVII La.

Symphyse pubienne. — *Symphysis ossium pubis*.

Tache acoustique. — *Macula acustica*.

Tache criblée. — *Macula cribrosa*.

Tarse. — *Tarsus*. Fusswurzel Al.

Tarse [des paupières]. — *Tarsus*.

Tarsiennes (Articulations). — *Intertarseæ*.

Tarso-métatarsienne (Articulation) ou articulation de LISFRANC. — *Articulationes tarsometatarseæ*.

Tempes. — *Tempora*. Schläfen Al. Temples An. Tempie It.

Temporal ou crotaphite (Muscle). — *Temporalis*.

Temporal (Os). — *Os temporale*. Schläfenbein Al.

Temporal profond antérieur (Nerf). — *Temporalis profundus anterior.*

Temporal profond postérieur (Nerf). — *Temporalis profundus posterior.*

Temporale moyenne (Veine). — *Temporalis media.*

Temporale profonde antérieure (Artère). — *Temporalis profunda anterior.*

Temporale profonde moyenne (Artère). — *Temporalis media.*

Temporale profonde postérieure (Artère). — *Temporalis profunda posterior.*

Temporale superficielle (Artère). — *Temporalis superficialis.* Temporalis La.

Temporale superficielle (Veine). — *Facialis posterior* [en partie].

Temporales profondes (Veines). — *Temporales profundæ.*

Temporo-malaire (Nerf). — *Zygomaticus.* Subcutaneus malæ La.

Temporo-maxillaire (Articulation). — *Mandibularis.* Cranio-mandibularis La. Kiefergelenk Al.

Tendon récurrent du demi-membraneux. — *Ligamentum popliteum obliquum.*

Tenseur du fascia-lata (Muscle). — *Tensor fasciæ latæ.*

Tente du cervelet. — *Tentorium cerebelli.*

Tente du cervelet (Nerf de la). — VOIR *Récurrent d'Arnold.*

Testicule. — *Testis.* Hoden Al.

Tête [de l'astragale, de l'humérus ou du fémur]. — *Caput.*

Tête [d'un métacarpien, d'un métatarsien, d'une côte, de l'étrier, du cubitus, du marteau, du péroné ou du radius]. — *Capitulum.*

Thébésius (Valvule de). — *Valvula sinus coronarii* (THEBESII). Valvula THEBESII La.

Thébésius (Veines de). — *Venæ cordis minimæ.*

Thoracique de l'artère scapulaire inférieure (Branche). — *Arteria thoracodorsalis.* Arteria thoracica dorsalis; thoracico-dorsalis La.

Thoracique inférieure ou mammaire externe (Artère ou veine). — *Thoracalis lateralis.* Thoracica longa La.

Thoracique supérieure (Artère). — *Thoracalis suprema.* Short thoracic artery An.

Thorax. — *Thorax.* Brustkorb Al.

Thymiques (Artères ou veines). — *Thymicæ.*

Thymus. — *Thymus.*

Thyro-ary-épiglottique (Muscle). — *Ventricularis.* Thyreo-ary-epiglotticus La.

Thyro-aryténoïdien externe (Muscle). — *Thyreoarytænoideus* [*externus*]. Thyreo-arytænoideus externus La.

Thyro-aryténoïdien inférieur (Ligament). — *Ligamentum vocale.* Stimmband Al.

Thyro-aryténoïdien interne (Muscle). — *Vocalis.* Thyreo-arytænoideus internus La.

Thyro-aryténoïdien supérieur (Ligament.) — *Ligamentum ventriculare.* Ligamentum vocale spurium La. Taschenband Al.

Thyro-épiglottique (Ligament). — *Thyreoepiglotticum.*

Thyro-épiglottique (Muscle). — *Thyreoepiglotticus.*

Thyro-hyoïdien (Nerf du). — *Ramus thyreohyoideus.*

Thyro-hyoïdien latéral (Ligament). — *Hyothyreoideum laterale.* Thyreo-hyoideum laterale La.

Thyro-hyoïdien moyen (Ligament). — *Hyothyreoideum medium.* Thyreo-hyoideum medium La.

Thyroïdienne inférieure (Artère ou veine). — *Thyreoidea inferior.*

Thyroïdienne supérieure (Artère ou veine). — *Thyreoidea superior.*

Tibia. — *Tibia.* Schienbein Al.

Tibial antérieur (Nerf). — *Peronæus profundus.*

Tibial postérieur (Nerf). — *Tibialis* [en partie].

Tibiale antérieure (Artère ou veine). — *Tibialis anterior.* Tibialis antica La.

Tibiale postérieure (Artère ou veine). — *Tibialis posterior.* Tibialis postica La.

Tibio-péronier (Tronc). — Considéré, dans les nomenclatures étrangères, comme la partie initiale de l'artère tibiale postérieure.

Tibio-tarsienne (Articulation). — *Talocruralis.* Sprunggelenk Al. Ankle-joint An.

Toile choroïdienne. — *Tela chorioidea.*

Torcular. — VOIR *Pressoir d'Hérophile.*

Tourbillon [du cœur]. — *Vortex cordis.*

Trachée. — *Trachea.* Luftröhre Al.

Transversaire du cou (Muscle). — *Longissimus cervicis.* Transversalis cervicis La.

Transversaire épineux (Muscle). — Transverso-spinalis La.
Les *Nomina anatomica* n'ont pas conservé ce muscle comme tel, mais décrit séparément ses trois segments constituants : demi-épineux, multifide du rachis et rotateurs du dos (Voir ces mots).

Transversale de la face (Artère). — *Transversa faciei.*

Transverse (Ligament). — *Transversum atlantis.*

Transverse (Muscle). — *Transversus linguæ.*

Transverse antérieure du carpe (Artère). — *Ramus carpeus volaris.*

Transverse de l'abdomen (Muscle). — *Transversus abdominis.*

Transverse de la face (Veine). — *Transversa faciei.*

Transverse du genou (Ligament). — *Transversum genu.*

Transverse du métacarpe (Ligament). — *Ligamenta capitulorum* [*ossium metacarpalium*] *transversa.*

Transverse du métatarse (Ligament). — *Ligamenta capitulorum* [*ossium metatarsalium*] *transversa.*

Transverse du nez (Muscle). — *Pars transversa musculi nasalis.* Nasalis; transversus nasi; compressor narium La.

Transverse du périnée (Muscle). — *Transversus perinei superficialis.*

Transverse profond du périnée (Muscle). — VOIR *Guthrie.*

Trapèze (Muscle). — *Trapezius.* Trapezius; cucullaris La.

Trapèze (Os). — *Os multangulum majus.* Carpale I La.

Trapézienne de l'artère scapulaire supérieure (Branche). — VOIR *Cervicale transverse superficielle.*

Trapézoïde (Ligament). — *Trapezoideum.*

Trapézoïde (Os). — *Os multangulum minus.* Carpale II La.

Treitz (Muscle de) ou muscle suspenseur du duodénum. — *Musculus suspensorius duodeni.*

Triangulaire des lèvres (Muscle). — Non mentionné dans les *Nomina anatomica.* Triangularis La.

Triangulaire du poumon (Ligament). — *Pulmonale.*

Triangulaire du sternum (Muscle). — *Transversus thoracis.*

Triangulaires du foie (Ligaments). — *Ligamenta triangularia hepatis.*

Triceps brachial (Muscle). — *Triceps brachii.* Extensor brachii triceps La.

Triceps de la cuisse (Muscle). — VOIR *Quadriceps fémoral.*

Triceps sural (Muscle). — *Triceps suræ.*

Tricuspide (Valvule). — VOIR *Valvule tricuspide.*

Triglochine (Valvule). — VOIR *Valvule tricuspide.*

Trigone cérébral. — *Fornix.*

Trigone vésical. — VOIR *Lieutaud.*

Trijumeau (Nerf). — *Trigeminus.*

Trochantin. — VOIR *Petit trochanter.*

Trochin. — VOIR *Petite tubérosité* [*de l'humérus*].

Trochiter. — VOIR *Grosse tubérosité* [*de l'humérus*].

Trochlée humérale. — *Trochlea humeri.*

Troisième adducteur (Muscle). — VOIR *Grand adducteur.*

Troisième phalange. — VOIR *Phalangette.*

Troisième trochanter [du fémur]. — *Tuberositas glutæa.*

Trolard (Confluent condylien antérieur de). — VOIR *Plexus veineux de l'hypoglosse.*

Tronc cervico-intercostal. — VOIR *Cervico-intercostal.*

Tronc cœliaque. — VOIR *Cœliaque.*

Tronc commun des collatérales du pouce et de la collatérale externe de l'index. — VOIR *Collatérales du pouce et de la collatérale externe de l'index* (*Tronc commun des*).

Tronc commun des interosseuses. — *Arteria interossea communis.*

Tronc des artères (ou veines) coliques gauches. — *Arteria* (ou *vena*) *colica sinistra.*

Tronc lombo sacré. — *Truncus lumbosacralis.*

Tronc tibio-péronier. — VOIR *Tibio-péronier.*

Trou borgne [de la langue]. — *Foramen cæcum linguæ* [MORGAGNII].

Trou borgne [du frontal]. — *Foramen cæcum.*

Trou condylien antérieur [de l'occipital]. — *Canalis hypoglossi.*

Trou condylien postérieur [de l'occipital]. — *Canalis condyloideus.*

Trou déchiré antérieur. — *Foramen lacerum.*

Trou déchiré postérieur. — *Foramen jugulare.*

Trou grand rond. — *Foramen rotundum.*

Trou ischio-pubien. — VOIR *Trou obturateur.*

Trou mentonnier. — *Foramen mentale.*

Trou nourricier ou conduit nourricier. — *Foramen nutricium.*

Trou obturateur, trou ischio-pubien ou trou sous-pubien. — *Foramen obturatum.*

Trou occipital. — *Foramen occipitale magnum.*

Trou optique. — *Foramen opticum.*

Trou ovale. — *Foramen ovale.*

Trou pariétal. — *Foramen parietale.*

Trou petit rond ou trou sphéno-épineux. — *Foramen spinosum.*

Trou sous-orbitaire. — *Foramen infraorbitale.*

Trou sous-pubien. — VOIR *Trou obturateur.*

Trou sphéno-épineux. — VOIR *Trou petit rond.*

Trou sphéno-palatin. — *Foramen sphenopalatinum.*

Trou stylo-mastoïdien. — *Foramen stylomastoideum.*

Trou transversaire. — *Foramen transversarium.*

Trou vertébral. — *Foramen vertebrale.*

Trous dentaires postérieurs. — *Foramina alveolaria.*

Trous sacrés. — *Foramina sacralia.*

Tube séminifère. — *Tubulus seminiferus.*

Tubercule [du cinquième métatarsien]. — *Tuberositas ossis metarsalis V.*

Tubercule antérieur [des apophyses transverses cervicales]. — *Tuberculum anterius vertebrarum cervicalium.*

Tubercule du cuboïde. — *Tuberositas ossis cuboidei.*

Tubercule épiploïque [du pancréas]. — *Tuber omentale.*

Tubercule externe [du calcanéum]. — *Processus trochlearis.*

Tubercule inférieur [du cartilage thyroïde]. — *Tuberculum thyreoideum inferius.*

Tubercule obturateur [de l'os iliaque]. — *Tuberculum obturatorium.*

Tubercule pharyngien [de l'occipital]. — *Tuberculum pharyngeum.*

Tubercule pituitaire [du sphénoïde]. — *Tuberculum sellæ.* Tuberculum ephippii La.

Tubercule sous-glénoïdien [de l'omoplate]. — *Tuberositas infraglenoidalis.*

Tubercule supérieur [du cartilage thyroïde]. — *Tuberculum thyreoideum superius.*

Tubercule sus-glénoïdien [de l'omoplate]. — *Tuberculum supraglenoïdale.*

Tubercule vaginal. — *Carina urethralis [vaginæ].*

Tubercule zygomatique. — *Tuberculum articulare.*

Tubercules [antérieur et postérieur de l'atlas]. — *Tubercula.*

Tubercules quadrijumeaux. — *Corpora quadrigemina.*

Tubercules sacrés postéro-externes. — *Crista sacralis lateralis.*

Tubercules sacrés postéro-internes. — *Crista sacralis articularis.* Processus articulares spurii La.

Tubérosité [d'une côte]. — *Tuberculum.*

Tubérosité antérieure du tibia. — *Tuberositas tibiæ.*

Tubérosité bicipitale. — *Tuberositas radii.*

Tubérosité de l'ischion. — *Tuber ischiadicum.* Tuber ischii La.

Tubérosité du condyle externe du fémur. — *Epicondylus lateralis femoris.*

Tubérosité du condyle interne du fémur. — *Epicondylus medialis femoris.*

Tubérosité du maxillaire supérieur. — *Tuber maxillare.*

Tubérosité du scaphoïde. — *Tuberositas ossis navicularis.*

Tubérosité iliaque. — *Tuberositas iliaca.*

Tubérosité postéro-externe du calcanéum. — *Processus lateralis tuberis calcanei.* Tuberculum calcanei La.

Tubérosité postéro-interne du calcanéum. — *Processus medialis tuberis calcanei.* Tuber calcanei La.

Tubes contournés du rein. — *Tubuli renales contorti.*

Tympanal (Cercle). — *Annulus tympanicus.*

Tympanique (Artère). — *Tympanica anterior.* Tympanica La.

Tympano-malléolaire (Ligament). — *Plica malleolaris.*

Tyson (Glandes de). — *Glandulæ præputiales.* Glandulæ Tysonii La.

Unguis (Os). — Voir *Lacrymal (Os).*

Uretère. — *Ureter.*

Uréthrale (Artère). — *Urethralis.*

Urèthre. — *Urethra.* Harnröhre Al.

Utérine (Artère ou veine). — *Uterina.*

Utéro-ovarien (Ligament). — Voir *Ovaire (Ligament de l').*

Utéro ovarienne (Artère ou veine). — *Ovarica.*

Utéro-sacré (Ligament). — Voir *Douglas (Repli de).*

Utérus. — *Uterus.* Gebärmutter Al.

Utricule. — *Utriculus.*

Utricule prostatique. — *Utriculus prostaticus.* Sinus prostaticus La.

V deltoïdien. — *Tuberositas deltoidea.*

Vaginale (Artère). — *Vaginalis.*

Vaginale [du testicule]. — *Tunica vaginalis propria testis.*

Valsalva (Sinus de). — *Sinus aortæ* [Valsalvæ].

Valvule mitrale. — Voir *Mitrale.*

Valvule pylorique. — *Valvula pylori.*

Valvule tricuspide ou triglochine. — *Valvula tricuspidalis.*

Valvule triglochine. — Voir *Valvule tricuspide.*

Valvules conniventes. — Voir *Kerkring.*

Valvules sigmoïdes. — *Valvulæ semilunares.* Taschenklappen Al.

Vaste externe de la cuisse (Muscle). — *Vastus lateralis.*

Vaste externe du bras (Muscle). — *Caput laterale tricipitis brachii.* Anconæus brevis; caput breve tricipitis brachii La.

Vaste interne de la cuisse (Muscle). — *Vastus medialis.*

Vaste interne du bras (Muscle). — *Caput mediale tricipitis brachii.* Anconæus internus; caput internum tricipitis brachii La.

Vater (Ampoule de). — Voir *Ampoule de Vater.*

Veine de l'aqueduc du limaçon. — *Vena canaliculi cochleæ.*

Veine du corps strié. — *Vena terminalis.*

Veine du plexus choroïde. — *Vena chorioidea.*

Veine du septum pellucidum. — *Vena septi pellucidi.*

Veine du trou ovale. — *Rete foraminis ovalis.*

Veine porte. — *Vena portæ.*

Veines du corps des vertèbres. — *Venæ basivertebrales.*

Veines du plexus articulaire. — *Venæ articulares mandibulæ.*

Ventricule [du cœur]. — *Ventriculus cordis.* Ventrikel; Herzkammer Al.

Ventricule [du larynx]. — Voir *Morgagni (Ventricule de).*

Vénus (Mont de) ou pénil. — *Mons pubis.* Mons Veneris La.

Verheyen (Etoiles de). — *Venæ stellatæ.* Stellulæ Verheyenii La.

Vertébral commun antérieur (Ligament). — *Longitudinale anterius.*

Vertébral commun postérieur (Ligament). — *Longitudinale posterius.*

Vertébrale (Artère ou veine). — *Vertebralis.*

Vertèbre. — *Vertebra.* Wirbel Al.

Vertèbre proéminente. — *Vertebra prominens.*

Vertico-transversal. — *Frontalis.*

Veru-montanum. — *Colliculus seminalis.*

Vésicale inférieure (Artère). — *Vesicalis inferior.*

Vésicales supérieures (Artères). — *Vesicales superiores.*

Vésicule biliaire. — *Vesica fellea.* Gallenblase Al. Gall-bladder An.

Vésicule séminale. — *Vesicula seminalis.* Samenbläschen Al.

Vessie. — *Vesica urinaria.* Harnblase Al.

Vestibulaire (Nerf). — *Nervus vestibuli.*

Vestibule. — *Vestibulum.* Vorhof Al.

Vestibule [de la bouche]. — *Vestibulum oris.*

Vestibule [du vagin]. — *Vestibulum vaginæ.*

Vestibule pylorique, antre du pylore ou petite tubérosité de l'estomac. — *Antrum pylori-cum.*

Vidien (Nerf). — *Nervus canalis pterygoidei.* [Vidii]. Nervus vidianus La.

Vidienne (Artère ou veine). — *Arteria* (ou *vena*) *canalis pterygoidei* [Vidii]. Vidiana La.

Vieussens (Anse de). — *Ansa subclavia* [Vieussenii]. Ansa Vieussenii La.

Villosités intestinales. — *Villi intestinales.* Darmzotten Al.

Voile du palais. — *Palatum molle.* Velum palatinum La.

Vomer (Os). — *Vomer.* Pflugscharbein Al.

Vorticineuses ou ciliaires postérieures (Veines). — *Vorticosæ.*

Voûte du palais. — *Palatum durum.*

Voûte du pharynx. — *Fornix pharyngis.*

Vulve. — *Pudendum muliebre.*

Walther (Canaux de). — *Ductus sublinguales minores.* Ductus Rivini La.

Warthon (Canal de). — *Ductus submaxillaris* [Whartoni].

Weitbrecht (Corde de). — *Chorda obliqua.*

Willis (Nerf ophtalmique de). — Voir *Ophtalmique (Nerf).*

Willis (Polygone artériel de). — Voir *Polygone artériel de Willis.*

Wilson (Muscle de). — Musculus urethralis La.

Winslow (Hiatus de). — *Foramen epiploicum* [Winslowi]. *Foramen* Winslowii La.

Wirsung (Canal de). — *Ductus pancreaticus* [Wirsungi]. Ductus wirsungianus La.

Wormiens (Os). — *Ossa suturarum.* Ossa intercalaria La. Schaltknochen Al.

Wrisberg (Cartilage de). — *Cartilago cuneiformis* [Wrisbergi]. Cartilago Wrisbergii.

Wrisberg (Ganglion de). — *Ganglion cardiacum* [Wrisbergi].

Wrisberg (Nerf intermédiaire de). — *Intermedius.* Portio intermedia La.

Zinn (Anneau de). — *Annulus tendineus communis* [Zinni].

Zoja (Promontoire de) ou promontoire des fosses nasales. — *Bulla ethmoidalis.*

Zone ciliaire. — *Corpus ciliare.*

Zone de Zinn. — *Zonula ciliaris* [Zinni].

Zone orbiculaire [de l'articulation coxo-fémorale]. — *Zona orbicularis.*

Zone sus-glottique du larynx. — *Vestibulum laryngis.*

Zones fibreuses [du cœur] ou cercles tendineux de Lower. — *Annuli fibrosi.*

Zygoma. — Voir *Apophyse zygomatique.*

Zygomatique (Os). — Voir *Malaire (Os).*

Zygomato-orbitaire (Artère) ou rameau orbitaire de l'artère temporale superficielle. — *Zygomaticoorbitalis.*

Erratum. — Dans notre dernier numéro, p. 286, 2e col., 4e avant-dernière ligne, au mot : **Epi-épineux**, au lieu de : Long dorsal, lire : *Long épineux.*

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu. — M. le professeur CORNIL.

Les anévrysmes des cavernes.

Je vous montrerai aujourd'hui des pièces anatomiques et des préparations histologiques relatives à l'artérite tuberculeuse et à ses suites, c'est-à-dire la rupture des vaisseaux atteints, la formation d'anévrysmes dans les cavernes pulmonaires et les hémoptysies abondantes qui en résultent.

Voici d'abord l'observation résumée de notre malade.

Une femme de vingt-trois ans entrait dans mon service, au n° 2 de la salle Sainte-Martine, le 17 octobre 1900. Elle se plaignait de toux avec amaigrissement notable depuis quelque temps, mais avait cependant bonne mine et ne présentait pas l'aspect émacié des sujets atteints de tuberculose. L'auscultation démontrait, néanmoins, l'existence de frottements pleuraux et de craquements au sommet droit. Au sommet gauche, il y avait une sonorité exagérée à la percussion, et l'auscultation décelait un souffle amphorique. Il existait donc une caverne de ce côté, caverne d'un volume assez grand, mais l'état de la malade, nous le répétons, n'était pas mauvais; il n'y avait pas de fièvre, pas de sueurs; l'appétit était conservé.

Le 29 au soir, se déclara soudain une hémoptysie grave. Cette femme perdit beaucoup de sang et la température, qui jusque-là était normale, monta à 40°.

Le lendemain et les jours suivants, la patiente continua à cracher du sang. La température se maintint entre 39° et 40°. Tous les moyens thérapeutiques, glace *intus et extra*, révulsion, etc., furent employés; on soutint les forces de la malade par des injections de sérum à moyenne dose, et le 1er novembre, alors que la situation paraissait désespérée, l'hémoptysie cessa. La température retomba à 37°, mais cette femme, très anémiée, eut les jours suivants des oscillations de température. Elle s'amaigrit, la tuberculose sembla faire des progrès rapides. Il y avait de la fièvre vespérale, de la toux continuelle.

Cependant l'état s'améliora et vers le 15 novembre, la malade, qui s'était remise à manger, avait assez bonne mine. Elle demanda son exeat le 18 novembre, avec l'intention de quitter le service le lendemain. Dans l'après-midi, elle se leva un instant; soudain, elle tombe en syncope; on la relève, elle rend le sang à flot par la bouche. En quelques instants, les cuvettes sont pleines de sang, la patiente est exsangue, ses pupilles sont dilatées, et elle meurt.

L'autopsie fut pratiquée le 19 novembre; notre attention devait naturellement se porter sur les poumons.

Le poumon droit était réduit de volume; de moitié plus petit que le poumon gauche, il avait à peine les dimensions des deux poings. En effet, il était comprimé par le foie; celui-ci était gros (1,800 grammes) et très déformé : un sillon transversal lui donnait la forme d'une poire et il remontait, en son point culminant, jusqu'au *deuxième* espace intercostal; cette disposition était certainement due au port du corset. Ce poumon atrophié portait à son sommet des tubercules miliaires isolés, sans cavernes; il y avait des adhérences tout autour; le reste de l'organe était emphysémateux et renfermait aussi des granulations miliaires isolées.

Le poumon gauche était également emphysémateux à sa base; son sommet, fixé par de solides adhérences, contenait une caverne du volume d'une mandarine, pleine de sang, dont le fond, après lavage, se montra tapissé d'un caillot ambré; la caverne, entourée d'une zone de pneumonie caséeuse, avait des parois dures, épaisses, blanches, exsangues. Le poumon tout entier était parsemé de tubercules miliaires.

Quand on injectait de l'eau dans l'artère pulmonaire gauche, qui était vide, on voyait le liquide sourdre par le fond de la caverne, au niveau du caillot ambré : celui-ci recouvrait un anévrysme dont la rupture avait produit l'hémoptysie; tout à côté, se trouvait un petit vaisseau rompu, par où l'eau s'échappait également.

Ajoutons que le cœur était petit (150 grammes), sans lésions orificielles, et que la rate était très volumineuse.

Ainsi, notre malade, qui n'avait au sommet de l'un des poumons qu'une seule caverne volumineuse, présenta deux grandes hémoptysies, l'une à la fin d'octobre, la seconde le 18 novembre, déterminée par la rupture mortelle d'un anévrysme. Le sang était sorti non seulement par l'opercule détaché de la partie saillante de l'anévrysme, mais aussi, à plein canal, par une branche artérielle voisine. C'est vraisemblablement celle-ci qui avait fourni la première hémoptysie; elle s'était consécutivement remplie d'un caillot adhérent, mais qui n'avait pas résisté suffisamment et s'était détaché en dernier lieu.

La paroi de la caverne, dans la partie où se trouvait la saillie de l'anévrysme, a été durcie méthodiquement, montée dans la celloïdine et débitée en coupes destinées à l'examen microscopique.

La *figure 1* représente la disposition générale à un très faible grossissement (6 diamètres).

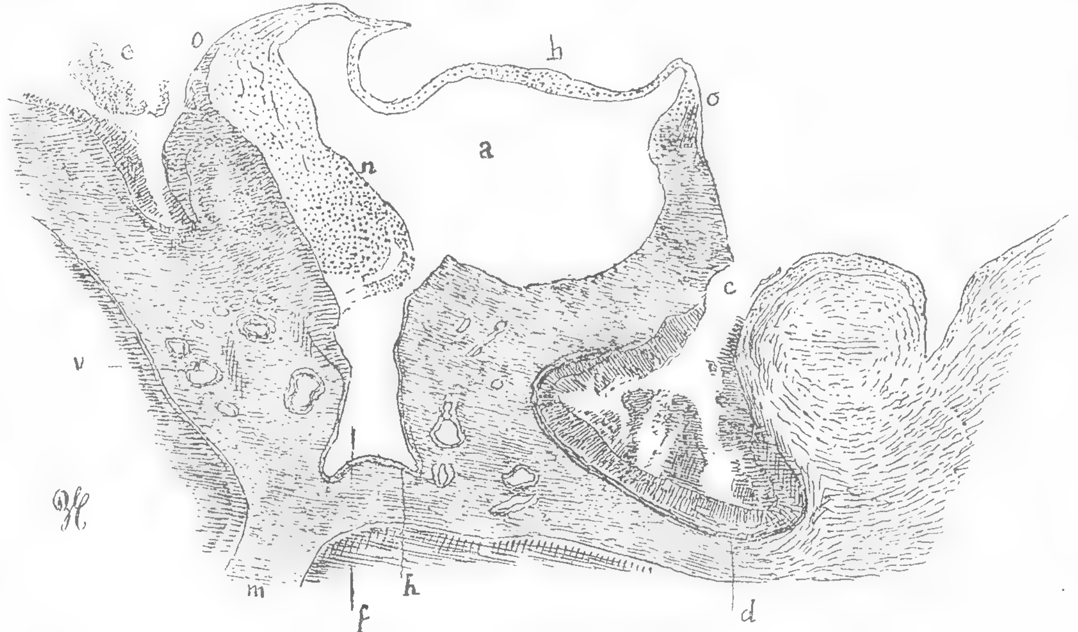


Fig. 1. — Anévrysme de caverne.

Dans ce dessin, trois branches *c*, *e*, *f* de l'artère pulmonaire, parties d'un même tronc, sont le siège de lésions; la branche *f* est transformée en un anévrysme fermé par un opercule de fibrine *b*; *o*, *o*, points où la paroi de l'artère se termine en se continuant avec la fibrine *b*; *n*, fibrine appliquée contre la paroi de l'artère; *f*, cavité vasculaire se continuant à plein canal avec la dilatation anévrysmale; *h*, membrane moyenne, élastique, de ce vaisseau; *c*, branche de l'artère remplie d'un caillot fibrineux ancien et ouverte dans la caverne; *e*, troisième branche de l'artère, comblée également par une coagulation fibrino-caséeuse; *m*, tissu conjonctif vascularisé qui entoure les trois branches de l'artère pulmonaire; *v*, vaisseaux sanguins.

On y voit, dans l'enveloppe fibreuse périphérique de l'artère pulmonaire *m*, trois branches de cette artère : une (*f*) qui s'ouvre directement dans l'anévrysme *a*, et, de chaque côté de l'anévrysme, deux autres branches artérielles (*cd*, *e*) qui sont le siège de coagulations fibrineuses. Celles-ci ne remplissaient pas complètement l'artériole *c*, laquelle débouchait directement en *c* dans la caverne elle-même et avait contribué pour sa part à l'hémorrhagie terminale.

La branche centrale *f* s'ouvre à plein canal dans une dilatation évasée *a*, limitée à sa base par la paroi modifiée de l'artériole qui fait saillie dans la caverne pulmonaire. Cette paroi artérielle s'arrête en *o o* et elle se continue là, au pôle de l'anévrysme libre dans la caverne tuberculeuse, par un mince couvercle de fibrine *b* qui adhère également en *n* à la paroi vasculaire. C'est cet opercule fibrineux *b* qui s'était rompu, avait été soulevé par la pression du sang et l'avait laissé s'échapper. La figure 1 est le dessin d'une coupe faite à côté de la rupture, en un point où la faible barrière de fibrine était conservée.

La *figure 2* représente une coupe du même

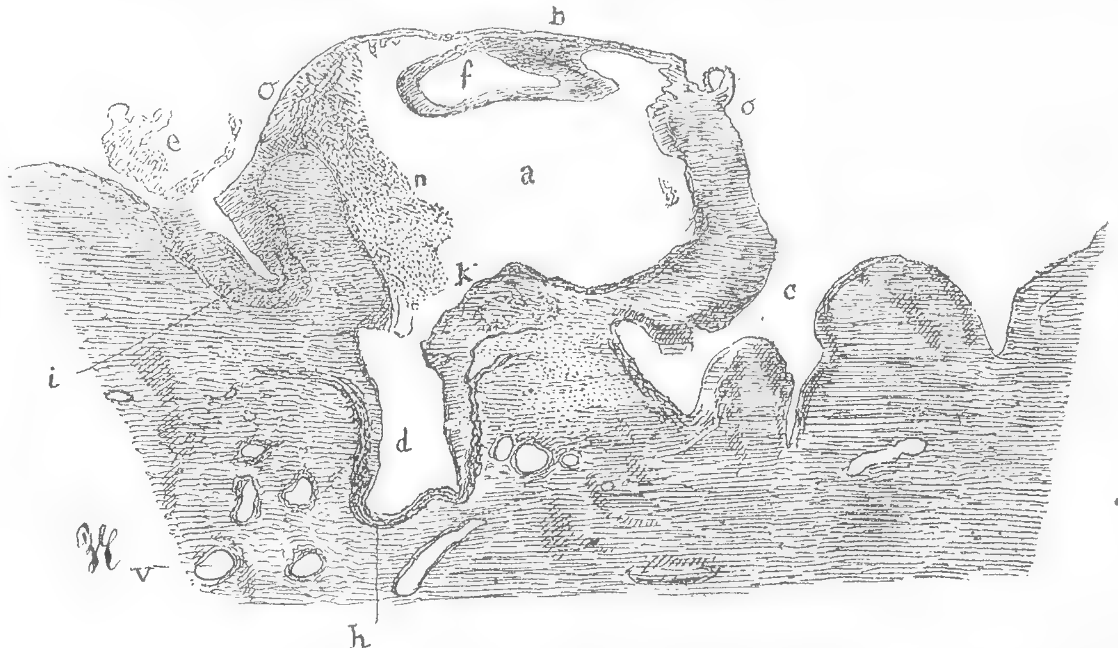


Fig. 2. — Coupe du même anévrysme de caverne.

a, cavité de l'anévrysme; *b*, son opercule, doublé d'une couche fibrineuse *f* et uni en *o*,*o* avec la paroi de l'artériole; *n*, fibrine adhérente à cette dernière; *d*, cavité de l'artériole communiquant à plein canal avec l'anévrysme; *h*, tunique moyenne dont les fibres élastiques s'évasent de chaque côté de l'artériole; *k*, surface de l'anévrysme; *c*, *e*, deux autres branches artérielles provenant du même tronc que l'anévrysme; *i*, endartérite caséeuse et caillot montrant des fibres élastiques; *v*, vaisseaux sanguins.

anévrysme *a* avec les deux branches artérielles *c*, *e* coupées pour ainsi dire par une artérite tuberculeuse ancienne et remplies de caillots caséeux. Là, le mince opercule de fibrine *b* est doublé, à l'intérieur de l'anévrysme, par un second dépôt de fibrine *f*. La branche artérielle *d*, qui s'ouvre à plein canal dans l'anévrysme, montre à sa base, en *h*, dans la partie où sa paroi est normale, sa tunique moyenne élastique. Cette tunique se dissocie de chaque côté en s'évasant, parce qu'elle est au milieu d'un tissu enflammé et tuberculeux. La limite interne de ces faisceaux élastiques détermine le bord externe de l'endartère qui s'épaissit à mesure qu'on l'examine plus près de la cavité anévrysmale. Cette endartère enflammée et tuberculeuse occupe, par exemple en *k*, un grand espace borné en dehors par les fibres élastiques de la membrane moyenne.

De même, les fibres élastiques *i*, de la branche artérielle représentée à gauche du dessin, sont au milieu et en dehors de l'endartérite caséeuse qui oblitère cette artériole.

Ainsi, dans cette observation, le premier examen à un très faible grossissement nous montre une artérite tuberculeuse portant sur trois branches émanées d'un même tronc de l'artère pulmonaire, une de ces artérioles devenue le point de départ d'un anévrysme, les deux autres oblitérées par un caillot fibrino-caséeux, la première et l'une des deux autres donnant issue à du sang.

Examinons maintenant avec de plus forts grossissements les détails de structure des diverses parties des coupes.

La section de l'opercule *b* (Voir *fig. 1* et *2*) montre un réseau de fibrine à mailles étroites et à minces fibrilles parsemée de leucocytes généralement polynucléaires, et même en voie de destruction. La fibrine est hyaline par places. Une lame tellement mince d'une substance aussi friable ne peut offrir de résistance à la pression sanguine. En se rapprochant des points d'insertion de l'opercule sur l'extrémité de la paroi artérielle *o*, *o*, on trouve quelques bacilles de la tuberculose et de très rares cellules géantes indiquant que des traces de la membrane interne du vaisseau sont restées dans l'opercule fibrineux. A l'union de la paroi vasculaire avec le couvercle fibrineux, en *o*, *o*, on peut constater qu'il existe une organisation de la fibrine analogue à celle qu'on rencontre dans les artérites et phlébites aseptiques, mais peu avancée, arrêtée dans son développement par la tendance constante des lésions tuberculeuses à se nécroser, à se caséifier. La portion de la membrane interne qui est en contact avec la fibrine en *o o* est, en effet, vascularisée, et ses vaisseaux pénètrent sur une certaine étendue dans la fibrine qui la borde, par le même mécanisme que j'ai décrit pour les artérites et les phlébites.

C'est ce que montre la *figure 4*, relative à un autre malade dont nous parlerons tantôt, où des néocapillaires *v*, *v*, *v* s'avancent de la membrane interne enflammée dans la fibrine *f* qui leur sert de soutien. Cette néoformation de capillaires est précédée par la migration des grandes cellules endothéliales ou conjonctives *c*. Mais, au lieu de se propager dans tout le caillot fibrineux et d'aboutir à une organisation solide et à la formation d'un tissu conjonctif résistant, comme cela se passe dans les artérites et phlébites aseptiques, ce processus, dans l'artérite tuberculeuse, est très limité et entravé par les foyers caséeux. Nous reviendrons bientôt sur cette réparation qui se termine par un état pour ainsi dire abortif.

La membrane interne de l'artère pulmonaire, qui forme de *o o* en *d* (Voir *fig. 2*) la paroi de l'anévrysme, et qui est partout très épaisse, renferme dans toute son étendue des cellules géantes entourées de gros leucocytes mononucléaires, disposées en foyers irréguliers avec une grande quantité de bacilles tuberculeux. Cette endartère tuberculisée est parcourue par des vaisseaux de nouvelle formation. Mais, malgré cette irrigation sanguine plus ou moins incomplète, cette membrane n'est pas assez vivante, elle est trop anormale pour fournir les matériaux d'une organisation solide de la fibrine qui se trouve en contact avec elle à la surface de la dilatation anévrysmale. Elle est assez molle pour se laisser distendre par le sang, et cela d'autant plus facilement que les fibres élastiques du vaisseau *h* s'évasent et disparaissent au niveau de la base de l'anévrysme.

Ce que nous venons de dire de la paroi anévrysmale s'applique de tout point aux lésions observées dans les deux autres branches de l'artère pulmonaire. Leur membrane interne, très épaissie, est le siège d'une endartérite tout à fait semblable, avec des cellules géantes et des bacilles. Leur lumière est en partie comblée par de la fibrine et des globules blancs; leur tunique moyenne est plus ou moins détruite ou dissociée.

La tunique externe de ces artérioles, aussi bien de celle qui est anévrysmatique que des deux autres, est tout à fait tuberculisée, en ce sens qu'elle est infiltrée de leucocytes et de cellules géantes. Les *vasa vasorum* sont dilatés et ont formé des capillaires nouveaux. Il y a beaucoup de bacilles de la tuberculose dans cette région. La zone périphérique à ces artérioles, c'est-à-dire le tissu pulmonaire induré qui est en rapport avec elles et constitue la paroi de la caverne, présente le type le plus net de la pneumonie interstitielle. Là, les cloisons pulmonaires très épaisses, infiltrées de leucocytes et de cellules pigmentées, charbonneuses, limitent des cavités étroites, tapissées d'une ou deux couches de cellules cubiques ou allongées se rapprochant de la forme des cellules cylindriques.

Si nous résumons cette première observation, nous voyons un bouquet de trois artérioles pulmonaires atteintes, dans la paroi d'une caverne, par une artérite tuberculeuse très intense qui les détruit, de la surface de la caverne qui est le siège d'une ulcération progressive, dans leurs diverses couches jusqu'à leur profondeur, laquelle est moins altérée. Comme dans toute endartérite, le sang s'est coagulé dans la lumière vasculaire de façon à l'oblitérer; mais ce caillot, au lieu de s'organiser en un tissu conjonctif solide, ainsi que cela se passe dans les artérites aseptiques, ne présente qu'une ébauche d'organisation incomplète, insuffisante pour résister à la pression sanguine. L'ulcération de la paroi artérielle en contact avec le pus de la caverne se continuant peu à peu, cette paroi s'est amincie d'abord, puis détruite en laissant à découvert une partie de la fibrine du caillot. Cet opercule de fibrine et la paroi amincie de l'artère, privée elle-même de ses fibres élastiques, sont distendus par la poussée sanguine en forme d'une dilatation anévrysmale qui se rompt à son tour en donnant lieu à l'hémoptysie terminale.

Dans le cours de cette semaine, nous avons observé, à l'autopsie d'un autre de nos malades, mort avec de grandes cavernes mais sans avoir eu d'hémoptysie, un gros anévrysme non rompu dont nous vous présentons des préparations. La poche faisait une saillie grisâtre de la grosseur du petit doigt.

La *figure 3* représente une coupe de cet anévrysme à un grossissement de 10 diamètres.



Fig. 3. — Coupe d'un anévrysme de caverne non rompu.

o, cavité de l'anévrysme dont la paroi libre est formée de fibrine dense *c*; la fibrine s'étend de *b* à *b'* : c'est en ces points que s'arrêtent les tuniques artérielles; *m*, caillot fibrineux accolé à la paroi libre de l'anévrysme; *a*, lumière de l'artère qui se continue à plein canal dans l'anévrysme; *f*, membrane interne enflammée; *v*, *v*, vaisseaux de nouvelle formation de la membrane moyenne de l'artère; *d*, tissu tuberculeux; de *c* à *n*, surface de la caverne.

La branche artérielle *a* communique à plein canal avec la cavité anévrysmale *o*. La partie saillante et libre dans la caverne comprend toute la masse *n*, *e*, *b*, *c*, *b'*. L'opercule fibrineux qui s'étend de *b* à *b'* est très épais; il avait jusqu'ici résisté à l'ondée sanguine. A ce faible grossissement, on voit des tractus épais réticulés qui ne sont autre chose que des faisceaux de fibrine, ce dont nous nous sommes assurés par tous les procédés de coloration de cette substance, et en particulier par la méthode de Weigert. Avec un fort grossissement, on y voit, entre les tractus épais, un réseau de fibrilles de fibrine très minces enserrant des leucocytes et quelques globules rouges; pas de bacilles.

Cet opercule fibrineux intact est maintenu assez solidement à ses points d'attache à la paroi artérielle, c'est-à-dire en *b* et *b'*, parce que là et dans sa continuité avec les extrémités de la paroi on observe une organisation de la fibrine qui y est pénétrée par de grandes cellules du tissu conjonctif et par des vaisseaux. C'est ce que nous avons représenté dans la *figure 4*, dessinée à 400 diamètres. Les capillaires *v*, *v* de nouvelle formation, partis de la membrane interne enflammée et tuberculisée, pénètrent dans la fibrine finement réticulée *f*, *f* qui leur sert de soutien. Cette fibrine montre aussi dans son réseau de grandes cellules de tissu conjonctif, quelques leucocytes et des globules rouges. Cette ébauche d'organisation est limitée au contact de la membrane interne artérielle soit avec le caillot qui remplit en partie la cavité anévrysmale, soit avec la fibrine de l'opercule au niveau de son insertion sur la paroi vasculaire. On voit en *a* la surface interne de la cavité anévrysmale formée par une accumulation de leucocytes mononucléaires dans la fibrine.



Fig. 4. — Organisation de la fibrine à la surface de l'endartère enflammée sur le bord de la cavité anévrysmale dessinée dans la figure précédente.

v, *v*, *v*, vaisseaux capillaires de nouvelle formation dans la fibrine *f*, *f*, *f*; ces vaisseaux possèdent un endothélium complet et la fibrine est parcourue par de grandes cellules conjonctives de nouvelle formation *c*.

La couche superficielle *a*, en rapport avec le sang contenu dans la cavité anévrysmale, est formée de fibrine au milieu de laquelle se trouvent des globules blancs mono et polynucléaires.

En étudiant la paroi conservée de l'artère, on constate que sa membrane interne est très vascularisée, en même temps qu'elle est le siège de nombreuses cellules géantes et de bacilles de la tuberculose. Sa membrane moyenne, dont les fibres élastiques sont détruites, est également vascularisée et tuberculisée.

Les détails histologiques observés à la base de l'anévrysme et au niveau de la paroi de la caverne sont les mêmes que dans la précédente observation.

Après avoir relaté ces deux faits — et nous aurions pu en citer d'autres, car les lésions d'artérite sont très communes dans les cavernes et les anévrysmes n'y sont pas rares —, je dois vous exposer comment on doit en comprendre la pathogénie.

Les anévrysmes des cavernes ont été bien décrits par Rassmussen qui leur a donné son nom; l'histologie en a été faite par M. Meyer dans le laboratoire de M. von Recklinghausen; MM. Debove et Damaschino en ont publié des observations; j'en avais examiné, de mon côté, plusieurs cas, et donné une description dans notre manuel en commun avec M. Ranvier (1). Nous avions expliqué leur production par le processus général de l'artérite envahissant les trois tuniques de l'artère; là, la tunique moyenne et résistante étant remplacée par un tissu conjonctif vascularisé et privée de son support élastique, l'artère se laissait dilater par la pression sanguine. La destruction des fibres élastiques au niveau de l'anévrysme est un fait facile à constater dans tous les cas, mais la genèse de l'anévrysme n'est pas aussi simple que nous l'avions pensé, ainsi que l'a montré M. Ménétrier dans un excellent mémoire (2). Cet auteur a fait voir que l'opercule de l'anévrysme est formé uniquement de fibrine et de substance hyaline. Nous croyons que l'hyaline décrite par von Recklinghausen et Meyer en pareil cas n'est pas autre chose que de la fibrine dont les faisceaux et fibres sont devenus hyalins, transparents, plus ou moins épais et fortement colorables par le carmin, la safranine, la fuchsine, etc. M. Ménétrier a, de plus, démontré le rôle de l'artérite tuberculeuse et de la coagulation de la fibrine intravasculaire dans la production des anévrysmes. Nous adoptons pleinement sa conception de la genèse de ces anévrysmes. Voici comment on doit la concevoir :

Une grande caverne s'est ouverte dans une bronche à la suite de la caséification et de la fonte d'une partie du poumon atteinte de tubercules et de pneumonie caséeuse. Sa surface, en pleine suppuration caséeuse, présente des travées saillantes, des tractus épais résultant de cloisons interlobulaires, de saillies artérielles et bronchiques qui ont résisté à la destruction. Les branches de l'artère pulmonaire en rapport avec la surface de la caverne se tuberculisent; des îlots tuberculeux, des cellules géantes envahissent d'abord la membrane externe d'une artériole saillante dans la caverne, puis cette lésion se propage à la tunique moyenne et à l'interne. Les fibres élastiques de la tunique moyenne sont détruites, ce qui facilite la dilatation anévrysmale de la paroi vasculaire dans le point où elle est en contact avec la surface de la caverne. La tunique interne, enflammée, épaissie, tuberculisée, montre des cellules géantes; des vaisseaux venus de la tunique interne à travers la tunique moyenne la pénètrent. Une coagulation fibrineuse remplit la cavité de l'artère. Telle est la première phase du processus.

Mais bientôt la paroi externe de ce vaisseau, qui fait partie de la surface de la caverne, qui est en contact immédiat avec le pus, se mortifie et s'élimine peu à peu; les vestiges de la membrane moyenne et l'endartère tuberculisée s'ulcèrent et sont progressivement détruits, en sorte qu'on ne trouve plus à la surface de l'anévrysme que le caillot, la fibrine coagulée dans la lumière du vaisseau.

Repoussée par la pression sanguine, cette lame de fibrine adhérente par sa circonférence extérieure à ce qui reste de la paroi artérielle tuberculisée, se bombe comme un verre de montre, s'amincit elle-même en se désintégrant à sa surface externe et finit par se rompre.

Telle est la pathogénie des anévrysmes des cavernes, qu'on doit adopter dans l'état actuel de la science.

(1) Cornil et Ranvier. Manuel d'histologie pathologiques. T. II, p. 177. Paris, 1881-1884.

(2) Ménétrier. Des anévrysmes et des lésions vasculaires tuberculeuses spécifiques dans les cavernes de la phtisie pulmonaire chronique. (*Arch. de méd. experim. et d'anat. pathol.*, janvier 1890, p. 97.)

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Sur une variété d'ulcération chronique du visage, observée au cours du tabes dorsal, par M. G. Thibierge.

L'auteur a eu récemment l'occasion d'observer un homme de soixante cinq ans, ancien syphilitique, qui entra dans son service pour des troubles oculaires (léger ptosis gauche, strabisme externe de l'œil gauche avec diplopie) et une paresthésie compliquée d'anesthésie totale au contact, à la douleur et à la température, de la moitié gauche de la face. En outre, ce malade présentait, depuis vingt-cinq ans environ, une ulcération de la narine et du vestibule gauches. Cette lésion avait débuté par un petit bouton que le patient grattait; sous l'influence de cette cause d'irritation, il se forma de petites croûtes, qui allèrent en s'étendant. Actuellement, on observe une perte de substance étalée sur la moitié postérieure de la sous-cloison, débordant de 1 à 2 millimètres sur la lèvre supérieure, à gauche de la ligne médiane, et se prolongeant dans l'intérieur de la narine correspondante, où elle dépasse à peine les limites du vestibule; sa hauteur est à peu près de 20 millimètres, sa profondeur d'un demi-millimètre; elle occupe presque exclusivement le revêtement cutané vestibulaire, et intéresse à peine la muqueuse nasale. Ses bords sont réguliers, inclinés en talus; son fond, vernissé, sécrète un peu de sérosité et donne, par frottement, un léger suintement sanguin se concrétant en croûtes brunâtres.

Les troubles de la musculature de l'œil, ainsi que les altérations de la sensibilité, permettent d'affirmer que cet homme est tabétique; mais, fait intéressant, les premiers symptômes de son tabes (diplopie, puis chute spontanée de toutes les dents) ne datent que de six ans : c'est dire qu'ils ont apparu une *vingtaine d'années* après l'ulcération en question, laquelle représenterait ainsi un trouble trophique extrêmement précoce.

Ce qui paraît confirmer cette opinion, c'est que M. Giraudeau a publié il y a quelques années une observation tout à fait analogue à celle de M. Thibierge : il s'agissait d'un tabétique syphilitique, âgé de trente-huit ans, pré-

sentant plusieurs érosions au niveau de la base du nez, des deux tiers postérieurs du lobule nasal, du bord libre des narines et du pavillon de l'oreille, ainsi que du cuir chevelu. Or, ces lésions cutanées avaient précédé de *neuf ans* toute manifestation du tabes.

Il semble donc bien que les ulcérations du visage constituent des troubles trophiques de la période préataxique, et qu'à ce titre on puisse les rapprocher du *mal perforant buccal*, bien connu chez les tabétiques; à ce point de vue, leur constatation peut n'être pas sans intérêt pour le diagnostic précoce de l'ataxie locomotrice. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, juin 1901.) — F. F.

Un cas de cirrhose cardio-tuberculeuse chez l'enfant, par MM. L. Baumel et Abadie.

Nous avons signalé récemment l'étude importante consacrée par M. Constantinoff à la cirrhose infantile d'origine cardiaque (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 183); c'est un nouveau cas de cette affection peu commune que relatent MM. Baumel et Abadie dans le présent travail.

Il s'agit d'un enfant de sept ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents personnels ni héréditaires. Les troubles avaient débuté quelques mois auparavant par des accès de fièvre qui furent considérés comme palustres: puis apparurent des symptômes de bronchite, en même temps que l'abdomen augmentait notablement de volume; enfin, les jambes et le visage enflèrent.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le petit malade était en proie à une dyspnée intense, l'empêchant de rester allongé; on notait de l'œdème et de la cyanose du visage; l'abdomen était le siège d'un épanchement abondant; les jambes, surtout la droite, étaient œdématiées. L'auscultation révélait de la submatité et des râles de congestion aux deux bases. Le pouls battait à 112, les bruits cardiaques étaient assourdis.

Après une ponction ayant permis de retirer 5 litres d'un liquide clair, citrin, transparent, renfermant de nombreux leucocytes, on put examiner le foie, qui fut trouvé très hypertrophié : il descendait bien au-dessous de l'ombilic, dépassait à ce niveau la ligne médiane de deux bons travers de doigt, et sa surface était irrégulière.

Cinq autres paracentèses furent encore pratiquées en deux mois environ, l'épanchement se reproduisant presque aussitôt; mais malgré ces ponctions, associées à un traitement énergique (régime lacté exclusif, digitale, iodure de potassium, etc.), l'état du petit malade ne fit qu'empirer; les troubles cardiaques s'accentuèrent; la matité cardiaque augmentée, les bruits du cœur de plus en plus sourds firent songer à une péricardite; la mort survint au bout de cinq mois, au milieu de phénomènes de méningite tuberculeuse. Quelques jours avant l'issue fatale, le volume du foie avait sensiblement diminué, la limite inférieure de cet organe demeurant bien au-dessus de l'ombilic.

A l'autopsie, on trouva une symphyse cardiaque, avec une granulation tuberculeuse du péricarde; le foie était assez faiblement augmenté de volume; congestionné et scléreux, il offrait les lésions du *foie cardiaque;* de fortes adhérences le rattachaient, au niveau de sa face convexe, à la paroi abdominale et au diaphragme; enfin, les méninges molles étaient recouvertes d'une couche de pus verdâtre, et il existait de la congestion et de l'œdème du cerveau. (*Nouveau Montpellier méd.*, 12 mai 1901.) — F. F.

Sur l'état atrophique de la moelle épinière dans la syphilis spinale chronique, par MM. E. Long et B. Wiki.

On peut distinguer deux formes principales de syphilis médullaire: l'une aiguë ou subaiguë, caractérisée principalement, au point de vue anatomo-pathologique, par des lésions vasculaires ou périvasculaires entraînant la formation de foyers nécrotiques; l'autre chronique, où les altérations en foyers ont moins d'importance, mais où l'on trouve un état de dystrophie lente, aboutissant à la déchéance fonctionnelle et anatomique des éléments nerveux. C'est à un cas de cette catégorie que les auteurs ont eu affaire; la moelle présentait des lésions qui, pour rentrer dans le cadre général ci-dessus indiqué, n'en offraient pas moins des particularités assez intéressantes.

Il s'agit d'un homme de cinquante-huit ans, syphilitique depuis l'âge de dix-huit ans, chez lequel les premiers symptômes de l'affection spinale s'étaient manifestés environ deux années auparavant par une sensation de lourdeur et de raideur des membres inférieurs; quatre mois plus tard apparurent des troubles des sphincters, en même temps que l'état parétospasmodique des jambes s'aggravait et s'accompagnait d'altérations de la sensibilité (hypoesthésie des jambes avec analgésie à peu près absolue); le traitement spécifique amena une amélioration passagère, mais bientôt la paraplégie devint complète, et la mort survint au vingt-sixième mois.

A l'autopsie, on constata des lésions vasculaires et périvasculaires diffuses, presque exclusivement intramédullaires, les vaisseaux pie-mériens étant à peine touchés; il existait, en outre, des altérations scléreuses en foyers multiples, mais indépendants les uns des autres et ne réalisant pas une myélite transverse; les îlots sclérosés ne se rencontraient guère que dans les quatrième, cinquième et sixième segments dorsaux; ils étaient l'origine de dégénérescence secondaire dans les cordons de Goll et les faisceaux pyramidaux croisés; enfin, la particularité la plus remarquable consistait en une diminution de volume de la moelle; cette atrophie commençait brusquement à l'origine de la moelle dorsale et se terminait, également sans transition, vers le septième segment dorsal; dans ces limites, le diamètre transversal de la moelle était très légèrement augmenté, mais son diamètre antéro-postérieur était inférieur d'un quart à un tiers à la normale.

MM. Long et Wiki estiment que, dans ce cas, les lésions vasculaires ont été primitives; leur diffusion a eu pour résultat une irrigation sanguine insuffisante de la moelle, d'où diminution de volume de cet organe, soit par dégénérescence d'éléments trop isolés pour qu'on pût les reconnaître au microscope, soit par dystrophie généralisée de la substance nerveuse. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* mars-avril 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur la spondylite consécutive à la fièvre typhoïde, par M. A. Kühn.

Le petit nombre de cas de spondylite typhoïdique publiés depuis la première observation de Quincke peut être opposé à la fréquence des autres complications osseuses de cette affection. Et encore, parmi ces faits, il en est un où l'origine dothiénentérique des troubles est douteuse, et d'autres où la spondylite n'a débuté que plusieurs mois après la guérison de la fièvre typhoïde, de sorte que le rapport entre l'affection primitive et la lésion vertébrale n'est pas nettement établi; au contraire, le cas observé par M. Kühn, à la clinique médicale de Rostock, paraît ne laisser subsister aucun doute, au point de vue tant de la nature que de la localisation de la lésion.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, ayant eu une dothiénentérie qui évolua d'une manière normale en cinq semaines et demie; huit jours après la défervescence, nouvelle période fébrile de dix jours de durée, par suite d'une thrombose de la veine fémorale droite. Vingt jours plus tard, le malade se plaint de douleurs dans la région lombaire gauche, douleurs qui cessent sous l'influence d'applications chaudes, mais pour reparaître au bout de six jours avec un redoublement d'intensité; le patient ne peut s'asseoir dans son lit ni fléchir les cuisses sans éprouver de violentes douleurs; la région lombaire gauche est sensible à la pression, de même que l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre lombaire. De temps en temps surviennent des frissons accompagnés d'une élévation de la température; plus tard, la fièvre devient continue. Un mois après le début de la complication vertébrale, on constate que les dernières vertèbres lombaires font saillie et sont douloureuses à la percussion. Cette déformation augmente rapidement et se transforme en une cyphose des deux dernières lombaires. Les réflexes patellaires sont exagérés.

A partir de ce moment, la fièvre cesse, les douleurs diminuent et, au bout de quinze jours, le malade commence à s'asseoir dans son lit. Il quitte l'hôpital trois mois après l'apparition de la spondylite, avec une cyphose lombaire accentuée; il peut marcher en s'appuyant sur une canne, mais il lui est impossible de fléchir le tronc en avant; les réflexes rotuliens sont toujours exagérés et la force musculaire des jambes est diminuée. Six semaines plus tard, il n'existe plus qu'une légère déviation de la colonne vertébrale; les fonctions des membres inférieurs et du tronc sont rétablies.

Il est probable que nombre de cas de spondylite typhoïdique ont été mis sur le compte de la tuberculose. On devra dorénavant accorder plus d'importance à la dothiénentérie dans l'étiologie de la spondylite, et se souvenir qu'un laps de temps assez long peut s'écouler entre l'infection générale et les premiers symptômes de la localisation vertébrale. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 juin 1901.) — A. J.

Ictère grave du nouveau-né, par M. W. Rühle.

L'observation qui fait l'objet de ce travail mérite d'être signalée en raison de la gravité exceptionnelle que l'ictère présenta, et aussi au point de vue des antécédents familiaux qu'on relevait chez le petit malade.

Le père était un homme robuste, indemne de toute tare héréditaire ou acquise, niant énergiquement avoir eu la syphilis. La mère avait fait trois fausses couches, outre un accouchement prématuré et trois grossesses normales. Des trois enfants ainsi nés (3 filles), l'une était vivante et bien portante; la seconde était morte d'un ictère des nouveau-nés accompagné d'hémorrhagies (au microscope, on avait trouvé dans le foie des lésions de cirrhose); la troisième vivait, mais, dès sa naissance, elle avait également failli succomber à un ictère.

Le quatrième enfant de cette famille, un garçon, semblait parfaitement constitué; néanmoins il eut, le lendemain de sa naissance, un ictère qui prit bientôt une intensité extraordinaire. On constatait en même temps de l'hypertrophie du foie, de la somnolence, une légère décoloration des matières — le méconium avait cependant offert un aspect normal — et une grande abondance de pigments biliaires dans les urines. Par contre, le pouls était assez fréquent (150 à 180 pulsations), et la température, sans être basse, ne dépassa jamais 38°6. Au bout d'une semaine, sous l'influence de quelques prises de calomel, l'ictère diminua, les selles se recolorèrent, la somnolence s'atténua, en même temps que l'hypertrophie hépatique rétrocédait.

Le cordon tomba au dixième jour; mais, une semaine plus tard, l'ombilic se mit à saigner, et ni les topiques ni le thermocautère ne purent arrêter cette hémorrhagie. On fit alors la ligature du cordon et la suture de l'ombilic par le procédé de Dubois. L'hémorrhagie n'en persistant pas moins, on pratiqua une nouvelle ligature encore plus serrée que la première. Au bout de huit jours, l'ombilic se nécrosa, non sans avoir une dernière fois laissé suinter un peu de sang. Un mois et demi après sa naissance, cet enfant, encore très affaibli, paraissait se rétablir.

Malgré les dénégations du père, l'auteur est tenté d'incriminer la syphilis comme cause de cet ictère. L'absence d'hémorrhagies par les muqueuses ou dans les cavités séreuses, ainsi que de dégénération graisseuse des viscères, excluait l'hypothèse de maladie de Buhl ou de Winckel; d'autre part, le caractère nettement biliaire de l'ictère ne permettait pas de songer à un ictère hémaphéique. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai 1901.) — R. DE B.

De la proctite hémorrhagique, par M. R. Stierlin.

Le diagnostic de la proctite hémorrhagique est souvent difficile, d'autant plus que cette affection est encore fort mal connue; à ce point de vue, l'étude de M. Stierlin nous paraît présenter un certain intérêt.

Le fait qui en a été l'occasion concerne un homme de quarante ans, qui avait depuis quatre années des pertes de sang lors de chaque défécation; il y a quelque temps survinrent des hémorrhagies très considérables; les selles

étaient fréquentes, liquides, sans ténesme, et renfermaient souvent jusqu'à un demi-litre de sang frais, mélangé à une petite quantité de mucosités. Cet homme était anémique, amaigri et présentait une légère accélération du pouls; le soir, sa température était subfébrile. L'inspection de la région anale et le toucher rectal ne révélant aucune anomalie susceptible d'expliquer les symptômes sus-indiqués, l'auteur pratiqua l'examen de la muqueuse rectale sous anesthésie générale. Il put constater que cette dernière était d'un rouge vif, d'un aspect granuleux, de consistance très molle, friable, et saignait au moindre attouchement; elle formait de nombreux plis n'offrant aucune ressemblance avec des hémorrhoïdes. Le microscope montra, dans un fragment de tissu excisé, que le revêtement épithélial était partout normal; le tissu conjonctif de la muqueuse était, au contraire, le siège d'une infiltration globo-cellulaire assez prononcée, ainsi que de nombreuses petites hémorrhagies. Il s'agissait donc d'une lésion inflammatoire.

M. Stierlin usa tout d'abord, comme topique et comme médication générale, de préparations contenant du tannin et du salicylate de bismuth, se réservant, en dernière ressource, d'établir une colostomie. Au bout de trois à quatre semaines de ce traitement, l'amélioration fut si notable que l'on put renoncer à toute intervention. Le malade quitta le service huit semaines après son entrée, complètement rétabli; trois mois plus tard, la guérison persistait.

L'auteur signale deux faits semblables, publiés l'un par M. Henoch, l'autre par M. Quénu; le premier correspond entièrement au tableau clinique que nous venons de résumer; le second s'en distingue surtout par l'existence d'un ténesme douloureux et, au point de vue histologique, par la transformation de l'épithélium cylindrique normal en épithélium pavimenteux. M. Stierlin croit que l'on peut rapprocher cette forme de proctite des hémorrhagies stomacales ou intestinales sans ulcère ni autre lésion appréciable.

Quant au traitement, l'auteur recommande avant tout l'application locale et l'administration par la bouche d'astringents, associés à un régime approprié; en cas d'insuccès, l'établissement d'un anus contre nature lui paraît indiqué. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 5-6.) — F. DE Q.

Opération césarienne pratiquée pour la troisième fois chez une naine, par M. G. WIENER.

La malade dont M. Wiener relate l'observation avait déjà subi deux opérations césariennes. A la suite de la seconde, qui datait de 1887, les plaies pariétale et utérine se désunirent et suppurèrent; une fistule utéro-abdominale en fut la conséquence. Cette fistule se tarit peu à peu, mais l'infundibulum cutané, au fond duquel elle s'ouvrait, resta toujours obstrué de croûtes épaisses; il ne s'en écoula jamais de sang au moment des règles.

Le 3 janvier 1901, on amenait d'urgence cette femme à l'hôpital; elle était pâle, exsangue, trempée de sang; de son ancienne fistule abdominale on vit jaillir, à un moment donné, un jet sanguin du calibre d'une aiguille à tricoter. L'orifice fut tamponné et l'on s'occupa tout d'abord de ranimer la malade, qui se trouvait dans un état syncopal. Un examen rapide montra de plus qu'elle était enceinte de huit mois; sa taille mesurait 1 mètre 22 et son conjugué vrai, 7 centim. $^3/_4$. Les bruits du cœur fœtal n'étaient plus perceptibles.

Dans la crainte d'une nouvelle hémorrhagie, et en raison du rétrécissement du bassin, on se hâta de procéder à une opération césarienne. L'orifice fistuleux fut fermé avec des pinces; après ouverture de l'abdomen, on s'occupa de libérer les nombreuses et solides adhérences qui unissaient l'utérus à la paroi, aux intestins et à l'épiploon. Ceci fait, la matrice fut incisée en travers sur le fond, et l'enfant, qui venait de succomber, fut facilement extrait; il pesait 2,600 grammes. L'intervention se termina par l'opération de Porro et la résection des tissus cicatriciels de la paroi abdominale, qui fut exactement suturée. Grâce à d'abondantes injections salines, la malade revint à elle et la guérison se fit sans incidents.

La paroi antérieure de la matrice enlevée mesurait 4 centim. $^1/_2$ d'épaisseur; elle était surtout formée de tissu cicatriciel; l'infundibulum cutané se continuait dans son épaisseur, mais ne communiquait nullement avec la cavité utérine. Le placenta siégeait sur cette face antérieure, et c'est à son décollement qu'on doit attribuer la violente hémorrhagie que présenta la malade. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril 1901.) — R. DE B.

Un cas d'affection intestinale due à des protozoaires, par M. GRUNOW.

L'auteur relate l'observation d'une femme de soixante et un ans, entrée à la clinique médicale de Kiel pour de l'emphysème et de la bronchite avec artériosclérose, et qui souffrait, en outre, de diarrhée revenant à intervalles périodiques; à ces moments, le ventre était ballonné et la malade avait de deux à quatre selles volumineuses par jour, sans ténesme, mais accompagnées d'un dégagement considérable de gaz.

L'examen microscopique des déjections permit d'y constater la présence d'un grand nombre de petits corpuscules sphériques qui persistèrent jusqu'à l'issue fatale — laquelle arriva plusieurs mois après —, diminuant d'abondance durant les périodes de constipation pour se retrouver en quantité considérable dès que la diarrhée recommençait.

Ces corpuscules avaient, en général, un diamètre de 6 à 8 μ; les plus grands mesuraient jusqu'à 12 ou 13 μ. Ils se composaient d'une membrane mince entourant une masse homogène verdâtre; celle-ci offrait parfois l'aspect d'une sphère régulière; mais, le plus souvent, elle était aplatie en un ou plusieurs points où il existait un léger épaississement, fortement réfringent, de la membrane. A un grossissement suffisant, on parvenait à distinguer, au sein du protoplasma, un ou deux noyaux disposés d'ordinaire à la périphérie.

Malgré une observation prolongée, on n'observa jamais dans ces corpuscules le moindre changement de forme. Ils avaient peu d'affinité pour les colorants ordinaires; seule, la fuchsine phéniquée les teignait en rouge intense. Sur les préparations décolorées par un lavage à l'alcool dilué, les noyaux apparaissaient avec netteté; en outre, le corps interne prenait un aspect réticulé.

A l'autopsie, ces mêmes corpuscules furent retrouvés non seulement à la surface de la muqueuse de l'intestin grêle, mais aussi dans les villosités intestinales elles-mêmes. Très nombreux à la pointe de celles-ci, ils devenaient plus rares à mesure qu'on s'éloignait de la surface muqueuse, et on ne les rencontrait qu'exceptionnellement au centre ou à la base des villosités. Il existait une infiltration leucocytaire diffuse.

En ce qui concerne la nature de ces corpuscules, l'auteur les considère comme des parasites appartenant probablement au groupe des coccidies. Ils offraient, en effet, des analogies incontestables avec certains de ces protozoaires, notamment avec le *Coccidium bigeminum* qu'on trouve chez le chien, le chat et le mouton; toutefois M. Grunow n'a pu constater la formation de *corps en croissant*, mode de multiplication caractéristique des coccidies. Des essais d'infection par ces corpuscules, tentés sur des chats, ne donnèrent aucun résultat. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, XLV, 1-2.) — A. J.

Les thromboses puerpérales des veines du petit bassin, par M. HEIDEMANN.

Parmi les thromboses puerpérales, il est une forme bien connue et généralement peu grave, qui débute vers le deuxième jour après l'accouchement et affecte les varices superficielles de la cuisse ou de la jambe; sur 1,200 accouchements, M. Heidemann l'a rencontrée 30 fois. Il en est une seconde variété plus grave, mais un peu plus rare — l'auteur ne l'a observée que 27 fois — où les coagulations se développent dans les veines du petit bassin. Cet accident est fréquemment associé à des infections utérines; ses commencements passent souvent inaperçus, car la fièvre manque parfois, et les thromboses qui se produisent également du côté du membre inférieur n'apparaissent guère avant la fin de la première semaine. Cependant, dès les premiers jours des couches, on remarque différents troubles ayant la valeur de prodromes et rappelant les états infectieux : céphalée, lassitude générale, asthénie cardiaque, symptômes gastriques. Il existe, en outre, de la sensibilité à la pression — soit au niveau de l'utérus, soit au niveau de l'excavation pelvienne —, du côté où se formera la thrombose; cette sensibilité s'étend jusqu'à l'arcade de Fallope, au niveau du point occupé par la veine fémorale.

En même temps survient un signe auquel M. Heidemann attribue une grande valeur : c'est le *météorisme abdominal*, dont la cause réside peut-être dans une intoxication septique partie de l'utérus et agissant sur les terminaisons nerveuses de l'intestin.

Le pronostic dépend beaucoup de l'état du cœur : au moment où se fait la thrombose, il y a généralement asthénie cardiaque; pour que la coagulation s'arrête et rétrocède, il faut que le cœur récupère son énergie; mais le météorisme a sur lui une influence fâcheuse, comme le prouvent les observations cliniques et les tracés sphygmographiques.

La nature infectieuse de ces thromboses semble incontestable; la porte d'entrée est au niveau de l'insertion placentaire; dans 4 cas, en effet, l'auteur put vérifier que les coagulations s'étaient formées du côté de l'utérus occupé par le placenta. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril 1901.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Résection de la couche adipeuse d'un ventre en besace dans un cas d'extrême obésité, par M. L. PETERS.

Les opérations dirigées contre l'obésité étant encore rares, le cas relaté par M. Peters peut aider à préciser les règles de ces interventions.

Il s'agissait, en l'espèce, d'une femme de trente-deux ans, diabétique et légèrement albuminurique. Elle n'avait commencé à grossir qu'à l'âge de vingt-deux ou vingt-trois ans; à vingt-sept ans, ses seins avaient acquis un tel développement qu'elle dut les faire enlever : à eux deux, ils pesaient environ 11 kilogr. $^1/_2$. Mais, après cette opération, le ventre se mit à augmenter de volume, si bien que la marche devint très pénible et que la malade résolut de tout tenter pour être débarrassée de son infirmité. A son entrée à l'hôpital, le ventre descendait en un large pli presque jusqu'à micuisse; à 12 centimètres au-dessus de l'ombilic, le périmètre abdominal mesurait 2 mètres; le poids du corps était de 130 kilogrammes.

L'opération, pratiquée par M. Kelly, fut exécutée de la façon suivante : on fit une première incision, transversale et sus-ombilicale, longue de 88 centimètres; de ses deux extrémités en partaient deux autres, qui se réunissaient au-dessus du pubis en dessinant une courbe convexe en bas. Tout le plan adipo-cutané compris entre ces incisions fut disséqué et enlevé jusqu'à l'aponévrose. On ferma l'immense plaie par l'affrontement des incisions courbes et de la transversale et on draina par les deux extrémités. Au cours de l'intervention, il avait fallu lier quatorze vaisseaux. La masse réséquée pesait 7,450 grammes.

A part un peu de suppuration, les suites furent simples et, grâce au régime diététique, le sucre disparut presque entièrement des urines. A sa sortie, la malade ne pesait plus que 102 kilog. $^1/_2$. Huit mois après l'opération, elle écrivit à l'auteur qu'elle allait bien, qu'elle pouvait marcher et ne se plaignait plus que d'un certain état d'irritation nerveuse. (*Ann. of Surgery*, mars 1901.) — R. DE B.

Opération césarienne chez une jeune fille de treize ans, par M J. CLARENCE WEBSTER.

Le développement intellectuel de la jeune fille qui fait le sujet de l'observation de M. Webster, était des plus médiocres; aussi ne put-on obtenir d'elle aucun renseignement. La grossesse paraissant dater de huit mois, la conception avait dû avoir lieu à l'âge de douze ans. L'examen obstétrical montra un bassin *justo minor*, dont le diamètre sous promonto-pubien mesurait 11 centimètres et le conjugué vrai 9 centim. 2. La présentation était céphalique.

Peu de jours après son admission à l'hôpital, la jeune patiente fut prise d'une hémorrhagie très abondante, avec tendances syncopales, pouls rapide et filé. Le vagin, très étroit, admettait au plus trois doigts, le col était à peine dilaté, les membranes étaient rompues; il y avait procidence du cordon; on n'arrivait à sentir aucune partie fœtale. Le toucher augmenta notablement la perte sanguine.

Comme l'utérus était tétanisé, on ne pouvait songer à une version; l'étroitesse des parties génitales aurait, d'ailleurs, rendu l'extraction impossible. Quant à l'embryotomie, elle aurait sans doute, par les manœuvres qu'elle nécessite, aggravé l'hémorrhagie. M. Webster se décida donc, séance tenante, à pratiquer l'opération césarienne. L'utérus ayant été ouvert par l'incision médiane antérieure, le fœtus fut trouvé dans une position singulière : la tête, située à droite, était fortement défléchie, le tronc était en dorso-flexion, les membres inférieurs occupaient la partie supérieure gauche de la cavité utérine. Le placenta s'insérait, pour un quart de sa surface, sur le segment inférieur, et pour le reste sur la paroi postérieure de la matrice.

La malade guérit; le fœtus, pour ses huit mois de gestation, était bien développé. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, février 1901.) — R. DE B.

Contribution à la chirurgie du rein polykystique, par M. C. Beck.

Si, en cas de dégénérescence polykystique du rein, les deux organes sont généralement atteints, il peut arriver cependant que l'un d'eux soit indemne ou ne présente que de légères altérations. En pareille occurrence, on est parfois tenté d'extirper le rein le plus malade. C'est ce que fit M. Beck chez une femme de cinquante-cinq ans, dont deux sœurs avaient déjà succombé à la dégénérescence polykystique. Le diagnostic fut posé grâce à cette donnée anamnestique : la maladie ne remontait, en effet, qu'à un an, les urines ne contenaient que très peu d'albumine, et la tumeur du rein gauche, dure au centre, fluctuante à la périphérie, en imposait pour un kyste de l'ovaire. On choisit la voie transpéritonéale pour s'assurer de l'état du rein droit; celui-ci n'ayant paru que légèrement hypertrophié et ne portant que quelques petits kystes vers son extrémité inférieure, le rein gauche fut extirpé.

Les suites immédiates de l'opération ne furent pas trop mauvaises; la quantité d'urines émise le premier jour s'élevait à 2 litres environ; elles renfermaient un peu d'albumine. Mais, au huitième jour, la diurèse commença à être insuffisante et la patiente mourut d'urémie onze jours après l'opération.

A l'autopsie, on s'aperçut que le rein droit avait considérablement augmenté de volume; son extrémité inférieure contenait de nombreux kystes. L'accroissement de travail qui lui était imposé depuis l'ablation du rein gauche avait sans doute déterminé une néphrite interstitielle aiguë. L'organe enlevé mesurait 28 centimètres de haut et pesait près de 1,400 grammes; rien qu'à sa surface, on pouvait compter une centaine de kystes. (*Annals of Surgery*, février 1901.) — R. DE B.

Fibromyome de l'urèthre, par M. H. G. Wetherill.

Chez une femme de quarante-huit ans, se plaignant d'un « prolapsus » qui gênait la marche et provoquait une rapide sensation de lassitude, M. Wetherill découvrit, à l'extrémité antérieure de la colonne antérieure du vagin, une tumeur longue de 9 centimètres et large de 5 centimètres, qui proéminait hors du vagin et débordait un peu la vulve; le méat urinaire s'ouvrait au voisinage de l'extrémité supérieure de cette masse. Il ne s'agissait ni de cystocèle ni d'uréthrocèle, comme on s'en assurait aisément en introduisant une sonde par le méat.

L'opération eut pour but d'énucléer le néoplasme en respectant le canal uréthral. Mais la tumeur adhérait à toute la paroi inférieure et aux côtés de l'urèthre, de sorte qu'après dissection il ne restait plus, par place, que la muqueuse; celle-ci fut même légèrement perforée. On procéda à une restauration aussi complète que possible du canal, puis une sonde fut mise à demeure. Il ne s'en forma pas moins une fistulette uréthrale qui nécessita une opération secondaire.

La malade, depuis l'intervention, présente de l'incontinence urinaire. Le néoplasme enlevé — un fibromyome développé dans la couche musculaire de l'urèthre — jouait, en effet, le rôle de sphincter. Pour parer à cette infirmité, la patiente fait usage d'un pessaire qui comprime la paroi postérieure de l'urèthre et empêche ainsi les urines de s'écouler. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janvier 1901.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Deux cas de résection de tout le lobe gauche du foie pour néoplasmes, par M. G. Filippini.

Malgré les progrès de la chirurgie moderne, les observations de résection étendue de la glande hépatique sont encore rares; aussi ne paraît-il pas sans intérêt de signaler les deux faits relatés par M. Filippini dans le présent travail.

Le premier concerne une femme de trente-deux ans qui présentait une volumineuse tumeur de la région épigastrique, descendant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et empiétant latéralement sur les hypocondres; de forme sphérique et de surface lisse, ce néoplasme, gros comme une tête d'adulte, avait une consistance uniformément élastique; on le décomposait, par la palpation bimanuelle attentive, en deux portions, l'une antérieure, l'autre postérieure, réunies inférieurement; il était parfaitement mobile, mais ne pouvait être refoulé vers le haut; la percussion révélait à son niveau une matité se continuant avec celle du foie.

A l'opération, on reconnut qu'il s'agissait d'un angiome caverneux de tout le lobe hépatique gauche; cette tumeur n'ayant pas contracté d'adhérences avec les organes voisins, il fut facile de l'attirer hors de la cavité abdominale; néanmoins, sa libération complète nécessita la section des ligaments falciforme et coronaire jusqu'au sillon longitudinal gauche; on vit alors que la masse caverneuse était rattachée au reste du foie par une sorte de pédicule large de 15 centimètres environ et haut de 4 à 6 centimètres. Ce pédicule fut étreint près de sa base — c'est-à-dire dans le voisinage du hile hépatique — par un lien élastique préalablement distendu, puis sectionné à trois travers de doigt au-dessus de la ligature; le moignon fut réuni d'abord au péritoine, ensuite aux plans superficiels; on retira le lien élastique le huitième jour. Le seul incident de la convalescence fut une abondante émission de bile par la plaie, le lendemain de l'ablation de la ligature. L'opérée put se lever au bout de vingt jours et quitter l'hôpital quelques semaines après, entièrement rétablie.

Le second fait est relatif à un homme de soixante-deux ans, de santé générale assez précaire, qui ne s'était aperçu qu'un mois auparavant, à la suite d'une attaque de grippe, de la présence d'une tuméfaction épigastrique rapidement croissante. Quand ce malade entra dans le service de M. Filippini, on remarquait un soulèvement général de tout l'épigastre avec proéminence plus marquée sous l'arc costal droit; la palpation permettait de reconnaître une tumeur peu mobile, ayant les dimensions d'une tête d'enfant, occupant en largeur tout l'espace compris entre les deux lignes mamelonnaires, et descendant presque jusqu'à l'ombilic; sa surface était bosselée et irrégulière, sa consistance dure en général, mais molle, presque fluctuante, au niveau des bosselures; la zone de matité obtenue à la percussion de ce néoplasme ne pouvait être délimitée d'avec celle du foie.

Le début de l'opération fut exactement le même que dans le cas précédent : débridement des ligaments falciforme et coronaire, hernie de la tumeur hors de l'abdomen et ligature élastique du pédicule; mais celui-ci ne fut pas sectionné, et l'on se contenta de suturer les divers plans de la paroi au pédicule, au-dessous de la tumeur simplement rendue extra-péritonéale. Ce n'est qu'au troisième jour qu'on pratiqua l'ablation du néoplasme, lequel était en grande partie sphacélé. Autant qu'on put s'en rendre compte, il s'agissait d'un carcinome avec dégénérescence kystique.

Le patient se rétablit d'abord et put quitter l'hôpital, mais il succomba au bout de quelque temps aux progrès de la cachexie; à la nécropsie, on constata que le lobe droit du foie était atteint à son tour. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 5.) — F. F.

Le chimisme gastrique selon les différents repas d'épreuve, par M. G. Memmi.

Depuis longtemps on a fait observer combien le taux de l'acide chlorhydrique du suc gastrique est diversement évalué par les auteurs : ces différences sont telles qu'un suc gastrique considéré comme hypochlorhydrique par un clinicien sera jugé hyperchlorhydrique par un autre; en effet, les chiffres indiqués comme normaux varient du simple au double en ce qui concerne les valeurs *minima*, du simple au quadruple pour les valeurs *maxima*.

M. Memmi a essayé de trouver la raison de ces divergences, aussi fâcheuses au point de vue nosographique que thérapeutique. Certains expérimentateurs ayant remarqué que les substances albuminoïdes paraissent fixer l'acide chlorhydrique du suc gastrique, il s'est demandé si les variations en question ne dépendraient pas des différences de composition des repas d'épreuves les plus usités, dont quelques-uns sont en majeure partie formés d'albuminoïdes (G. Sée, Ferrannini), tandis que d'autres en sont complètement ou presque complètement dépourvus (Ewald-Boas, Talma-Troller). Ses recherches lui ont montré le bien fondé de cette supposition, car, d'une façon générale, il a vu qu'après l'ingestion d'un repas du premier groupe la *cryptochlorhydrie* domine, alors que la *phanérochlorhydrie* est à peu près constante quand on a eu recours à un repas de la seconde catégorie.

Nous ne pouvons donner ici le détail des expériences de M. Memmi, qui ont porté sur 26 malades du service de M. le professeur V. Patella, à Sienne. A titre d'exemple, nous citerons une chloro-anémique chez laquelle, avec le repas de G. Sée, l'acidité totale fut trouvée égale à 4.33 ‰; avec le repas d'Ewald, elle n'était plus que de 1.82 à 1.97 ‰; enfin elle tomba à 1.005 ‰ avec le repas de Talma-Troller. Chez une autre femme, atteinte d'hystérie, ces chiffres furent respectivement de 4.65, de 3 80 et de 2.25 ‰; chez une troisième, hystéro-épileptique, de 3.65, de 1.095 et de 0.511 ‰, et ainsi de suite.

La conclusion pratique qui découle de ces recherches, c'est que, pour se faire une idée exacte du chimisme gastrique dans un cas donné, il faut employer non pas un seul repas d'épreuve, mais plusieurs, appartenant à des types différents.

Signalons, en terminant, que chez 16 sujets porteurs de cancers gastriques, l'auteur a fait l'examen bactériologique du contenu de l'estomac, afin de vérifier, d'une part, si la présence de sarcines doit faire rejeter le diagnostic de cancer gastrique, et, d'autre part, si l'existence de bacilles filiformes est pathognomonique des mêmes tumeurs, ainsi qu'on l'a soutenu (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 74-75). Les résultats de cette nouvelle série d'expériences furent également défavorables à l'une et à l'autre de ces deux hypothèses par trop absolues, car M. Memmi a pu s'assurer, d'abord que sarcines et bacilles filiformes coexistent parfois, ensuite que les sarcines peuvent être rencontrées dans l'estomac de sujets atteints de cancer gastrique, enfin que les bacilles filiformes peuvent faire défaut chez les mêmes malades. (*Riforma med.*, 14, 15 et 16 mai 1901.) — F. F.

Influence du salol sur la production de la diazo-réaction dans la fièvre typhoïde, par MM. U. Baccarani et A. Cevidalli.

Au cours de recherches sur la fréquence de la diazo-réaction dans la fièvre typhoïde, les auteurs ont eu l'occasion d'observer un dothiénentérique chez lequel cette réaction, jusque-là manifeste, cessa de se produire vingt-quatre heures après l'administration de 3 grammes de salol; les urines de ce sujet, bien entendu, donnaient alors par le perchlorure de fer la coloration violette caractéristique du salol. Frappés de ce fait, ils firent ingérer du salol à 5 autres typhoïdiques présentant une diazo-réaction évidente; dans ces cas également cette réaction diminua d'intensité ou disparut même tout à fait sous l'influence du médicament en question.

On pourrait supposer que la présence de salol dans l'urine empêche simplement l'apparition

de la teinte rouge qui constitue la diazo-réaction. Mais cette hypothèse ne saurait être acceptée, car MM. Baccarani et Cevidalli ont pu s'assurer que des urines de dothiénentériques, additionnées de salol en solution alcoolique ou aqueuse, ou encore mélangées à des urines de sujets ayant absorbé du salol, donnent très nettement la diazo-réaction, bien que réagissant au perchlorure de fer.

Aussi, les auteurs estiment-ils que le salol agit en pareille occurrence en empêchant dans l'organisme la formation des substances, encore indéterminées, productrices de la diazo-réaction. (*Clinica med. italiana*, mars 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS RUSSES

Un cas rare de calculs intestinaux, par M. E. Chvalbé.

La littérature médicale ancienne est assez riche en observations d'entéro-lithiase, mais la plupart de ces cas se rapportent en réalité à des erreurs de diagnostic, les prétendus entérolithes n'étant que des calculs biliaires chassés dans l'intestin. Et si on laisse de côté cette catégorie de faits, ainsi que les faux calculs intestinaux ou coprolithes, on voit que les entérolithes vrais, assez fréquents chez les ruminants, se rencontrent très rarement chez l'homme : le cas publié par M. Chvalbé est le seul qu'on ait observé sur un total d'environ 100,000 malades reçus pendant ces dix dernières années à l'hôpital Catherine de Moscou.

Les entérolithes vrais sont, la plupart du temps, d'origine *endogène* et relèvent des mêmes facteurs étiologiques que la cholélithiase et la néphrolithiase (troubles des échanges organiques, diathèse urique, arthritisme, etc.). Beaucoup plus rares sont les calculs intestinaux d'origine exclusivement *exogène*, qui se forment à la suite de l'usage plus ou moins prolongé de la craie, de l'argile, du charbon, de la chaux et d'autres substances analogues, ingérées surtout par les hystériques et les psychopathes.

Le fait relaté par M. Chvalbé, et qui appartient au second groupe d'entérolithes, concerne une femme de soixante-huit ans admise à l'hôpital avec tous les symptômes d'une péritonite aiguë: ballonnement du ventre avec sensibilité extrême à la pression, cyanose de la face et des extrémités, algidité, pouls incomptable, etc. Le palper dénotait, dans la fosse iliaque gauche et le long du côlon transverse, la présence de masses dures. On eut recours à l'entéroclyse, qui amena l'expulsion de cinq boulettes abondamment recouvertes de mucus. Après avoir, à l'aide d'une solution de bicarbonate de soude, débarrassé ces boulettes des mucosités, on put se rendre compte qu'elles étaient presque complètement blanches, d'une dureté de pierre; sous l'influence de l'écrasement, elles se réduisaient en miettes. Le microscope montra qu'il s'agissait de masses exclusivement minérales, ne renfermant aucun élément organisé d'origine animale ni végétale. Enfin, un fragment de ces concrétions, traité par une solution faible d'acide azotique, donnait un dégagement abondant d'acide carbonique, d'où l'on tira la conclusion qu'on se trouvait en présence de calculs intestinaux constitués surtout par des carbonates, très probablement par de la craie.

La malade ne tarda pas à succomber, et l'autopsie permit de vérifier le diagnostic établi pendant la vie : dans le gros intestin, distendu et à parois très amincies, on trouva trente-cinq concrétions ayant la grosseur d'une prune et une dizaine de calculs dont le volume ne dépassait pas celui d'une noisette. L'intestin grêle était également rempli de concrétions, mais beaucoup plus petites (de la grosseur d'un petit pois), et, enfin, l'estomac contenait une masse semi-liquide, d'apparence calcaire. Ce dernier fait indiquait que la patiente avait ingéré, la veille même de son admission à l'hôpital, de la craie. L'interrogatoire des parents fit connaître que, depuis quelques années, la malade avait toujours mangé de la craie en quantité considérable. (*Méd. Obozr.*, mars 1901.) — L. CH.

Tumeurs des tubercules quadrijumeaux et leur diagnostic différentiel d'avec les tumeurs du cervelet, par M. V. Nissen.

Le présent mémoire est basé sur l'étude de 5 cas (dont 3 avec autopsie) de tumeurs caséeuses des tubercules quadrijumeaux, observés chez des enfants dont l'âge variait d'un an et demi à cinq ans. Quatre de ces tumeurs s'étaient étendues aux pédoncules cérébraux et à leur calotte; la cinquième n'occupait que la partie supérieure du mésocéphale, c'est-à-dire les tubercules quadrijumeaux proprement dits.

Après avoir rappelé la multiplicité et la diversité des symptômes auxquels donnent lieu les néoplasmes des tubercules quadrijumeaux, en raison de la situation topographique de cette région qui sert en quelque sorte d'intermédiaire entre le cerveau, le cervelet et la protubérance, l'auteur insiste sur la nécessité qu'il y a de démêler soigneusement ce qui revient, dans ce tableau clinique complexe, aux symptômes en foyer, d'une part, et aux symptômes diffus, d'autre part. Toutefois, il ne croit pas pouvoir souscrire à l'opinion de M. Nothnagel, d'après lequel la démarche titubante (surtout lorsqu'elle constitue la manifestation initiale de l'état morbide) et l'ophtalmoplégie bilatérale seraient les seuls signes pathognomoniques des tumeurs des tubercules quadrijumeaux. En effet, chez un des malades de M. Nissen, ces deux phénomènes avaient fait complètement défaut et, cependant, l'autopsie montra l'existence d'une tumeur limitée exclusivement aux tubercules quadrijumeaux. Aussi l'auteur estime-t-il qu'en vue d'un diagnostic topographique rationnel il convient de distinguer trois régions fonctionnellement différentes : les pédoncules cérébraux, leur calotte et, enfin, les tubercules quadrijumeaux proprement dits.

La lésion des pédoncules cérébraux (avec le faisceau pyramidal) se manifeste par une paralysie des extrémités du côté opposé, accompagnée de rigidité et de contractures. Cette paralysie est naturellement bilatérale quand la tumeur dépasse la ligne médiane et intéresse les deux pédoncules à la fois. Un néoplasme siégeant au niveau du toit des pédoncules cérébraux donne lieu à la paralysie des muscles internes et externes de l'œil innervés par le nerf moteur oculaire commun, et parfois aussi à la paralysie du nerf pathétique. Il s'y ajoute des troubles de la marche affectant la forme de l'ataxie cérébelleuse, sans qu'on puisse cependant accorder à ce symptôme la même valeur diagnostique qu'à l'ophtalmoplégie. En ce qui concerne, enfin, les petites tumeurs n'occupant que les tubercules quadrijumeaux, il paraît, pour le moment, difficile de leur assigner un signe pathognomonique, et il est probable qu'elles restent plus d'une fois complètement méconnues. Toutefois, en se basant sur un des cas qu'il a eu l'occasion d'observer, M. Nissen est porté à admettre que les lésions des tubercules quadrijumeaux seuls se manifestent particulièrement par des troubles de la sensibilité et des douleurs irradiant vers la portion dorsale du rachis, ce qui cadrerait assez bien avec l'opinion d'après laquelle le ruban de Reil se terminerait, en partie, dans les tubercules quadrijumeaux antérieurs. Les troubles de l'ouïe — en particulier, la diminution de l'acuité auditive — relèveraient, dans une certaine mesure, des altérations des tubercules postérieurs, mais il est probable que les corps genouillés jouent un rôle important dans leur production.

A côté de ces symptômes de lésions en foyer, il est nécessaire, au point de vue du diagnostic différentiel entre les tumeurs des tubercules quadrijumeaux et celles du cervelet, de tenir compte de certaines particularités que présentent, suivant le cas, les phénomènes communs à tous les néoplasmes de l'encéphale. C'est ainsi que la céphalalgie, qui chez les sujets atteints d'une tumeur cérébelleuse affecte toujours la nuque, est moins tenace et plus inconstante, comme siège, lorsqu'il s'agit d'un néoplasme des tubercules quadrijumeaux. Avec la première de ces localisations, les vomissements se répètent très fréquemment pendant toute la durée de l'affection, tandis qu'avec la seconde ils se montrent principalement au début pour devenir très espacés ou même disparaître tout à fait au cours de l'évolution de la maladie et faire de nouveau leur apparition peu avant la mort.

Mais c'est surtout l'état du fond de l'œil et celui de la vue qui fournissent des éléments importants pour le diagnostic différentiel. Le strabisme, peu prononcé dans les tumeurs du cervelet, où il semble dû plutôt à une parésie des muscles de l'œil qu'à une véritable paralysie, est au contraire très accentué en cas de néoplasme des tubercules quadrijumeaux, où l'on a affaire à des ophtalmoplégies nucléaires graves. Quant à l'examen du fond de l'œil, il n'a décelé qu'une fois sur cinq l'existence d'une névrite optique, et encore cette lésion se trouvait-elle sous la dépendance d'un exsudat séreux occupant la base du cerveau, et notamment la région du chiasma. Par contre, chez les malades porteurs d'une tumeur du cervelet que M. Nissen a eu l'occasion de soumettre à l'examen ophtalmoscopique, il a toujours noté soit une névrite, soit une atrophie du nerf optique. Fait intéressant, l'œdème papillaire par compression s'observe très rarement chez les enfants. En ce qui concerne l'acuité visuelle, elle diminue de bonne heure et assez rapidement dans les tumeurs cérébelleuses, où il n'est pas rare de rencontrer même la cécité complète, tandis que les lésions des tubercules quadrijumeaux laissent la vision longtemps intacte. Aussi l'auteur est-il d'avis que les troubles visuels ne sont nullement sous la dépendance directe des altérations des tubercules quadrijumeaux et peuvent faire défaut tant que le néoplasme reste limité à cette portion de l'encéphale, comme cela a lieu chez les enfants, auxquels leur crâne élastique et incomplètement soudé permet de résister assez bien à l'augmentation de la pression intracrânienne. Par contre, dans les tumeurs du cervelet, les modifications du fond de l'œil et les troubles de la vision, plus précoces et très fréquents, paraissent tenir sinon directement à la lésion du tissu cérébelleux lui-même, du moins au voisinage des plexus choroïdes, du trou de Magendie et des angles latéraux du sinus rhomboïdal, et à la compression exercée sur ces parties par le cervelet augmenté de volume.

En terminant, M. Nissen insiste sur la multiplicité des tumeurs caséeuses du cerveau chez les enfants : d'après ses observations, on rencontrerait, jusqu'à l'âge de quatre ans, deux fois plus souvent des tubercules multiples que des tubercules isolés. Dans un cas, il a trouvé, à l'autopsie, 23 tubercules plus ou moins volumineux. Ces néoplasmes multiples semblent se localiser aux parties du cerveau qui présentent des relations anatomiques et fonctionnelles étroites entre elles et avec le siège de la lésion primitive, notion qui — si elle est confirmée par les recherches ultérieures — pourrait avoir une certaine importance pratique au point de vue du diagnostic et, au besoin, de l'intervention opératoire. (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, mars et avril 1901.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Épidémie de poliomyélite antérieure aiguë, par M. Ch. Leegaard.

La théorie infectieuse de la poliomyélite aiguë ne repose jusqu'ici — à part deux épidémies survenues à Stockholm — que sur de rares preuves, peu démonstratives. L'épidémie relatée par M. Leegaard, la plus considérable de celles qu'on ait encore observées, car 54 sujets furent atteints, comble en partie cette lacune.

L'épidémie en question eut pour théâtre la province de Bratsberg (Norvège) et envahit successivement 6 districts sur les 8 dont se compose cette province; elle débuta sur la côte et gagna progressivement l'intérieur en suivant les routes les plus fréquentées; les deux districts indemnes sont les plus éloignés de la mer. Dans chaque district apparaissaient d'abord quelques cas isolés, puis, au bout d'un mois ou deux, l'épidémie atteignait son apogée. C'est aux mois d'août, de septembre et d'octobre que la morbidité fut le plus élevée.

Des remarques faites par l'auteur, il semble résulter qu'après la première semaine les malades ne sont plus guère contagieux; mais l'agent infectieux peut conserver longtemps sa virulence, bien qu'il ne paraisse pas survivre à l'hiver. L'incubation ne dure que quelques jours, parfois même vingt-quatre heures seulement. Au point de vue de l'âge, M. Leegaard signale deux maximums de fréquence : l'un avant quatre ans, l'autre de quinze à dix-neuf; au-delà de trente ans, la maladie serait exceptionnelle.

Le sexe masculin fut un peu plus frappé que le sexe féminin (57.4 % contre 42.6 %). La coexistence de petites épidémies d'ictère, de gastro-entérites, de diarrhées, de choléra *nostras*, et le fait que plusieurs malades présentèrent des symptômes gastro-intestinaux marqués, plaident en faveur de l'infection par les voies digestives. En dehors des troubles intestinaux, le refroidissement paraît être le seul facteur étiologique de quelque importance. Comme dans toute épidémie, on observa des formes frustes simplement caractérisées par des symptômes généraux ou digestifs et par des douleurs ou une sensation particulière de lassitude du côté des membres.

La maladie se termina par le retour parfait à la santé chez 12 sujets, soit dans 22.22 % des cas; 10 malades (18.52 %) guérirent mais restèrent plus ou moins impotents; 30 individus (55.55 %) demeurèrent presque complètement infirmes du fait de paralysies; enfin la mortalité fut de 3.70 % (2 décès). (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, avril 1901.) — R. DE B.

Fistule urétéro-utérine congénitale; néphrectomie; guérison, par M. J. SCHOU.

Les exemples de fistules urétérines chez la femme sont déjà nombreux, mais le cas relaté par M. Schou paraît encore sans précédent.

Il concerne une fillette de onze ans, présentant, depuis l'âge de trois ans, de l'incontinence diurne des urines. La fétidité du liquide urinaire faisait songer à une cystite, mais l'échec répété du traitement usuel en pareil cas, ainsi que l'inflammation des parties génitales externes, amenèrent tout d'abord l'auteur à prescrire des injections vaginales. Une sonde ayant été introduite à cet effet dans le vagin, on ne fut pas peu surpris d'en voir sortir de l'urine. Les jours suivants, en sondant la jeune malade avant son lever, on put retirer, soit de la vessie, soit du vagin, une égale quantité d'urine : 150 grammes environ.

A l'examen cystoscopique, la vessie paraissait normale; le cathétérisme de l'uretère, facile à droite, fut impossible à gauche : la sonde pénétrait bien dans l'orifice, mais s'arrêtait presque aussitôt. L'exploration vaginale, naturellement fort difficile, n'apprit rien jusqu'au jour où l'on saisit le col avec une pince pour l'attirer à la vulve : on vit alors l'urine sourdre directement du museau de tanche. On en conclut qu'il s'agissait d'une fistule de l'uretère gauche, ouverte dans l'utérus.

Une laparotomie fut commencée, dans le but d'aboucher l'uretère gauche dans la vessie; mais l'étroitesse du bassin, la gracilité de l'uretère et, par suite, l'impossibilité de le suivre, firent abandonner le plan primitif. L'abdomen fut alors refermé et le rein gauche extirpé par voie lombaire; cette fillette guérit parfaitement. Le rein enlevé était sain. (*Ugeskrift for Læger*, 8 mars 1901.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Prothèse chirurgicale au moyen d'injections de gélose.

Au cours de recherches sur le traitement des plaies pénétrantes du thorax, un chirurgien américain, M. le docteur S. P. Kramer (de Cincinnati), a pu se rendre compte qu'une solution contenant 4 parties d'agar dans 100 parties d'eau salée à 7 ‰, introduite dans la cavité thoracique à la température de 42°, ne tarde pas à se solidifier et constitue un excellent moyen de prothèse, tout en favorisant la régénération du tissu conjonctif. Les expériences instituées par notre confrère sur des animaux ont montré que, déjà au bout de quarante-huit heures, la masse injectée perd son aspect gélatineux et ressemble à un de ces caillots qui se forment dans le cœur pendant la période agonique; l'examen microscopique fait voir que cette masse est infiltrée d'un grand nombre de petites cellules rondes. Au fur et à mesure que cette infiltration s'accentue, des adhérences s'établissent entre le bloc d'agar, d'une part, et les parois thoraciques et le poumon, d'autre part. Au niveau de ces adhérences, on voit bientôt apparaître des vaisseaux de néoformation et finalement, au bout de trente à quarante jours, la gélose se trouve remplacée par du tissu conjonctif, en vertu d'un processus histologique qui rappelle, de tout point, l' « organisation » du caillot dans la thrombose. La masse injectée, qui sert en quelque sorte de charpente au travail progressif de l'édification connective, finit par se dissocier sous l'influence de l'activité des cellules migratrices et des phagocytes, comme c'est le cas pour le caillot dans le thrombus.

Chez plusieurs sujets porteurs d'une hernie inguinale, M. Kramer a réussi à oblitérer l'orifice herniaire au moyen d'injections de gélose. Ces interventions sont, il est vrai, encore trop récentes pour qu'on puisse, d'ores et déjà, considérer la guérison comme définitive, mais le fait ne méritait pas moins d'être signalé, et cela d'autant plus que le procédé en question pourrait également être appliqué au traitement de certains anévrysmes, de l'hydrocèle, des cavités tuberculeuses, etc.

Il va sans dire que le liquide à injecter doit être, au préalable, soigneusement stérilisé et que la petite opération demande à être effectuée avec toutes les précautions usuelles d'asepsie. La gélose peut être introduite dans les tissus à la température de 40°, pourvu qu'on ait eu soin de faire tiédir la seringue, faute de quoi le liquide se solidifierait rapidement à l'intérieur de l'instrument et en empêcherait le fonctionnement.

Traitement du lupus par un procédé simplifié de photothérapie.

Le traitement du lupus vulgaire par les rayons chimiques concentrés, tel qu'il a été préconisé par M. le docteur N. R. Finsen (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 466-468), présente, de l'aveu même de son promoteur, le défaut d'agir très lentement. De plus, il nécessite une installation spéciale et reste inapplicable dans les cas où les lésions siègent sur les muqueuses. Or, d'après un confrère russe, M. le docteur A. V. Minine (de Saint-Pétersbourg), il existe un procédé photothérapique exempt de ces inconvénients et qui consiste tout simplement à utiliser la lumière d'une lampe à incandescence de la force de cinquante bougies, munie d'une ampoule en verre bleu et d'un réflecteur. Cette lampe doit être placée à une distance d'environ 70 centimètres et de façon que les rayons lumineux tombent sur la surface malade perpendiculairement. Les séances ont lieu tous les jours et durent de dix à quinze minutes; toutefois, dans les cas où le traitement donne lieu à un prurit intense, il est préférable d'espacer les applications, en prolongeant d'environ un quart d'heure la durée de chacune d'elles.

Ce procédé, simple et peu dispendieux, offrirait l'avantage d'agir très rapidement : c'est ainsi que M. Minine a obtenu, dans l'espace d'un mois, la guérison complète (et qui remonte déjà à un an et demi) d'un lupus de la joue gauche ayant envahi la muqueuse buccale. Dans un autre cas où l'infiltration des parties molles de la face était tellement prononcée que le malade éprouvait la plus grande difficulté à ouvrir la bouche, deux séances de photothérapie suffirent à rendre la déglutition facile et indolore et à amener une amélioration qui ne fit que s'accentuer dans la suite.

Emploi de la solution alcoolique de savon pour la désinfection des instruments tranchants.

Le procédé le plus pratique de stérilisation des instruments métalliques consiste, comme on le sait, à les maintenir pendant quelques minutes dans une solution bouillante de carbonate de soude à 1 %. Toutefois, cette sorte de coction offre l'inconvénient de détériorer les instruments tranchants délicats, tels que bistouris fins, aiguilles, etc. Aussi M. le docteur J. H. Polak (d'Amsterdam) s'est-il demandé s'il ne conviendrait pas de substituer à l'ébullition la solution alcoolique de savon, dont M. le docteur von Mikulicz, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Breslau, se sert pour obtenir l'asepsie du champ opératoire et des mains du chirurgien (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 216). Les recherches bactériologiques instituées par M. Polak ont montré que la solution alcoolique de savon possède un pouvoir bactéricide supérieur à celui de l'alcool, sans compter qu'elle constitue un excellent moyen de nettoyage mécanique. Cela étant, M. le docteur Straub, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine d'Amsterdam, n'a pas hésité à adopter la teinture de savon dans son service. Depuis plus de six mois, il emploie exclusivement ce liquide pour la désinfection des instruments tranchants, sans avoir remarqué le moindre inconvénient. Après chaque opération, on plonge les instruments dans la solution savonneuse pendant un quart d'heure au moins et on procède ensuite à leur nettoyage. Avant l'intervention, on laisse de nouveau séjourner les instruments dans la teinture de savon, puis on les essuie soigneusement avec un linge stérilisé; pour les débarrasser complètement du savon, on peut finalement les faire passer dans de l'alcool à 50° ou encore dans une solution aseptique d'acide borique.

Cette manière de procéder présente l'avantage de ne pas émousser les tranchants des instruments et de pouvoir être facilement mise en pratique même dans les conditions où l'ébullition est plus ou moins difficile à réaliser (pratique rurale, policliniques, etc.).

Les applications d'acide phénique pur contre les brûlures.

L'idée de traiter les brûlures par des cautérisations à l'acide phénique pur paraît, à la première vue, tellement paradoxale que, quoiqu'elle ait été émise il y a déjà quelques années, elle n'a guère trouvé jusqu'à présent de partisans prêts à la mettre en pratique. Or, d'après un médecin américain, M. le docteur O. L. Muench (de Washington) — qui s'était d'abord montré lui-même fort sceptique à l'égard de ce moyen thérapeutique —, dans les cas de brûlures traités par l'acide phénique pur la guérison surviendrait beaucoup plus rapidement que sous l'influence de toute autre médication, et cela sans que le patient éprouvât les douleurs intenses qui accompagnent habituellement ces accidents. En vertu de l'action analgésiante que l'acide phénique exerce sur les extrémités nerveuses, les sensations douloureuses se trouveraient amendées dès la première application; de plus, en déterminant la coagulation des transsudats séreux, la cautérisation mettrait la surface brûlée à l'abri de l'air extérieur et permettrait, par conséquent, d'obtenir la guérison en l'absence de toute complication infectieuse. Notre confrère a eu l'occasion de traiter de la sorte des brûlures très étendues, et toujours il a vu la réparation se faire très rapidement, sans trace de tissu cicatriciel et sans contractures musculaires.

Traitement de l'hydrocéphalie chronique par la ponction avec introduction d'air stérilisé dans les ventricules.

Partant de ce fait que la ponction simple se montre le plus souvent insuffisante à assurer l'évacuation complète du liquide intraventriculaire et à en empêcher la reproduction, M. le docteur W. Ewart, médecin en chef de l'hôpital Saint-Georges à Londres, et son assistant, M. le docteur W. L. Dickinson, ont eu l'idée de modifier le manuel opératoire de cette intervention de façon à réaliser une sorte de drainage des ventricules et à remplacer en même temps le liquide évacué par de l'air stérilisé. Au moyen d'un dispositif qu'il serait trop long de décrire ici et qui comprend deux canules, l'une pour l'écoulement du liquide et l'autre pour le passage de l'air stérilisé, MM. Ewart et Dickinson ont pu, en laissant l'appareil à demeure pendant un laps de temps plus ou moins long (de sept à quarante-deux heures), obtenir l'évacuation complète de l'épanchement chez deux enfants âgés l'un de trois mois et demi, et l'autre de neuf mois. Dans le premier cas, l'intervention fut suivie d'une amélioration immédiate mais passagère, et on fut ensuite obligé de pratiquer, dans l'espace d'environ six mois, encore sept ponctions suivant le même procédé. Chez le second nourrisson, une seule paracentèse, effectuée comme nous venons de le dire, a suffi pour amener la disparition définitive de tous les troubles morbides.

Sans vouloir attacher à ce fait isolé une grande importance, nous avons cru cependant devoir le signaler, parce que, étant donné l'insuccès à peu près constant des procédés usuels de traitement de l'hydrocéphalie, l'idée de MM. Ewart et Dickinson semble mériter d'être retenue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Une forme nouvelle de tuberculose de la verge : la tuberculose nodulaire du prépuce.

La tuberculose du pénis n'a été différenciée d'avec les affections ulcéreuses ou nodulaires susceptibles de la simuler que depuis l'époque où l'anatomie pathologique, l'inoculation et la recherche du bacille de Koch ont permis d'affirmer la nature exacte des lésions.

Elle apparaît tantôt secondairement à une tuberculose des autres organes génito-urinaires ou à une tuberculose viscérale éloignée, tantôt primitivement, quel que soit le mode de transmission du bacille : inoculation directe accidentelle, copulation, circoncision rituelle, etc.

La forme ulcéreuse est la plus commune. On a pu la rapprocher des affections vénériennes sous le vocable de chancre tuberculeux; elle soulève des difficultés très grandes de diagnostic d'avec les ulcérations chancreuses, chancrelleuses, herpétiques, épithéliomateuses, quand elle n'est pas associée à d'autres manifestations tuberculeuses dans la sphère génito-urinaire.

I

Dans le cours des vingt dernières années, on a publié de nombreux cas de tuberculose du pénis. On en trouvera la relation dans les monographies de P. Barbet (1) et de M. Moutrier (2), ainsi que dans le travail récent de M. Tschlenoff (3).

Chez l'adulte, cette localisation tuberculeuse — dont le maximum de fréquence est compris entre vingt et trente ans — se traduit par des ulcérations persistantes, plus ou moins profondes, cohérentes ou confluentes, à fond inégal, gris jaunâtre, laissant suinter un peu de sérosité qui se concrète en une croûte mince et lisse. Ces ulcérations ont des bords fongueux, violacés, polycycliques ou serpigineux, décollés ou épaissis en bourrelet; elles reposent sur une base empâtée. Entre elles, ou à leur niveau, on remarque des granulations grises ou jaunâtres excoriées. A ces ulcérations, presque toujours multiples, pouvant envahir l'urèthre antérieur, le méat, le gland, la face interne du prépuce, se surajoutent des foyers d'infiltration du frein et des ponts de muqueuse interposés aux lésions; on trouve aussi, parfois, des travées cicatricielles rappelant ce qu'on observe dans le lupus ulcéré des muqueuses. Les ganglions inguinaux sont tuméfiés, mais ils n'ont pas la dureté caractéristique de la pléiade ganglionnaire symptomatique de la syphilis. L'affection a une marche lente et progressive; la guérison de l'ulcère tuberculeux pénien peut cependant être obtenue, ainsi que l'a montré M. Fournier, après extirpation complète de la lésion.

Tel est, brièvement résumé, chez l'adulte, le tableau classique de la tuberculose pénienne; il faut malheureusement compter avec les formes frustes, dont le diagnostic ne saurait être fait qu'au prix d'une biopsie. La pathogénie ne diffère pas de celle des manifestations tuberculeuses secondaires, lorsque, ce qui est le cas le plus fréquent, la vessie, l'épididyme, le testicule, la prostate ou tout autre organe voisin ou éloigné recèle le bacille de Koch. La migration du germe s'effectue par voie lymphatique ou sanguine depuis le foyer initial jusqu'au point secondairement atteint. Par contre, quand l'examen complet du malade impose à l'esprit l'idée d'une *tuberculose primitive*, après avoir successivement passé en revue tous les modes connus de contagion, on doit songer à la possibilité d'une *contamination sexuelle*.

Les lésions tuberculeuses des organes génitaux sont loin d'être rares. L'observation anatomo-clinique a fixé leur degré de fréquence à environ 3 % des cas de tuberculose. Bien plus, l'existence de déterminations génitales primitives échappe à toute contestation : Heiberg a examiné 35 femmes atteintes de tuberculose des organes génito-urinaires; l'affection était, à son avis, 13 fois primitive. Les localisations sur les trompes, le corps utérin, les ovaires sont dix fois plus fréquentes que sur le col de l'utérus et le vagin. Chez l'homme, les lésions débutent presque toujours par l'épididyme; puis le cordon, le testicule, la prostate sont à leur tour envahis.

C'est Cohnheim qui, le premier, a posé la question de savoir si la tuberculose génito-urinaire ne pourrait provenir d'une contamination par les rapports sexuels.

Verneuil, pour résoudre ce problème, a conseillé de recourir à la pratique usitée en vénéréologie, de la confrontation des sujets atteints de tuberculose génitale avec les personnes susceptibles d'avoir pu jouer, à titre de conjoint, un rôle dans la transmission.

L'opinion de Cohnheim et de Verneuil a trouvé de chauds partisans; mais, parmi les observations invoquées par eux, beaucoup prêtent le flanc à la critique. Cependant, diverses considérations militent en faveur de cette hypothèse : c'est ainsi qu'elle trouve un appui, comme l'a fait ressortir Dobroklonsky, dans la réalité des faits de tuberculose génitale primitive avec présence de bacilles dans les sécrétions utéro-vaginales ou dans le sperme de sujets porteurs de tubercules dans la sphère génito-urinaire. Elle n'est pas infirmée par cette constatation, à savoir que les parties profondes de l'appareil génital sont les premières envahies, tandis que les parties superficielles, en contact intime pendant le coït, ne sont que bien rarement atteintes de prime abord. On sait, en effet, que le bacille de Koch ne détermine pas nécessairement, ainsi qu'on le pensait autrefois, une altération *in situ* à son point même de pénétration dans l'organisme. Une adénopathie tuberculeuse isolée, trachéo-bronchique ou mésentérique, témoigne souvent du passage, sans effraction, des germes morbides à travers les muqueuses bronchique et intestinale. L'expérimentation nous a, d'ailleurs, éclairés sur la réceptivité des voies génitales.

En 1888, Cornil et Dobroklonsky ont introduit dans le vagin de cobayes quelques gouttes de culture de bacille de la tuberculose. Au bout de quinze jours, l'examen microscopique révélait la présence de follicules tuberculeux dans l'utérus, au-dessous du revêtement épithélial conservé; trente-deux jours après l'inoculation, les tubercules étaient très nombreux et faciles à voir au microscope.

Gärtner a fait féconder un certain nombre de lapines et de cobayes femelles saines par des mâles auxquels il avait inoculé la tuberculose dans les testicules. Le sperme de ces mâles contenait des bacilles. Un certain nombre de femelles devinrent elles-mêmes tuberculeuses.

En 1898, Popov a montré que des injections de substances irritantes (teinture d'iode, essence de térébenthine, nitrate d'argent) dans le vagin favorisent l'éclosion des lésions tuberculeuses expérimentales.

Enfin, cette étude s'est enrichie, l'année dernière, d'un nouveau travail dû à Mlle Marie Gorovitz (1), dont voici les principales conclusions : « Le dépôt de bacille de Koch sur le vagin de la cobaye et de la lapine, sans lésion traumatique préalable, n'amène pas de tuberculose. On reproduit expérimentalement la tuberculose des cornes utérines chez la cobaye en y déposant du bacille de Koch; cette tuberculose peut se propager sur le vagin ou bien gagner par la voie lymphatique les ganglions iliaques et lombaires d'abord; particulièrement deux ganglions qui se rencontraient presque toujours caséeux, et situés au niveau de la bifurcation de l'aorte abdominale. »

Ces données expérimentales permettent de comprendre par quel mécanisme s'effectue l'inoculation exogène de la tuberculose du vagin et de l'utérus. Elles appelaient des recherches inverses destinées à vérifier la possibilité, admise en clinique, de la propagation du virus des voies génitales de la femme aux organes sexuels de l'homme. Ce sont ces expériences que nous avons entreprises et qui ne sont pas terminées : elles consistent à rapprocher par le coït des femelles atteintes de lésions tuberculeuses du vagin et de l'utérus, et des mâles normaux ou ayant subi une irritation pénienne, pour voir si, dans ces conditions, il ne se développe pas une tuberculose de la verge ou des autres parties de l'appareil génito-urinaire. Ainsi serait enfin soumise au critérium expérimental l'hypothèse, vraisemblable de par la clinique, de la contagion sexuelle de la tuberculose.

II

Lorsque la tuberculose primitive de la verge est constatée chez un enfant appartenant à la religion israélite, on doit penser à l'éventualité d'une inoculation rituelle, modalité qui n'est pas très rare en Pologne.

C'est le huitième jour après la naissance qu'on procède à la circoncision. Il est d'usage que le rabbin ou l'un des parents du sexe masculin aspire directement, avec les lèvres, le sang qui s'écoule de la plaie. Si la cavité buccale de l'opérateur est le siège de lésions syphilitiques ou si elle contient des bacilles tuberculeux, il peut en résulter une inoculation locale de syphilis ou de tuberculose. Quand c'est la tuberculose qui est ainsi transmise, on voit, quinze à vingt jours après la circoncision, se former au niveau du frein ou dans son voisinage un ou plusieurs petits nodules qui ne tardent pas à s'ulcérer; d'autres nodules semblables s'abcèdent dans le voisinage et contribuent à accroître l'étendue de l'ulcération, qui envahit toute la plaie opératoire et peut atteindre le gland et le méat. Cette ulcération a un fond grisâtre, granuleux, parfois caséeux. Ses bords sont tantôt surélevés et infiltrés, tantôt serpigineux et décollés. Au niveau du frein, la base de l'ulcération s'indure et peut en imposer pour un chancre syphilitique. Ces ulcérations indolentes, dont les produits de raclage contiennent des bacilles de Koch et ont la structure des tubercules, entraînent au bout de quelques semaines un engorgement des ganglions inguinaux. Ceux-ci restent tuméfiés ou bien ils se ramollissent et s'évacuent à l'extérieur. En d'autres points de l'organisme, on voit se développer des gommes. Ces enfants affaiblis, anémiés, chétifs, ont des poussées fébriles. Un bon nombre d'entre eux succombent, quelques mois seulement après l'inoculation, à des manifestations de tuberculose aiguë du côté des poumons, des méninges, de l'intestin. Ceux qui résistent — on en connaît un qui est actuellement âgé de quinze ans — ont, à des échéances variables, divers accidents scrofulo-tuberculeux souvent très éloignés du foyer primitif d'où le virus s'est insinué dans l'économie.

La tuberculose consécutive à la circoncision rituelle a fait, depuis 1883, l'objet de très nombreux travaux; nous citerons seulement, parmi les plus récents, ceux de M. W. Ware, de J. Neumann, de R. Bernhardt, de Pospelov, de Tschlenoff, etc.

III

Il est une autre forme de tuberculose du pénis, beaucoup moins fréquente, sans doute,

(1) P. Barbet. De la tuberculose de la verge. (*Thèse de Lyon*, 1893.)

(2) M. Moutrier. Chancre tuberculeux de la verge. (*Thèse de Paris*, 1896.)

(3) M. Tschlenoff. Ueber einen Fall eines primären tuberculösen Hautgeschwürs am Penis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, 1901, LV, 1.)

(1) Mlle M. Gorovitz. De la tuberculose génitale chez la femme. (*Thèse de Paris*, 1900.)

puisqu'elle n'a pas encore été l'objet d'une étude clinique et anatomo-pathologique, qui se traduit par le développement d'une nodosité préputiale relativement volumineuse, pouvant en imposer — en l'absence d'autres localisations bacillaires dans le voisinage — pour une tumeur bénigne, un kyste sébacé, par exemple. Nous allons décrire ce type morbide, d'après une observation personnelle, sous le nom de *tuberculose nodulaire du prépuce*.

Il s'agissait d'un homme de vingt-six ans qui se présenta, à la consultation de l'un de nous (Sabrazès), à l'hôpital Saint-André, pour des troubles génito-urinaires persistant depuis trois ans. Tout d'abord ce malade, dans les antécédents héréditaires duquel on ne relève rien de particulier, ressentit des douleurs sourdes dans les régions rénale et hypogastrique. Il maigrit rapidement. Son urine devint trouble et, à cinq ou six reprises, fut mêlée de sang, tantôt au début, tantôt à la fin des mictions qui étaient très fréquentes et s'accompagnaient de douleurs au bout de la verge. Le testicule gauche gonfla alors; il a conservé une petite nodosité. Depuis peu, le testicule droit s'était également tuméfié.

A l'âge de huit ou neuf ans, ce patient eut une affection pulmonaire grave, attribuée par lui à un refroidissement et à laquelle il rattache sa maladie actuelle; il souffrit, de plus, d'une toux coqueluchoïde pendant une année; à dix-huit ans, ses ganglions cervicaux se tuméfièrent et s'abcédèrent. Ces écrouelles guérirent spontanément, laissant des cicatrices irrégulières. En même temps, la jambe droite gonfla passagèrement au niveau des malléoles. Le malade toussait et crachait pendant quatre à cinq mois chaque année. Il n'a jamais eu de maladie vénérienne.

Au moment où cet homme, très amaigri, vint nous consulter, il se plaignait surtout de ténesme vésical et de pollakiurie. A l'examen des organes génitaux, on était frappé par l'existence, sur le milieu de la face antérieure de la verge et au tiers inférieur de cet organe, d'une nodosité ovalaire, située immédiatement sous la peau du prépuce, à 1 centim. 1/2 au-dessus de l'extrémité libre (*fig. 1*). Cette nodosité a le volume et la forme d'une olive; son grand axe est dans le plan de celui de la verge. Elle a l'aspect et la fermeté d'un fibrome. Sa consistance n'est cependant pas homogène : la pointe inférieure est notablement plus dure que les autres parties. Ce nodule, situé dans le tissu cellulaire, est indolore; il se déplace avec les téguments, est tout à fait indépendant du gland, du sillon balano-préputial et n'a de relation qu'avec le prépuce. A sa surface, les téguments ne présentent ni dilatation veineuse, ni rougeur, ni épaississement. En arrière, on ne constate pas de vaisseaux lymphatiques indurés ni de phlébite de la veine dorsale de la verge; l'aspect de cette veine est resté normal. Il n'existe pas de modifications de la muqueuse du méat, du gland ni de la face interne du prépuce.



Fig. 1. — Tuberculose nodulaire du prépuce. (Grandeur nature.)

Cette nodosité date de deux ans; son apparition a coïncidé avec une exacerbation des douleurs intra-uréthrales pendant la miction. Au début, elle avait le volume d'une tête d'épingle; en deux mois, elle a atteint les dimensions que représente la *figure 1*. A la même époque se développa sur le dos de la verge, à 1 centimètre de sa racine, un autre nodule roulant sous la peau du pénis, absolument analogue au précédent. Un mois et demi après son apparition, cette seconde nodosité suppura; l'évacuation se fit sans douleur en huit jours, mais la cicatrisation, très longue, ne fut complète qu'un an après; la cicatrice qui en est résultée est ovalaire, mesure un demi-centimètre sur 1 centimètre; ses bords sont irréguliers, entourés de mamelons gros comme des têtes d'épingle; le centre est légèrement déprimé. Le malade croit se rappeler que les deux nodules étaient reliés par un cordon assez dur.

En outre de la nodosité déjà décrite, on trouvait, à gauche, une cicatrice en cul-de-poule dans la partie inféro-postérieure du scrotum; un nodule du volume d'une aveline dans la région épididymaire, nodule absolument indolore à la pression, à surface inégale; quelques petits ganglions dans le pli inguinal; pas de lésion du cordon de ce côté. A droite, l'épididyme avait le volume d'un gros doigt; il était dur, indolore à la pression. Le cordon, de l'épaisseur d'un cigare, avait une consistance ligneuse. On remarquait dans le pli inguino-crural et dans la fosse iliaque droite une pléiade de petits ganglions douloureux à la pression.

Le patient accusait de la polyurie et de la pollakiurie. Les urines étaient troubles à l'émission, couleur de purin dilué, de réaction acide; elles n'exhalaient pas d'odeur ammoniacale, ne contenaient pas de pigments biliaires. Dans le dépôt, formé de nombreux globules de pus et d'hématies, sans cylindres ni cellules épithéliales, on décelait sans difficulté le bacille de Koch, à l'exclusion de tout autre microbe et en quantité relativement considérable. Dans l'intervalle des mictions, il existait un écoulement purulent du canal de l'urèthre. Par la pression du canal, pression douloureuse le long du périnée et de la face inférieure du pénis, on ramenait jusqu'au méat une grosse goutte de pus dans lequel on mettait en évidence des bacilles tuberculeux. Le malade éprouvait des douleurs intermittentes dans la région rénale droite. Le toucher rectal était douloureux, bien qu'il n'y eût pas de troubles de la défécation. La prostate présentait, à gauche, une bosselure de la grosseur d'une noisette.

Cet homme ne toussait pas lors de notre examen; toutefois on relevait chez lui quelques phénomènes stéthoscopiques : rudesse et saccade inspiratoires aux deux sommets; craquements secs à gauche et en arrière. Il existait une micro-polyadénopathie cervicale et axillaire.

L'examen du sang nous donna les résultats suivants : hémoglobine, 100; 5,697,800 hématies et 26,040 globules blancs par millimètre cube. Le malade était assez vigoureux, quoique très amaigri. Sans abuser de l'alcool, il déclarait boire, chaque jour, une assez grande quantité de vin; ses doigts, hippocratiques, étaient animés d'un tremblement vibratoire très accentué.

IV

En présence de cet ensemble morbide, et étant donnés les caractères objectifs de la petite tumeur préputiale, quel diagnostic pouvions-nous porter?

Le nodule, absolument indolent, ressemblait grossièrement à un ganglion lymphatique roulant sous le doigt; mais les anatomistes ne connaissent pas de ganglion pénien.

L'ancienneté de la lésion, l'absence de syphilis et de blennorrhagie dans les antécédents, permettaient, d'autre part, d'éliminer la possibilité d'une de ces lymphangites noueuses de la verge, que l'on trouverait, d'après J. Hutchinson, dans 40 à 50 % des cas de syphilis primaire quand le chancre induré siège dans le sillon balano-préputial ou sur la face interne du prépuce. Il y a généralement, en pareille occurrence, un ou deux cordons indurés, du volume chacun d'un tuyau de pipe, supportant parfois des renflements noueux qu'il est rare de voir s'abcéder. On suit ces cordons, le long de la verge, depuis le sillon balano-préputial jusqu'aux ganglions de l'aine. Un fait semblable à ceux de J. Hutchinson nous a été communiqué par M. Faguet (de Périgueux) : un homme de vingt-cinq ans, atteint de blennorrhagie et de végétations du dos du gland, était traité par des injections de permanganate de potasse et par des cautérisations répétées avec de l'acide chromique. Un coït infectant a lieu, à la suite duquel une des végétations s'indure et devient le point de départ d'un chancre syphilitique. Quelques jours après la constatation du chancre, apparaît, sur le dos de la verge, une nodosité médiane, en amande, ressemblant à un ganglion, située plus près du sillon balano-préputial que de la racine du pénis, donnant à cet organe, comme dans notre cas, l'aspect d'un bec de canard d'Inde. Cette nodosité sous-cutanée, mobile sous le fourreau de la verge, se prolongeait en aval et en amont par un cordon qui était nettement un tronc lymphatique; quand ce nodule s'est montré, la blennorrhagie était guérie; il a duré plusieurs mois et a disparu à la période des accidents secondaires.

Cette lymphangite noueuse, qu'on ne saurait confondre avec des varices lymphatiques, rétrocède, en effet, à la période secondaire et persiste rarement plus de deux à trois mois après l'apparition du chancre. Toutefois, J. Hutchinson a vu, chez un syphilitique dont l'accident primaire avait été constaté un an auparavant, une gonorrhée avec phimosis être le point de départ d'une lymphangite noueuse du pénis. Il a signalé aussi quelques cas de blennorrhagie et d'œdème inflammatoire du prépuce suivis de lymphangite tronculaire de la verge. Mais ce sont là des complications manifestement plus rares que dans la syphilis. Il ne faut pas confondre ces faits, d'ailleurs peu fréquents, de lymphangite noueuse au cours de la gonorrhée, avec les abcès miliaires gonococciques localisés dans des diverticules de l'épithélium préputial.

Chez notre malade, les commémoratifs, et surtout la présence de bacilles de Koch dans l'urine et dans le pus uréthral, devaient nécessairement éveiller l'idée d'une manifestation tuberculeuse. Ainsi qu'on va le voir, l'examen histologique montra le bien-fondé de cette supposition.

V

Sur notre demande, en effet, notre collègue M. Princeteau, professeur agrégé de chirurgie, procéda à l'ablation du nodule préputial, lequel, à l'opération, ne se montra relié à aucun cordon apparent. La plaie guérit par première intention, et cet homme, dont nous avons eu tout récemment des nouvelles, a pu reprendre son métier pénible de manœuvre.

Voici quels furent les résultats de l'examen macroscopique et microscopique de la pièce :

Le nodule enlevé est ovalaire, du volume d'un gros haricot et de couleur blanc grisâtre. Sa surface est lisse, sillonnée de veinules. On croirait, à première vue, être en présence d'un petit ganglion lymphatique. Quand on le sectionne, on

voit qu'il est caséeux en un point central; par la pression, le caséum s'énuclée et s'évacue; on y trouve des bacilles de Koch. Une coupe histologique (*fig. 2*) montre une coque fibreuse

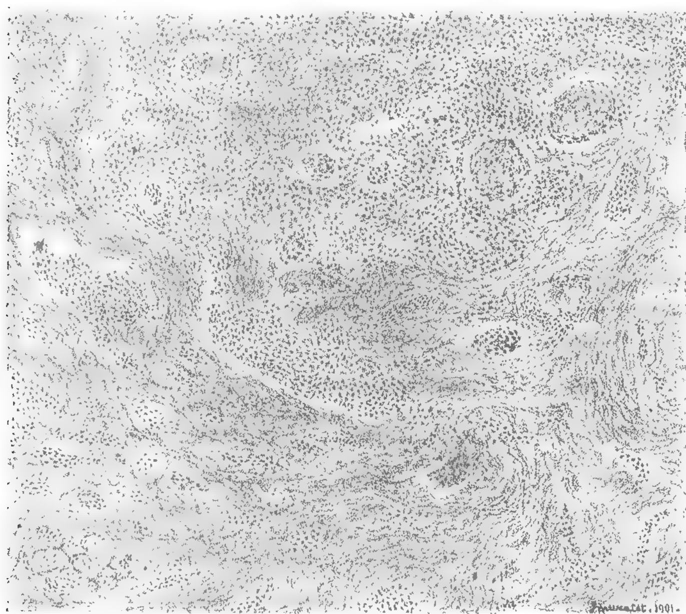


Fig. 2. — Région capsulaire du nodule.

Ilots de cellules conjonctives et de cellules épithélioïdes limités par du tissu fibreux. (Grossissement de 60 diamètres.)

périphérique dont les faisceaux conjonctifs onduleux, entrecoupés de vaisseaux à lumière étroite, limitent çà et là soit des foyers de cellules conjonctives plus ou moins différenciées en cellules épithélioïdes, soit de véritables follicules tuberculeux, isolés ou conglomérés, centrés par des cellules géantes, infiltrés de lymphocytes. La plupart de ces petits tubercules capsulaires sont sclérosés.

Le corps de ce nodule (*fig. 3*) est constitué

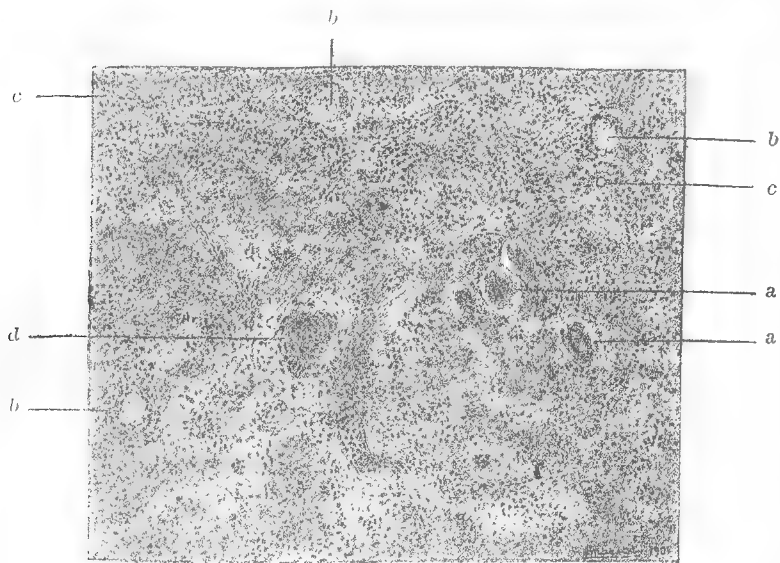


Fig. 3. — Partie centrale du nodule.

a, cellules géantes; *b*, tubercule caséeux; *c*, vaisseaux; *d*, tubercule scléreux. (Grossissement de 60 diamètres.)

par un conglomérat de tubercules à tous les stades de développement : les uns en voie de formation (amas de lymphocytes parsemés de cellules géantes et de cellules épithélioïdes), d'autres complètement ramollis et caséeux, d'autres enfin scléreux. Ces divers tubercules forment des îlots à cloisons conjonctives. Dans le tissu interstitiel qui préside à leur enkystement, on trouve de rares vaisseaux à lumière étroite, vides de sang.

Il s'agit, en un mot, d'un gros nodule tuberculeux, sclérosé à sa périphérie, subissant la fonte caséeuse en son centre. La présence de bacilles de Koch dans le caséum, à l'exclusion de tout autre microbe, ne laisse aucun doute sur sa nature.

VI

La forme que nous venons de décrire appartient à la catégorie des tuberculoses du pénis secondaires à des lésions de même nature intéressant la vessie, la prostate, les testicules, l'urèthre, chez un homme entaché de tuberculose pulmonaire et ganglionnaire à évolution lente. La propagation des lésions a dû se faire par voie lymphatique, suivant un mécanisme tout à fait comparable à celui qui préside à la production des lymphangites noueuses symptomatiques de la syphilis et des uréthrites gonorrhéiques, dont il était tantôt question, mais avec cette différence que, ici, la lymphangite était de nature tuberculeuse. Ces lymphangites gommeuses, moniliformes, s'observent assez souvent dans d'autres régions, surtout chez les enfants atteints de tuberculose externe à foyers multiples; les gommes peuvent s'évacuer à l'extérieur ou s'enkyster sur place dans une coque fibreuse : notre malade est un exemple de ces deux modalités évolutives.

Ici, le virus s'est ensemencé aux lymphatiques du scrotum et de la muqueuse uréthrale ulcérée, puis il s'est propagé à ceux du dos de la verge, où il a déterminé l'apparition de deux gros tubercules : l'un a guéri spontanément et rapidement après abcédation; l'autre, enkysté, torpide, subissait lentement, depuis plusieurs années, la transformation fibreuse; le vaisseau lymphatique sur le trajet duquel ce nodule avait pris naissance échappait à l'exploration clinique et n'était plus reconnaissable au moment de l'intervention. Pour comprendre la genèse de cette affection, il suffit de se rappeler que les lymphatiques qui naissent de la face adhérente de la muqueuse uréthrale se dirigent vers le gland, où ils forment un lacis considérable de chaque côté du frein, puis se continuent avec un ou deux troncs qui vont sur le prépuce, s'anastomosent avec d'autres lymphatiques issus du scrotum et de la peau du pénis et cheminent le long de la veine dorsale sur la face supérieure des corps caverneux pour aboutir aux ganglions inguinaux; les lymphatiques du dos de la verge s'anastomosent et s'entrecroisent en arrière du prépuce.

Comme on a pu s'en rendre compte, l'histoire clinique, en ce qui concerne l'évolution de cette tuberculose pénienne, les recherches histologiques et bactériologiques dont la nodosité préputiale a été l'objet, ne cadrent nullement avec la description classique de la tuberculose de la verge. En présence d'un malade atteint de tuberculose nodulaire du prépuce, l'aspect tout à fait spécial de la lésion pourrait même mettre le diagnostic en défaut, si l'on ne trouvait pas de bacilles de Koch dans l'urine et dans le pus uréthral; en tout cas, l'extirpation du nodule, en permettant de pratiquer l'examen microscopique, lèvera tous les doutes.

J. Sabrazès, Professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Bordeaux.

L. Muratet, Préparateur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Tuberculose primitive de la rate, par M. B. Auché.

Si la tuberculose splénique secondaire est extrêmement fréquente — de tous les organes de l'abdomen, la rate est, d'après Cruveilhier, le plus sujet à la tuberculisation, les ganglions lymphatiques exceptés —, il n'en est pas de même de la forme primitive de cette affection : la littérature médicale n'en renfermerait, en effet, que 9 cas; aussi nous paraît-il intéressant de résumer le fait que publie M. Auché et qui se rapporte à un homme de trente-huit ans, sans antécédents dignes d'être notés, mais toussant tous les hivers depuis plusieurs années.

Il y a huit ans, ce malade commença à « sentir sa rate »; toutefois, ce n'est que six ans plus tard qu'il remarqua une tuméfaction de tout l'hypocondre gauche : à ce moment, M. le professeur Demons, consulté, reconnut l'existence d'une grosse tumeur splénique. Depuis lors, l'abdomen augmenta progressivement de volume; plus récemment il se produisit de l'ascite; enfin, le patient, à bout de forces, se décida à entrer à l'hôpital; il y succombait au bout de trois jours.

A l'autopsie, on trouva une énorme hypertrophie de la rate, laquelle pesait 1,250 grammes; le microscope y fit reconnaître une sclérose intense et généralisée, avec formation d'un réseau conjonctif à fibres très épaisses ayant entièrement détruit les corpuscules de Malpighi; il existait, en outre, de nombreuses zones de nécrose massive et des nappes étendues d'infiltration hémorrhagique, et quelques nodules tuberculeux. Il fut impossible de déceler le bacille de Koch, mais l'inoculation sous-cutanée, à deux cobayes, de fragments de tissu splénique eut un résultat positif.

En plus de ces lésions très avancées de la rate, on notait une hépatite interstitielle diffuse à tendance mono-cellulaire, ayant débuté par les espaces porto-biliaires; le foie présentait aussi de petites granulations tuberculeuses où l'on put mettre en évidence le bacille de Koch. Le grand épiploon, le péritoine, la plèvre pariétale, les ganglions mésentériques et médiastinaux étaient également envahis par le processus tuberculeux.

Le début de l'affection par une sensation de pesanteur dans l'hypocondre gauche, la présence, au bout de six ans, d'une volumineuse tumeur splénique sans trouble d'aucun autre organe, enfin l'évolution très avancée des lésions tuberculeuses de la rate contrastant avec la tuberculose récente des divers viscères, permettent de considérer ce fait comme ressortissant bien à la tuberculose splénique primitive. Celle-ci a le plus souvent — et il en fut ainsi chez le malade de M. Auché — une marche chronique : on ne connaît qu'un seul cas où elle ait affecté la forme aiguë. Au point de vue anatomo-pathologique, on en a décrit une variété scléro-caséeuse et une variété nécrotique et hémorrhagique. Dans l'observation que nous venons de résumer, ces deux ordres de lésions étaient associés : la dégénérescence scléro-caséeuse prédominait, mais il existait aussi, comme nous l'avons indiqué, de vastes foyers de nécrose massive et des nappes d'infiltration hémorrhagique. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 juin 1901.) — F. F.

Sur un cas d'invagination intestinale subaiguë chez l'adulte, par M. P. Cavaillon.

Si l'invagination intestinale est de beaucoup la cause la plus fréquente d'obstruction chez l'enfant, il n'en est plus de même chez l'adulte, où cet accident devient exceptionnel. M. Cavaillon en fait connaître un cas qu'il a observé dans le service de M. Chatin (de Lyon) et qui a été opéré par M. Jaboulay.

Il s'agit d'un homme de quarante-six ans, qui présentait depuis trois semaines environ des crises douloureuses intermittentes au niveau de l'abdomen, paraissant se produire sous l'influence du travail digestif et accompagnées d'alternatives de diarrhée et de constipation; l'état général était assez précaire, l'amaigrissement prononcé, le teint terreux.

A l'examen, on constatait que l'abdomen était déprimé plutôt que météorisé; les contractions de l'intestin grêle, réveillées par la palpation, étaient très apparentes au-dessous de l'ombilic; pas de défense musculaire, pas de clapotage cæcal. Au moment de l'entrée du malade, on percevait, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur boudinée; le lendemain, cette tumeur avait un siège franchement sous hépatique, au point d'éveiller l'idée d'un néoplasme du pylore; quelques jours plus tard, elle était située dans l'épigastre.

Une laparotomie médiane ayant été pratiquée, on trouva une invagination du cæcum, du côlon ascendant et de la moitié droite du côlon transverse dans la moitié gauche de ce dernier; l'axe de l'invagination était à son tour occupé par la portion terminale de l'iléon. Ces organes ayant été désinvaginés, on remarqua que le péritoine cæcal était couvert de granulations tuberculeuses. Les suites post-opératoires furent normales.

En ce qui concerne la pathogénie, l'auteur estime que le fait primitif a été l'irruption de l'iléon dans le cæcum, à travers la valvule iléo-cæcale forcée grâce aux altérations tuberculeuses dont le cæcum était le siège; l'intestin grêle, jouant alors le rôle de corps étranger, aurait provoqué des contractions énergiques du cæcum, d'où retournement de celui-ci, privé de sa souplesse normale; puis le processus d'invagination aurait progressé de bas en haut à la faveur du péristaltisme exagéré que l'on remarquait chez cet homme. (*Province méd.*, 15 juin 1901.) — F. F.

Sur la crampe du pylore, par M. L. Bouveret.

La plupart des cliniciens admettent actuellement la réalité de la crampe du pylore, à laquelle ils font même jouer un rôle important dans la pathologie de l'estomac, lui attribuant en particulier la plupart des douleurs gastriques; toutefois, il ne semble pas qu'on soit parvenu jusqu'ici à constater directement cette contracture.

Pareille constatation serait parfois possible, du moins chez des sujets amaigris, spécialement du sexe féminin, l'usage du corset ayant pour effet, chez la femme, de rapprocher l'orifice pylorique de la colonne vertébrale, condition favorable à la palpation.

C'est ainsi qu'en explorant attentivement l'épigastre pendant les accès douloureux de l'hyperchlorhydrie, on percevrait dans certains cas, d'après M. Bouveret, une petite tumeur cylindrique, mobile, ayant le volume de l'index, douloureuse et de consistance assez dure, quoique non ligneuse. Cette tuméfaction est bien due au pylore contracturé, ainsi qu'en témoignent ses alternatives d'apparition et de disparition, et la cessation des douleurs spontanées quand la tumeur s'efface.

Outre son intérêt théorique, ce fait comporte un enseignement pratique : il ne faudrait pas confondre la sensation que donne au palper la simple crampe du pylore avec une tumeur de l'épigastre ou une induration cicatricielle. (*Lyon méd.*, 23 juin 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Le bilan de nutrition du nourrisson, par M. O. Heubner.

La méthode imaginée par C. von Voit, et perfectionnée par Rubner, pour l'étude de la nutrition animale, n'a été jusqu'à présent appliquée que par Camerer à des recherches sur la nutrition du nourrisson. Malgré leur importance, les travaux de ce dernier auteur sont pour ainsi dire restés ignorés des praticiens. Et cependant la connaissance exacte de la quantité d'énergie nécessaire au nouveau-né pour l'accomplissement des fonctions de son organisme constitue la base fondamentale et nécessaire de toute alimentation rationnelle de la première enfance.

Le bilan d'énergie du nourrisson peut être représenté très simplement par l'équation suivante : l'énergie potentielle absorbée sous forme d'aliments égale le travail fourni par l'organisme, plus l'énergie latente accumulée dans les organes. Dès lors, pour que l'enfant se développe, il est de toute nécessité que la quantité d'énergie contenue dans la nourriture soit supérieure à celle qui est dépensée par l'organisme sous les espèces de travail mécanique et chimique avec production de chaleur. Tant que l'énergie provenant des aliments suffit juste aux besoins immédiats de l'organisme, celui-ci ne peut pas prospérer, mais il ne consomme pas non plus ses réserves; on voit, en effet, des nourrissons se maintenir dans cet état pendant des semaines et des mois. Par contre, sitôt que l'énergie des aliments devient insuffisante — que la nourriture ne soit pas assez abondante ou que l'assimilation soit incomplète —, l'organisme demande aux réserves le complément de ressources qui lui est indispensable, et il dépérit.

Les difficultés techniques n'ont, jusqu'à présent, pas permis de déterminer directement la quantité d'énergie nécessaire au nourrisson. Toutefois, pour les besoins de la pratique, on peut évaluer avec une approximation suffisante le nombre de calories qui lui sont indispensables par jour, en retranchant de la somme d'énergie fournie par une alimentation connue l'énergie accumulée par l'organisme et représentée par l'augmentation de poids. Avec une série de dosages réguliers portant sur une période assez longue, les causes d'erreur provenant des variations de la composition des aliments ou d'une assimilation plus ou moins parfaite perdent de leur importance. M. Heubner a trouvé quatre observations permettant d'établir le bilan d'énergie du nourrisson d'après cette méthode; nous en résumerons trois.

La première concerne un enfant nourri au sein; durant la première semaine, le quotient d'énergie, c'est à dire la quantité de calories ingérées par kilogramme de poids, fut, en moyenne, de 50; pendant cette période, l'enfant diminua de 50 grammes. Dans le reste du premier trimestre, ce quotient s'éleva à 100 calories et dépassa même ce chiffre : on nota une ascension rapide de la courbe des poids. Du quatrième au sixième mois, il s'abaissa graduellement jusqu'à 80 calories, la quantité de lait sécrétée n'augmentant pas en proportion de l'accroissement du nourrisson; aussi l'élévation de poids fut-elle moins rapide que dans le trimestre précédent. Ce ralentissement s'accentua encore durant le troisième trimestre, où le quotient d'énergie descendit à 75 calories. A partir de la trente-troisième semaine, la diminution progressive de la sécrétion lactée obligea à compléter l'alimentation naturelle par l'addition de lait de vache; le quotient, qui avait baissé jusqu'à 60, se releva à 75 et, dès lors, l'augmentation de poids fut plus rapide.

Le second cas est relatif à un enfant élevé au sein pendant sept semaines, puis nourri avec du lait de vache dilué et additionné de sucre et de fécule. L'observation va de la septième à la trente sixième semaine. Jusqu'à la trente-deuxième, le quotient d'énergie oscilla entre 125 et 135 calories; de la trente-deuxième à la trente-quatrième, il descendit à 100, pour remonter de nouveau dès qu'on donna à l'enfant du lait pur additionné de farine lactée. Contrairement à ce que l'on avait observé chez le précédent nourrisson, l'augmentation de poids fut plus lente pendant la première période que par la suite; elle s'accentua ultérieurement de plus en plus, mais ce n'est qu'à la trente-quatrième semaine qu'elle devint rapide.

Ces faits démontrent péremptoirement la supériorité de l'alimentation naturelle sur l'alimentation artificielle dans les premiers mois de la vie : bien que le quotient d'énergie, chez l'enfant élevé au sein, fût de 1/5 plus faible que chez l'enfant alimenté artificiellement, l'intensité de croissance du premier fut deux fois plus considérable que celle du second. On a imputé aux différences existant entre la caséine du lait de femme et celle du lait de vache les résultats moins favorables que donne l'allaitement artificiel. D'après M. Heubner, la cause essentielle de cette infériorité réside, en réalité, dans le travail plus considérable que l'alimentation en question impose aux organes digestifs. Ce surcroît de travail absorbe une certaine somme de calories venant s'ajouter à l'énergie consommée normalement, de sorte que la quantité accumulée est diminuée d'autant. La meilleure nourriture sera donc celle qui exigera de la part des organes d'assimilation le minimum d'effort.

Il résulte, en outre, des deux observations ci-dessus relatées, que, à partir du sixième mois de la vie, un quotient déterminé d'énergie donne, au point de vue de la croissance, des résultats meilleurs que dans les six premiers mois, ce qui revient à dire que, dans la seconde moitié de la première année, l'accomplissement des fonctions organiques se fait plus économiquement, c'est-à-dire avec une dépense d'énergie relativement moindre qu'au début de l'existence.

La troisième observation traite d'un enfant né avant terme avec un poids initial de 1,350 grammes, et qui fut élevé au moyen de lait peptonisé. Bien que depuis la sixième semaine le quotient d'énergie eut constamment oscillé entre 120 et 135 calories, l'accroissement, dans ce cas, fut presque de moitié plus faible que chez le précédent enfant, qui était aussi nourri artificiellement. Plus le poids du corps est petit, plus la déperdition relative de calorique est grande, ce qui explique pourquoi il est essentiel d'éviter autant que possible la déperdition de chaleur chez les enfants nés avant terme.

L'auteur tire des constatations ci dessus les conclusions suivantes, dont l'importance pratique n'échappera à personne :

Pour obtenir le même résultat, il faut un quotient d'énergie plus élevé quand on a recours à l'alimentation artificielle que lorsqu'il s'agit de l'allaitement naturel. La quantité de calories fournie par l'alimentation est plus importante que l'identité de composition chimique, généralement recherchée, entre l'aliment artificiel et le lait maternel. Une alimentation dont le quotient d'énergie ne dépasse pas 70 calories est insuffisante pour qu'un enfant, même élevé au sein, puisse prospérer, du moins pendant les six premiers mois. Afin d'obtenir un accroissement normal, il faut, durant la première année, un quotient d'énergie d'au moins 100 calories avec l'alimentation naturelle, et de 120 calories au minimum avec l'alimentation artificielle. (*Zeitsch. f. diätet. u. physik. Therapie*, V, 1.) — A. J.

Des résultats définitifs du traitement opératoire du goitre exophtalmique, par Mlle B. Witmer.

Il est peu d'affections aussi décevantes, au point de vue du traitement tant médicamenteux que chirurgical, que la maladie de Basedow; aussi ne nous paraît-il pas sans intérêt de signaler la statistique publiée par Mlle Witmer et relative à 23 cas opérés par M. Krönlein.

L'opération fut deux fois suivie d'une issue fatale. L'une de ces malades avait été amenée à l'hôpital presque moribonde, présentant des œdèmes et de l'ascite; la ligature des artères du corps thyroïde, faite dans un but purement palliatif, fut suivie de mort au quatrième jour. Dans le second fait, l'opérée succomba trois heures après l'intervention, laquelle avait consisté dans la résection de la tumeur thyroïdienne; il s'agit donc là d'un de ces accidents inexplicables qui surviennent parfois après les opérations pratiquées sur le goitre exophtalmique. Quant aux 21 autres cas, les résultats éloignés sont connus pour 20 d'entre eux. Chez 9 de ces patientes, l'auteur signale la disparition de tous les symptômes morbides, et cela après une observation ayant duré de deux ans à dix ans et demi : 8 de ces femmes sont encore en vie, la neuvième a succombé à un cancer du corps thyroïde. Dans 6 autres cas, les symptômes basedowiens, sans céder entièrement, s'atténuèrent assez pour que les opérées aient pu reprendre leurs occupations habituelles. Chez une autre patiente, on avait cru d'abord à une récidive, après une période de guérison ayant persisté trois ans, mais un examen plus approfondi montra qu'il s'agissait non pas d'une rechute de l'affection primitive, mais d'une faiblesse générale causée par le surmenage physique. Enfin, dans les 4 derniers faits, l'intervention est encore trop récente pour qu'on puisse porter un jugement définitif; Mlle Witmer déclare cependant que le résultat paraît négatif pour 2 de ces femmes, les 2 autres ayant, au contraire, bénéficié d'une amélioration sensible.

Quant au procédé opératoire, M. Krönlein a pratiqué 19 fois la résection du goitre, 3 fois l'énucléation et 2 fois la ligature des artères thyroïdiennes (une des malades a subi deux interventions). En ce qui concerne le choix entre ces diverses méthodes, l'auteur estime que la simple ligature des artères thyroïdiennes, pré-

férée par quelques chirurgiens à cause de sa bénignité apparente, ne présente pas d'avantage sur la résection : en effet, la mortalité de la première de ces opérations serait, d'après M. Rehn, plus élevée que celle de la résection, et son résultat ultérieur est moins sûr.

M[lle] Witmer est d'avis que le traitement interne doit tout d'abord être mis en œuvre; ce n'est qu'après l'échec des moyens médicaux qu'il y a lieu de recourir au bistouri; toutefois, les symptômes de sténose trachéale créent une indication opératoire précoce.

Le premier effet de l'intervention chirurgicale consiste généralement dans la disparition de la tachycardie, puis la sensation de battements de cœur et le tremblement cèdent à leur tour. L'exophtalmie persiste plus longtemps, parfois pendant plusieurs années, quelquefois même durant toute la vie de l'opérée, malgré la disparition des autres troubles Pour ce qui est de l'état subjectif, il subit généralement une amélioration notable dès les premiers jours après l'intervention, et les patientes ont souvent le sentiment d'être complètement guéries, alors qu'elles présentent cependant encore quelques signes objectifs de basedowisme. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 1.) — F. DE Q.

De la transformation des présentations de la face en présentations du sommet, notamment par la méthode de Thorn, par M. E. OPITZ.

Les conclusions du travail de M. Opitz sont basées sur les résultats obtenus à la policlinique de Berlin pendant ces dix dernières années.

Au premier abord, la méthode de Thorn et les méthodes similaires paraissent assez dangereuses pour l'enfant, puisque, sur 68 cas, elles donnèrent une mortalité infantile de 23 5 % (16 mort-nés), alors que les présentations de la face, d'après Wullstein, n'amèneraient la mort du fœtus que 17 fois sur 100. Il faut compter, en outre, deux ruptures utérines ayant entraîné le décès de la mère.

Cette aggravation du pronostic sous l'influence des manœuvres réductrices n'est cependant qu'apparente. Elle tient tout d'abord à ce que les cas ainsi traités sont généralement les plus difficiles. Et, de fait, si l'on joint à la statistique précédente les autres présentations de la face observées pendant le même laps de temps, on obtient un total de 357 faits, avec une mortalité infantile de 15.68 % seulement (56 mort-nés), chiffre inférieur à celui de Wullstein.

Une autre cause contribue à assombrir le pronostic : c'est que l'expulsion du fœtus, après la réduction, est généralement laissée aux seules forces de la nature; or, si l'expulsion demande plus de quatre ou cinq heures, l'enfant succombe, car la réduction supprime bien la dystocie, mais laisse subsister les causes de souffrance du fœtus (compressions, etc.) Il faut donc, comme dans la version, que l'accouchement — naturel ou artificiel — suive de près la réduction; si, au bout de trois ou quatre heures, l'expulsion n'a pas lieu spontanément, on doit recourir au forceps. Mais, afin de pouvoir agir ainsi, il ne faut pas tenter la réduction avant que le col soit dilaté ou dilatable.

Donc, la méthode de Thorn n'est pas inoffensive et elle ne réussit pas toujours, même entre des mains expérimentées; toutefois, en procédant de la façon suivante, M. Opitz a pu obtenir de bons résultats dans des cas où la manœuvre typique avait échoué : il introduit la main homonyme de la présentation, glisse les doigts longs derrière l'oreille postérieure du fœtus et vient accrocher l'occiput *un peu sur le côté;* en même temps, le pouce soulève le front et mobilise la tête. Au contraire, si, comme le conseille Thorn, on accroche l'occiput *directement en arrière*, on augmente le diamètre sagittal de la tête et l'on court le risque de rompre l'utérus. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 1.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Le protozoaire du cancer, par M. H. GAYLORD.

Le présent travail est basé sur les recherches auxquelles M. Gaylord s'est livré pendant ces trois dernières années au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Université de Buffalo.

Dès 1898, l'auteur a eu l'occasion de déceler la présence de formations parasitaires dans le liquide recueilli, avec toutes les précautions d'asepsie, au cours d'une ponction exploratrice de l'abdomen chez un homme de cinquante et un ans, atteint d'un adénocarcinome du péritoine à point de départ probablement appendiculaire, ayant en grande partie subi la dégénérescence colloïde. A l'examen microscopique, on constata que ce liquide renfermait, outre quelques globules rouges, des corpuscules sphériques mesurant de 2 à 10 μ de diamètre. Ces éléments, pâles et d'une couleur vert jaunâtre, paraissaient homogènes et pouvaient, à première vue, être pris pour des granulations graisseuses. Toutefois, un examen plus minutieux ne tarda pas à montrer que leur indice de réfraction était inférieur à celui des granulations graisseuses D'autre part, ce qui permettait encore de les différencier, c'est que, contrairement aux éléments graisseux, ils résistaient à l'action de l'éther, et cela alors même que le liquide ou le tissu dans lesquels ils étaient renfermés avait été traité, au préalable et d'une manière successive, par la potasse caustique, par la centrifugation, par le lavage à l'eau et par l'alcool. Autre trait distinctif, sous l'influence de l'acide osmique, ces corpuscules ne prenaient pas la coloration noire, qui constitue, comme on le sait, la caractéristique microchimique de la graisse.

Les tubes dans lesquels on avait recueilli le liquide péritonéal furent placés dans une étuve. En examinant ensuite leur contenu tous les jours, M. Gaylord remarqua que les corpuscules susmentionnés augmentaient progressivement de volume et perdaient peu à peu leur coloration vert jaunâtre, en même temps que leurs contours devenaient de moins en moins nets. Le protoplasma cellulaire, dans lequel on voyait apparaître de fines granulations incolores et parfois un frêle noyau, émettait des prolongements, et, finalement, le corpuscule se trouvait transformé en une sorte de sac volumineux (de 20 à 25 μ de diamètre) renfermant des granulations très réfringentes et des éléments sphériques qui rappelaient les formations primitives décelées, à l'état libre, dans le liquide de la cavité péritonéale.

Ce liquide servit également à pratiquer, sur divers milieux de culture, des ensemencements qui donnèrent des résultats négatifs, ainsi que des inoculations aux animaux : 3 c.c. furent injectés dans la cavité abdominale d'une chienne, 4 c.c. dans le péritoine d'un cobaye, et 3 c.c. dans la veine jugulaire d'un autre cobaye. Chez les deux premiers animaux, l'inoculation détermina une péritonite assez intense avec tuméfaction des ganglions mésentériques; dans l'exsudat péritonéal, on trouva des corpuscules sphériques, libres ou renfermés dans des sortes de poches sacciformes, absolument analogues à ceux qu'on avait notés dans le cas ayant servi de point de départ à ces recherches. Enfin, à l'autopsie du cobaye qui avait reçu l'injection dans la veine jugulaire, on constata, dans le tissu pulmonaire, l'existence de petits nodules blancs, lesquels, comme le montra le microscope, étaient autant de foyers adénocarcinomateux.

Ces faits ont engagé l'auteur à examiner un grand nombre de tumeurs malignes (carcinomes, sarcomes, épithéliomes) extirpées sur le vivant ou sur le cadavre, et presque toujours il a pu y déceler la présence des formes parasitaires en question. De plus, M. Gaylord a pratiqué une série d'inoculations sur des animaux, soit avec du liquide péritonéal de sujets atteints de cancer de viscères abdominaux, soit avec le contenu de tumeurs malignes de l'ovaire, ou encore avec des nodules carcinomateux ou des ganglions lymphatiques ayant subi la dégénérescence cancéreuse, émulsionnés dans de l'eau salée. Dans 4 cas (2 lapins et 2 cobayes), l'inoculation intraveineuse détermina des lésions pulmonaires identiques à celles qui avaient été relevées chez l'un des cobayes de la première expérience.

En somme, sans prétendre à élucider d'une manière définitive le problème complexe de la pathogénie du cancer, les résultats des recherches de M. Gaylord méritent d'être retenus comme confirmation des travaux de quelques-uns de ses prédécesseurs et, en particulier, de ceux de M. Plimmer. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai 1901.) — L. CH.

Deux opérations césariennes d'urgence, suivies de guérison, par M. D. H. WILLIAMS.

Les deux observations relatées par M. Williams empruntent leur intérêt aux circonstances dans lesquelles fut pratiquée l'opération césarienne.

La première concerne une rachitique primipare, âgée de vingt huit ans, véritable naine ne mesurant que 1 m. 14. Elle avait été prise de convulsions éclamptiques douze heures avant son admission à l'hôpital, où elle entra en état de coma. L'examen obstétrical montra que l'utérus remontait à 25 centimètres au-dessus de la symphyse (l'ombilic n'était qu'à 13 centimètres du même repère); l'enfant, vivant, se présentait en position sacro iliaque gauche antérieure. La vulve était œdémateuse, le col effacé, et le conjugué vrai fut estimé à 5 centimètres 1/2. Les urines contenaient 33 % d'albumine (en volume), des cylindres, de nombreux leucocytes et quelques hématies.

On procéda aussitôt à l'opération : bien que la malade fût sans connaissance, il fallut l'anesthésier. Après ouverture du ventre, la matrice fut incisée sur la ligne médiane antérieure et l'enfant fut extrait par les pieds. Au cours de l'intervention, l'hémorrhagie fut insignifiante et l'on n'eut pas à recourir à la constriction temporaire de l'utérus. La délivrance terminée, on glissa un drain de verre à travers le col jusque dans le vagin, ce qui permit d'irriguer la cavité utérine de haut en bas avec la solution physiologique de sel marin. L'incision de la matrice fut ensuite fermée par trois plans de suture : les deux premiers au catgut, le dernier à la soie. L'enfant, vivant, pesait 3,487 grammes. Après l'intervention, on fit à la malade d'abondantes injections salines; au bout de seize heures, elle rouvrait les yeux et, à partir de ce moment, la convalescence fut normale.

La deuxième opération fut exécutée chez une multipare enceinte de sept mois et demi. L'auteur venait de la laparotomiser pour la débarrasser d'un gros fibrome utérin pédiculé qui menaçait de gêner le développement de l'utérus, quand il s'aperçut que le bassin était obstrué par plusieurs tumeurs semblables, développées sur le segment inférieur. Séance tenante, il se décida pour l'opération césarienne suivie d'hystérectomie totale. Les suites opératoires furent aussi bonnes pour la mère que pour l'enfant. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars 1901.) — R. DE B.

Restauration autoplastique de l'urèthre de la femme, par M. CH. NOBLE.

La restauration de l'urèthre féminin compte parmi les plus difficiles des interventions autoplastiques : les surfaces vaginales ayant fourni les lambeaux se rétractent, si bien qu'elles tiraillent et finissent par désunir le canal reconstitué.

M. Noble, après avoir éprouvé pareil mécompte à la suite de deux interventions chez une malade qui avait déjà été opérée onze fois par divers chirurgiens, résolut d'emprunter son lambeau à la petite lèvre gauche. Il disséqua donc, de chaque côté de la muqueuse restante de la paroi uréthrale postérieure, deux lambeaux qu'il ramena et sutura, face épidermisée dirigée en haut, par-dessus une sonde de petit calibre introduite dans la vessie. Sur les plaies cruentées résultant de la taille de ces lambeaux, ainsi que sur les lambeaux eux-mêmes, il en appliqua un troisième taillé dans la petite lèvre gauche.

En reconstituant ainsi le canal, il avait intentionnellement ramené le méat juste au-dessous du clitoris; il espérait, grâce à cet allongement, combattre l'incontinence due à la destruction des fibres musculaires de l'urèthre. La malade guérit bien et d'une manière durable, mais son incontinence persiste; un petit tampon vaginal comprimant la paroi postérieure de l'urèthre remédie à cette infirmité. (*Amer. Journ. of Obstetrics,* février 1901.) — R. DE B.

Plaies par armes à feu pendant la guerre des Philippines, par M. E. F. ROBINSON.

Au cours de la guerre des Philippines, M. Robinson a eu l'occasion d'observer 1,596 cas de blessures par armes à feu, dont 462 furent traitées par lui même. De ces faits, il tire les conclusions suivantes :

Les plaies par armes à feu modernes sont gé-

néralement aseptiques et doivent être soignées comme telles; cette asepsie tient à la rapidité apportée dans le premier pansement et peut-être aussi à la vitesse des projectiles. Les hémorrhagies primitives sont rares, car les vaisseaux sont plus souvent déplacés que coupés. L'effet explosif des armes actuelles a été exagéré; il dépend de la nature des tissus frappés — os surtout — et de la vitesse du projectile. Les blessures de poitrine se contaminent peu fréquemment; l'aspiration suffit quand il y a hémorrhagie de la plèvre. Les plaies infectées du genou exigent l'amputation immédiate. Les résections typiques sont rarement indiquées; l'abrasion ou l'amputation, en cas de besoin, sont de beaucoup préférables. Dans les conditions de la chirurgie militaire contemporaine, la laparotomie pour plaie de l'abdomen n'est pas justifiée, l'expectation offrant, en pareille occurrence, le plus de chance de guérison. (*Ann. of Surgery*, février 1901.) — R. DE B.

Opération césarienne pour cancer du rectum, par M. J. M. BALDY.

L'observation relatée par l'auteur concerne une femme arrivée au milieu du septième mois d'une grossesse et qui présentait un énorme cancer bourgeonnant du rectum, commençant à 2 centim. 1/2 au-dessus du sphincter. La cachexie était extrême et la malade souffrait d'épreintes continuelles; elle vomissait presque tout ce qu'elle prenait. Dans ces conditions, il y avait tout avantage à faire un accouchement prématuré; mais, si le fœtus pouvait, à la rigueur, franchir le petit bassin à l'aide d'une application de forceps, il était fort à craindre que la tumeur rectale ne subît une énorme attrition et que la patiente ne succombât au shock ou à une hémorrhagie.

Ces considérations déterminèrent M. Baldy à pratiquer une opération césarienne dont le résultat fut excellent. En effet, l'état de cette femme s'améliora notablement et l'enfant, bien que ne pesant que 1,700 grammes environ à la naissance, paraît devoir se développer normalement. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janvier 1901.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Syndrome temporaire de Gubler avec aphasie d'origine traumatique, par M. S. GENTA.

L'observation qui fait l'objet de ce travail concerne un enfant de trois ans, lequel, étant tombé en jouant, s'enfonça dans la bouche un morceau de bois pointu qu'il tenait à la main. Cet accident eut pour effet immédiat une hémorrhagie assez abondante; néanmoins, le petit blessé put marcher tout seul; à ce moment, il avait conservé l'usage de la parole. Son émotion s'étant calmée, il ne tarda pas à s'endormir d'un profond sommeil; quand il se réveilla, au bout de cinq heures, il présentait une hémiplégie droite avec paralysie faciale gauche, et était aphasique. En même temps survint un accès de fièvre assez élevée, mais qui disparut spontanément.

Quelques jours plus tard, lorsque M. Genta fut appelé à donner ses soins à ce jeune patient, il constata sur le palais membraneux, au niveau du pôle supérieur de l'amygdale gauche, une petite plaie longitudinale mesurant environ 9 millimètres de longueur, et se continuant par un trajet dirigé assez profondément de bas en haut et d'avant en arrière, d'où s'écoulait un peu de sérosité sanguinolente; comme trouble local, il n'existait qu'une dysphagie très modérée.

En ce qui concerne les manifestations nerveuses concomitantes, la paralysie faciale gauche était complète, mais sans déviation de la langue, sans déviation conjuguée de la tête et des yeux, sans troubles pupillaires; il n'y avait jamais eu ni vomissements, ni convulsions, ni contracture des muscles de la nuque, ni aucun autre signe méningitique. L'hémiplégie droite était également absolue, à type spasmodique; elle s'accompagnait d'exagération des divers réflexes et d'augmentation de l'excitabilité neuro-musculaire aux courants galvanique et faradique; la sensibilité n'était nullement intéressée; les muscles n'offraient pas trace d'atrophie. Enfin l'aphasie paraissait exclusivement motrice, le petit malade comprenant ce qu'on lui disait et exécutant les mouvements qu'on lui commandait de faire.

Au bout de deux mois, sous l'influence de lavages fréquents de la cavité buccale et pharyngée et de séances d'électrisation, ces différents troubles commencèrent à s'amender; la jambe droite d'abord, puis le bras du même côté, recouvrèrent leur motilité; l'amélioration fut plus lente pour la paralysie faciale et l'aphasie. Vingt mois environ après l'accident, il ne subsistait qu'une très légère parésie du membre supérieur droit.

Passant à l'interprétation de ce fait, l'auteur fait observer que l'agent vulnérant a certainement dû pénétrer dans le crâne, soit à la faveur de la non-coalescence de l'apophyse basilaire et du corps du sphénoïde, ces deux os ne se soudant que vers la septième année, soit en fracturant la lame basilaire, mince et fragile chez les jeunes sujets; dans les deux hypothèses, la conséquence d'une blessure de ce genre était fatalement une lésion de la protubérance, ainsi que M. Genta a pu s'en assurer sur le cadavre; au reste, la production du syndrome de Weber rendait évidente, *a priori*, une telle localisation. Quant à l'aphasie, on ne peut l'expliquer que par une lésion des faisceaux de projection du centre de Broca, lesquels cheminent aussi à la partie antérieure du pont de Varole. La guérison des divers phénomènes morbides semble enfin démontrer qu'il s'est agi d'un petit foyer hémorrhagique, plutôt que de l'attrition de la substance cérébrale. (*Riforma med.*, 25 et 27 mai 1901.) — F. F.

Un cas de périvaginite phlegmoneuse disséquante, au cours d'une fièvre typhoïde, terminé par la guérison, par MM. G. BAZZOCCHI et A. ZACCARIA.

La malade qui fait l'objet de cette observation était une fille publique de vingt-trois ans, qui fut admise à l'hôpital de Faenza pour un état typhique grave, datant de deux semaines environ, et caractérisé par de la somnolence, de la céphalée, des douleurs abdominales, avec affaiblissement des bruits cardiaques, fréquence du pouls, hypertrophie splénique, etc. Les jours suivants, la situation s'aggrava; les frissons et le tremblement devinrent fréquents, la patiente eut de graves lipothymies, une teinte subictérique envahit ses téguments; le pouls battait 120 fois à la minute; la fièvre oscillait entre 38° et 39° avec de légères élévations vespérales. La recherche de la séro-réaction demeura néanmoins infructueuse.

C'est dans ces conditions que l'on s'aperçut pour la première fois, cinq jours après l'entrée de cette femme à l'hôpital, de la présence de quelques ulcérations vaginales. Douze jours plus tard, un nouvel examen gynécologique fit reconnaître, dans le vagin, un amas de tissus noirâtres, libre par sa périphérie mais fixé par sa partie postérieure; du pourtour de cette masse suintait un liquide fétide. Le lendemain, les tissus en question furent entraînés, sans la moindre hémorrhagie, par une injection vaginale; ils formaient un tube complet, sur la face interne duquel on reconnaissait très nettement les colonnes et les plis du vagin; le microscope démontra, d'ailleurs, qu'il s'agissait bien de la muqueuse vaginale expulsée en entier; il révéla, en outre, l'existence de nombreux streptocoques dans les tissus mortifiés. L'élimination de cette eschare considérable détermina la production de trois fistules, communiquant respectivement avec l'urèthre, la vessie et le rectum.

Toutefois, l'état général demeurait grave; au bout de cinq jours apparurent même des phénomènes péritonitiques : météorisme, sensibilité extrême du ventre au contact, vomissements, délire. A ce moment, une ponction exploratrice de la rate permit d'extraire de ce viscère le bacille d'Eberth, ce qui fixa le diagnostic. Les manifestations péritonéales s'atténuèrent peu à peu; la défervescence commença deux semaines plus tard, et dès lors la convalescence ne rencontra plus d'obstacles.

Au moment de son *exeat*, cette femme conservait, comme témoignage de sa grave phlegmasie génitale, un rétrécissement cicatriciel de la partie inférieure du vagin, admettant à peine le passage d'un doigt. Les fistules uréthro-vaginale, vésico-vaginale et recto-vaginale avaient manifesté une tendance spontanée à la guérison : sans être complètement oblitérées, elles ne donnaient qu'exceptionnellement passage à l'urine ou aux matières.

Les rares observations de périvaginite phlegmoneuse disséquante jusqu'ici publiées peuvent être rangées en deux groupes : dans le premier, cette affection est idiopathique, et l'on voit les troubles généraux apparaître, évoluer et disparaître avec les lésions locales; dans le second, au contraire, elle est symptomatique, et reconnaît pour cause une infection générale plus ou moins grave (pneumonie, dothiénentérie, blennorrhagie aiguë). C'est à cette dernière catégorie qu'appartient le cas publié par MM. Bazzocchi et Zaccaria, ainsi qu'en témoigne le fait que les ulcérations vaginales se montrèrent plusieurs semaines après le début de l'état typhique, et que celui-ci ne céda que longtemps après l'élimination des tissus mortifiés. Quant à la pathogénie, on ne peut admettre l'intervention directe du bacille d'Eberth et parler d'une périvaginite *typhoïdique*, puisque le bacille en question faisait défaut dans la sérosité vaginale; aussi les auteurs estiment-ils que la dothiénentérie a agi seulement en créant un *locus minoris resistentiæ*, peut-être aussi en favorisant, par la production des exulcérations de la muqueuse vaginale fréquentes au cours de cette affection, l'ensemencement du streptocoque dans le tissu sous-muqueux. (*Ann. di ostet. et ginecol.*, mai 1901.) — F. F.

Action de la chaleur sur les taches de sang, au point de vue de la production de la réaction biologique, par M. C. FERRAI.

La méthode récemment préconisée par M. Uhlenhut d'une part, par MM. Wassermann et Schütze d'autre part, pour reconnaître l'espèce animale d'où provient une tache de sang déterminée (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 66-67), paraît bien de nature à résoudre le problème, depuis si longtemps à l'étude, de la différenciation du sang humain d'avec le sang des autres mammifères. Mais M. Ferrai s'est demandé si certains facteurs ne seraient pas susceptibles de modifier les résultats de la réaction en question; dans la présente note, il étudie, à ce point de vue, l'influence de la chaleur.

La technique qu'il a employée a consisté à mettre dans une étuve, à une température et pour un temps variables, des morceaux de linge imprégnés de sang humain, et à pratiquer ensuite la séro-réaction au moyen du sérum de lapins ayant reçu des injections de sang humain. Il a pu ainsi s'assurer que cette réaction, sans faire complètement défaut, cesse du moins d'être suffisamment démonstrative quand les taches de sang ont été exposées durant une heure à 130°, durant vingt minutes à 140°, durant dix minutes à 150° et durant cinq à dix minutes à 160°.

On sait que des températures plus élevées sont nécessaires pour empêcher la production des cristaux d'hémine. Il peut donc se faire qu'une tache, dont la nature sanguine est démontrée par la formation de ces cristaux, ne donne pas de précipité avec le sérum d'un animal immunisé par le sang de l'espèce dont elle provient. Il est, d'ailleurs, possible de soupçonner cette cause d'erreur, le chauffage ayant pour effet de modifier les caractères physiques et chimiques des taches sanguines (coloration moins foncée, solubilité diminuée, forme spéciale des cristaux d'hémine). Mais, en pareil cas, le médecin légiste ne pourra évidemment porter qu'un diagnostic de probabilité en ce qui concerne l'origine du sang soumis à son examen.

Signalons, en terminant, que l'auteur a constaté que le sérum réactif fourni par un lapin immunisé perd à peu près complètement ses propriétés au bout d'une quinzaine de jours; il importe donc de n'employer qu'un sérum obtenu depuis peu. (*Boll. dell'Accad. med. di Genova*, juillet 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS POLONAISES

De l'influence des épices sur l'activité de l'estomac, par M. L. KORCZYNSKI.

Dans le but d'élucider par l'expérimentation la question encore assez obscure, quoique importante au point de vue pratique, de l'influence des épices sur la digestion gastrique, M. Kor-

czynski a institué une série de recherches sur un homme atteint de myélite chronique et qui, sans se plaindre de troubles digestifs, présentait cependant un affaiblissement du pouvoir moteur et sécrétoire de l'estomac. Ces expériences ont consisté à ajouter à un repas d'épreuve de von Leube des épices, telles que de la moutarde (à la dose de 5 à 15 grammes), du raifort râpé (1 à 3 cuillerées à café), du poivre en grains (1 gramme à 1 gr. 50 centigr.) ou en poudre (0 gr. 50 centigr. à 1 gramme), et à examiner le contenu gastrique successivement au bout de quarante-cinq minutes, de quatre heures et de sept heures, en ayant soin, au préalable, d'introduire chaque fois dans la cavité stomacale 100 c.c. d'eau. On a pu ainsi se rendre compte qu'aucune des substances en question n'augmente l'acidité du suc gastrique, et cela quelle que soit la dose employée (dans les limites susmentionnées); dans un certain nombre d'expériences, on a noté une réaction très faiblement acide, voire même neutre. Les analyses pratiquées quatre heures après le repas d'épreuve, c'est-à-dire à un moment où l'activité sécrétoire et digestive de l'estomac devrait atteindre son maximum, ont montré une diminution de l'acidité et de la quantité d'acide chlorhydrique. La même constatation a été faite en ce qui concerne la sécrétion des ferments digestifs.

Sous l'influence de l'usage plus ou moins prolongé des épices, l'énergie du chimisme gastrique a subi un affaiblissement très marqué; au bout de quelques jours déjà, la sensibilité spécifique de la muqueuse stomacale était tellement émoussée que, même en l'excitant au moyen de l'eau glacée, on ne parvenait plus à provoquer la sécrétion d'acide chlorhydrique.

Quant à la motilité de l'estomac, elle a paru influencée d'une façon plutôt favorable, si l'on en juge d'après ce fait que, sept heures après un repas d'épreuve additionné d'épices, la cavité gastrique se trouvait à l'état de vacuité complète, tandis qu'il n'en a jamais été de même après un repas d'épreuve ordinaire. (*Gaz. lekarska*, 6 avril 1901.) — L. CH.

Fractures spontanées de côtes chez des phtisiques et chez des cachectiques, par M. A. CHELMONSKI.

L'auteur a eu l'occasion d'observer 13 cas de fractures de côtes, survenues en l'absence de toute violence extérieure: 8 fois il s'agissait d'individus atteints de tuberculose pulmonaire et 5 fois de sujets se trouvant dans un état de cachexie plus ou moins accentuée. Chez les malades de la première catégorie, le diagnostic a souvent présenté des difficultés considérables: on sait, en effet, combien les phtisiques sont sujets à des douleurs thoraciques et, en particulier, à des névralgies intercostales. Aussi est-on tout naturellement porté à mettre toutes les sensations qu'ils éprouvent sur le compte de phénomènes nerveux, alors même qu'en réalité elles tiennent à une fracture de côte, et cela d'autant plus qu'un examen minutieux du thorax, avec recherche de la crépitation et de la mobilité des fragments, est la plupart du temps rendu difficile, précisément à cause de la sensibilité exagérée du patient. Toutefois, en présence de certains signes, tels que l'apparition brusque et le caractère nettement localisé de la douleur, les exacerbations provoquées par le moindre mouvement et par la toux, etc., on doit songer à l'existence d'une fracture et ne pas négliger de procéder aux investigations nécessaires pour vérifier cette supposition.

Chez les cachectiques observés par M. Chelmonski, la fracture n'a porté que sur une côte, tandis que chez les phtisiques les fractures étaient toujours multiples (dans un de ces cas on trouva, à l'autopsie, cinq côtes fracturées). D'après le professeur Przewoski, il s'agirait en pareille occurrence d'une raréfaction particulière du tissu osseux (*ostéoporose*), rendant possible une fracture de côte sous l'influence de la cause la plus insignifiante, telle qu'une quinte de toux, même pas très intense. Ce facteur étiologique a, du reste, été enregistré chez tous les malades de M. Chelmonski.

Ce sont, en général, les côtes inférieures (à partir de la septième) qui se trouvent atteintes. Le repos et l'application d'un bandage de corps suffisent pour amener, dans l'espace de deux à trois semaines, la disparition des douleurs, en même temps que l'on constate la présence d'un cal indolore. Parfois l'accident peut donner lieu à une hémoptysie, comme l'auteur l'a observé chez un phtisique âgé de trente ans, qui cracha du sang pendant plusieurs jours consécutifs. (*Gaz. lekarska*, 25 mai 1901.) — L. CH.

Un cas de persistance du trou de Botal, par M. I. LANDSTEIN.

Le fait relaté par l'auteur a trait à une femme de trente-trois ans, qui fut admise à l'hôpital de l'Enfant Jésus, à Varsovie, pour de la dyspnée datant d'une quinzaine de jours et accompagnée de toux, de douleurs aux côtés et de faiblesse générale. A la simple inspection de la malade, on fut frappé par une cyanose extrême de la face et des membres, cyanose qui, au dire de cette femme, remontait déjà à six ans, et n'avait jamais donné lieu à des troubles quelconques: la patiente éprouvait pour la première fois des phénomènes dyspnéiques, bien qu'elle eût toujours mené une vie très pénible et eût été souvent obligée de monter des escaliers, chargée de fardeaux.

A l'examen du thorax, on nota un abaissement de la limite inférieure de la sonorité pulmonaire, l'existence d'une zone de matité au niveau des omoplates et de râles secs et humides en divers points. Le cœur ne dépassait pas, en haut, la cinquième côte et, à droite, le bord gauche du sternum. Les bruits cardiaques étaient sourds, mais *on ne percevait nulle part de souffle*. Le pouls, mou et régulier, battait 120 fois à la minute. La limite supérieure de la matité splénique atteignait la huitième côte; quant au foie, son bord antérieur ne dépassait que d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes. Les urines, dont la quantité quotidienne était d'environ 800 c.c., ne contenaient rien d'anormal. *Il n'existait pas d'œdème*, et l'examen des crachats ne décela pas de bacilles de Koch.

Malgré l'emploi de la digitale, la cyanose ne fit que s'accentuer et la malade finit par succomber au bout d'une dizaine de jours. A l'autopsie, pratiquée par le professeur Przewoski, on trouva une persistance du trou de Botal avec emphysème pulmonaire assez marqué, mais sans lésions valvulaires ni hypertrophie cardiaque.

Ce qui est particulièrement intéressant dans l'histoire de la malade de M. Landstein, c'est que, malgré la persistance du trou de Botal, cette femme ait pu arriver à l'âge de trente-trois ans sans que la lésion congénitale du cœur se fût manifestée par des phénomènes morbides autres que la cyanose, et encore celle-ci n'est-elle apparue qu'à l'âge de vingt-sept ans. L'auteur est porté à admettre que le mélange du sang veineux et du sang artériel a été, dans ce cas, entravé tant que la pression sanguine resta la même dans les deux oreillettes; dès que le myocarde fut épuisé, les contractions cardiaques devinrent irrégulières comme intensité et, par cela même, les conditions mécaniques de l'organe central de la circulation se trouvèrent complètement changées. (*Gaz. lekarska*, 8 juin 1901.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Opération césarienne par la méthode de Fritsch; iléus par adhérence des intestins à la plaie utérine; nouvelle laparotomie; guérison, par M. C. D. JOSEPHSON.

Le sujet de cette observation est une femme de trente-quatre ans, primipare, à terme, présentant un bassin de Naegelé consécutif à une arthrite suppurée sacro-iliaque droite, survenue vers l'âge de six ou sept ans. Au bout de cinquante-six heures de travail, le col n'admettait encore qu'un doigt; la poche des eaux était intacte et la tête très mobile au détroit supérieur; on se décida pour l'opération césarienne.

Après incision de la ligne blanche, l'utérus fut attiré hors du ventre et sectionné transversalement au niveau du fond, d'une trompe à l'autre; l'hémorrhagie qui en résulta fut presque insignifiante et facile à arrêter. Les membranes ayant été ouvertes, l'enfant, saisi par un pied, fut aisément extrait et ranimé. Les membranes, ainsi que le placenta qui occupait la paroi antérieure, furent ensuite décollés et enlevés en totalité. L'utérus revint bien sur lui-même et la plaie utérine fut fermée par une suture à la soie à trois plans, dont le premier, séro-musculeux, n'intéressait pas la caduque. On termina l'opération par la ligature double des trompes, la malade ayant accepté le principe d'une castration.

Les suites furent tout d'abord excellentes, mais le onzième jour se manifestèrent des accidents d'occlusion intestinale; on ouvrit le ventre à nouveau et l'on trouva le côlon, quelques anses de l'intestin grêle et l'épiploon adhérant à la plaie de l'utérus. Les adhérences furent dissociées sans trop de peine et, pour prévenir une récidive, le fond de la matrice fut fixé, par deux fils de soie, à la paroi abdominale. Néanmoins, la patiente présenta, durant plusieurs jours encore, de la parésie intestinale; elle fit même une nouvelle crise d'occlusion un mois après la première; les moyens médicaux suffirent toutefois pour venir à bout de cette rechute.

M. Josephson reconnaît les avantages de l'incision de Fritsch, notamment au point de vue de la situation du placenta et de la facilité de l'extraction fœtale. Mais l'abandon de la suture utérine en plein ventre, d'où la possibilité d'une suppuration diffuse ou d'adhérences intestinales, lui paraît constituer un bien gros risque; aussi déclare-t-il qu'il aura dorénavant recours à l'incision longitudinale antérieure. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 1.) — R. DE B.

Une nouvelle méthode de gastro-entéro-anastomose, par M. L. KRAFT.

Le procédé que décrit M. Kraft a surtout pour but de prévenir la nécrose des parois viscérales, consécutive à l'emploi du bouton de Murphy, et la chute des matières gastro-intestinales dans l'abdomen au cours de l'opération. Voici en quoi il consiste:

On fait une incision sur la ligne médiane entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic; le côlon occupe généralement la partie inférieure de cette incision; on le rabat avec le grand épiploon dans l'angle supérieur de la plaie et l'on recherche, un peu à gauche de la ligne médiane, l'angle duodéno-jéjunal. On suit alors le jéjunum jusqu'à 20 ou 25 centimètres de cet angle: c'est le point le plus favorable pour l'établissement de l'anastomose. L'anse jéjunale est d'abord disposée de telle façon que la partie afférente regarde à gauche et la partie efférente à droite. Sur le bord opposé à l'insertion mésentérique, on passe un fil, long de 20 centimètres, qu'on noue à une sonde aiguillée de Chassaignac. On revient au colôn transverse, qu'on relève davantage encore pour tendre et voir le feuillet inférieur du mésocôlon; on reconnaît les vaisseaux de ce dernier, et on le perfore en dehors du trajet de ceux-ci. Par cet orifice, un aide introduit son index gauche et arrive ainsi sur la face postérieure de l'estomac, qu'il refoule alors d'arrière en avant, de sorte que l'index, coiffé par les deux parois stomacales accolées, vienne former une sorte de hernie conique entre les lèvres de la plaie abdominale. A ce moment, l'opérateur ouvre la paroi antérieure de l'estomac sur le sommet de ce cône: les liquides ont naturellement reflué vers les parties latérales déclives de l'estomac et rien ne s'écoule à l'extérieur; il incise ensuite la paroi stomacale postérieure, également sur l'index de l'aide; trois pinces sont appliquées en couronne sur cette incision, qui doit mesurer de 3 1/2 à 4 centimètres, et servent à en attirer les bords au-dessus de l'incision de la paroi antérieure. L'aide prend maintenant de la main droite la sonde aiguillée de Chassaignac; il la glisse sur son index gauche toujours en place et vient la faire pointer au milieu de l'incision postérieure de l'estomac. L'opérateur n'a plus qu'à l'attirer pour ramener à sa suite, avec le fil, l'anse jéjunale qui lui est fixée et qui se trouve ainsi invaginée entre les lèvres de la plaie stomacale postérieure. On la suture dans cette position au moyen de quatre points, on ouvre l'intestin et on introduit un bouton d'os décalcifié; ce bouton porte une gorge circulaire servant d'appui à un fil qu'on lie circulairement autour de lui, de façon à accoler les parois de l'estomac et celles de l'intestin; pour plus de sécurité, on peut faire quelques points de suture perforant à la fois le bouton et les parois des deux viscères.

Il ne reste qu'à refouler la paroi postérieure de l'estomac et l'anse qui lui est fixée, à fermer

la paroi stomacale antérieure et à suturer la fente mésocolique à l'estomac. Dix à douze minutes suffiraient à l'exécution de ce procédé, qui permettrait l'alimentation immédiate de l'opéré. (*Hospitalstidende*, 29 mai 1901.) — R. DE B.

Trente cas de blessure de l'œil par éclat de fer; remarques sur l'emploi de l'aimant, par M. J. Holmström.

Sur les 30 observations relatées par l'auteur, les éclats de fer ayant blessé l'œil occupaient 3 fois la chambre antérieure, 1 fois l'iris, 3 fois le cristallin, 23 fois la chambre postérieure. Rarement le diagnostic put être fait par l'examen direct; par contre, la sidéroscopie d'Amus rendit de précieux services pour reconnaître et la nature et la localisation du corps étranger.

Dans les 7 cas de lésion de la partie antérieure du globe oculaire, la parcelle de fer put toujours être retirée, soit avec l'aimant de Hirschberg, soit avec celui de Haab. Dans un fait où le corps étranger avait atteint le cristallin et où il se formait déjà une cataracte, l'extraction immédiate fut suivie de l'arrêt, et plus tard de la rétrocession, du processus opacifiant; l'acuité visuelle put ainsi remonter à $^1/_2$.

Quant aux 23 blessures de la chambre postérieure, M. Holmström dut s'abstenir 9 fois de toute opération, soit que l'œil fût totalement perdu soit que les lésions fussent trop anciennes (dans un de ces derniers cas, cependant, il fit une tentative d'extraction, mais sans succès), soit que le siège du corps étranger fût impossible à préciser, soit enfin que sa présence parût bien tolérée.

Reste donc 14 faits où il tenta l'extraction au moyen de l'aimant; il y réussit 12 fois, et le résultat fonctionnel fut satisfaisant chez 7 malades; la phtisie oculaire, l'irido-cyclite ou le décollement tardif de la rétine amenèrent la perte complète de l'œil dans les 5 autres cas.

L'aimant de Haab est plus puissant que celui de Hirschberg, mais sa puissance même peut devenir une source de dangers : c'est ainsi qu'il permit d'extraire un fragment long de 7 millimètres et large de 4; malheureusement, la cornée et le cristallin, déjà blessés, le furent sans doute à nouveau par la sortie de cette grosse parcelle, et l'œil commença bientôt à s'atrophier. Dans un autre fait, il semble qu'il ait entraîné, à la suite du corps étranger, la portion de rétine dans laquelle celui-ci s'implantait; ici encore l'atrophie de l'œil s'ensuivit.

L'auteur a eu également l'occasion d'observer un cas de décollement tardif de la rétine, après sclérotomie et introduction de l'aimant de Hirschberg dans le corps vitré; aussi, depuis lors, ne recourt il plus qu'avec réserve à cette méthode. Il préfère, avec l'aimant de Haab, mobiliser le corps étranger et l'attirer vers la chambre antérieure ou l'iris, pour l'extraire ensuite par kératotomie au moyen de l'aimant de Hirschberg. (*Hygiea*, mai 1901.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La zone dangereuse en matière d'injections pratiquées dans les muscles de la fesse.

MM. les docteurs Dopter et Tanton (médecins militaires français) ont eu récemment l'occasion d'observer deux malades chez lesquels une injection mercurielle, pratiquée à la région fessière, a été suivie de troubles moteurs, sensitifs et trophiques dans le territoire de distribution du nerf sciatique. Ces désordres — qui rappelaient, de tout point, les phénomènes observés par MM. Pitres et Vaillard à la suite d'injections expérimentales faites directement au contact d'un tronc nerveux — relevaient nettement d'une névrite due à l'atteinte directe du nerf sciatique. Chez l'un des patients, les troubles morbides ont rétrocédé sous l'influence de l'électrothérapie, mais chez le second malade, malgré le traitement électrique suivi pendant plusieurs mois, les muscles de la jambe présentent toujours la réaction de dégénérescence, et il est à craindre que l'impotence fonctionnelle du membre intéressé ne reste incurable. Comme il résulte, d'autre part, de recherches instituées par MM. Dopter et Tanton sur des animaux qu'il suffit de mettre au contact du sciatique une quantité insignifiante (deux gouttes tout au plus) d'une des solutions habituellement employées dans le traitement antisyphilitique par des injections intramusculaires pour voir se produire des lésions névritiques intenses, on comprend combien il importe d'éviter, en pratiquant ces injections, ce que nos deux confrères appellent avec raison la *zone dangereuse*.

Afin de déterminer aussi exactement que possible les limites de cette zone dangereuse, MM. Dopter et Tanton se sont livrés à une série de dissections et ont ainsi été à même de se rendre compte que le trajet du sciatique peut être représenté approximativement par une ligne commençant à deux travers de doigt en dehors de l'épine iliaque postérieure et supérieure pour aboutir au point d'intersection du pli fessier et de l'axe médian de la cuisse à sa face postérieure. La région à éviter doit être circonscrite latéralement, de part et d'autre de cette ligne, par deux traits qui en seront distants d'environ 3 centimètres; quant aux limites supérieure et inférieure de la zone dangereuse, la première correspond au point d'émergence du nerf au niveau de la grande échancrure sciatique, et la seconde se trouve marquée par le pli fessier. A en juger d'après les expériences de MM. Dopter et Tanton, toute injection pratiquée en dehors de ces points ne risquerait d'atteindre ni le tronc nerveux luimême, ni les tissus immédiatement environnants; par mesure de précaution, il serait bon, en outre, de diriger l'aiguille obliquement de façon à éloigner davantage le liquide injecté de la région circonscrite par les limites ci-dessus indiquées.

Cette manière de procéder serait préférable à la pratique habituelle qui consiste à faire l'injection intramusculaire soit à la région rétro-trochantérienne (Smirnov), soit au point d'intersection d'une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter, et d'une ligne verticale séparant le tiers interne des deux tiers externes de la fesse (Galliot). Ce dernier point est encore assez rapproché du nerf sciatique; quant à la région rétro trochantérienne, elle est trop riche en vaisseaux et en nerfs, sans compter qu'elle n'offre pas de couche musculaire suffisamment épaisse.

Traitement des accès paludéens par une solution iodo-iodurée.

La médication iodée a été à plusieurs reprises préconisée contre le paludisme, mais à titre purement prophylactique ou encore dans les formes chroniques de la malaria. Par contre, on était jusqu'à présent porté à admettre, avec M. Laveran, que les fièvres récentes ne sont nullement justiciables de ce moyen thérapeutique. Or, d'après l'expérience de M. le docteur Regnault (médecin de la marine française), cette opinion serait tout à fait erronée. Attribuant la production de l'accès paludéen à l'action d'une toxine et se rappelant, d'autre part, que les toxines, *in vitro*, sont détruites ou tout au moins atténuées par les solutions iodo-iodurées, notre confrère a essayé de combattre les fièvres intermittentes au moyen d'un mélange formulé comme il suit :

Teinture d'iode...........	} āā	4 grammes.
Iodure de potassium.....	}	
Eau distillée.................	100	—

Dès le début de l'accès, on administre, dans un peu d'eau, une cuillerée à café de cette mixture, ce qui représente 0 gr. 20 centigr. d'iodure de potassium et autant de teinture d'iode, c'est-à-dire un peu moins de 0 gr. 02 centigrammes d'iode pur. Si l'amélioration tarde à se produire, on fait prendre, au bout d'un quart d'heure environ, une seconde cuillerée à café du mélange en question. Dans les cas où il y a des vomissements, on ajoute à la première dose de solution iodo-iodurée 1 gramme d'éther.

Atteint, pendant un séjour au Tonkin, de paludisme à forme gastrique bilieuse, rebelle à la quinine, M. Regnault fit les premiers essais sur lui-même. Les résultats furent très encourageants : quinze minutes après l'absorption du mélange iodo-ioduré, les frissons cessèrent, en même temps que la respiration se faisait plus ample et que la peau, auparavant chaude et sèche, se recouvrait de moiteur et devenait fraîche; les vomissements bilieux se trouvèrent considérablement amoindris. Fort de cette expérience personnelle, notre confrère a appliqué le même traitement chez des malades indigènes et européens, et toujours il en a obtenu d'excellents résultats. Est-ce à dire que la solution iodo-iodurée puisse être considérée comme un succédané de la quinine? Il n'en est rien, car la quinine reste le seul spécifique du paludisme. Mais elle n'est efficace qu'à la condition d'être absorbée *avant* l'apparition de la fièvre, assez tôt pour entraver l'évolution de l'hématozoaire, tandis que l'emploi du mélange iodo-ioduré se trouve indiqué *pendant* l'accès même (et surtout au début de celui-ci), toutes les fois que la quinine n'a pas été administrée ou n'a exercé qu'une action insuffisante.

Il va de soi que le traitement iodo-ioduré n'empêche pas de faire prendre de la quinine pour prévenir l'accès des jours suivants; toutefois, en raison de l'incompatibilité chimique de l'iode et de la quinine, il faut naturellement éviter d'administrer le second médicament dans les premières heures après l'absorption de la solution iodo-iodurée.

Les suppositoires à la cocaïne dans la pratique obstétricale.

Un médecin allemand, M. le docteur F. Westphalen (de Flensburg), se sert avec succès, depuis plus de deux ans, de suppositoires de cocaïne toutes les fois que, la dilatation du col utérin étant à peu près complète et la poche des eaux étant rompue, les douleurs expulsives restent insuffisantes ou font défaut, ainsi que dans les cas où les contractions de l'utérus affectent un caractère spasmodique. Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, la cocaïnisation du plancher pelvien n'entrave jamais les contractions réflexes de la presse abdominale. Il y a plus : l'anesthésie partielle déterminée de la sorte abolit certains réflexes inhibitoires provoqués par l'irritation des fibres sensitives et contribue ainsi à rendre plus efficaces les efforts d'expulsion. Cinq à dix minutes après l'introduction d'un suppositoire à la cocaïne dans le rectum, on voit les contractions utérines se régulariser, en même temps que les muscles abdominaux entrent en action et continuent ensuite à se contracter d'une façon énergique.

Notre confrère a eu l'occasion d'employer ce procédé une quarantaine de fois, et jamais il n'a observé de phénomènes d'intoxication. Toutefois, il estime qu'il ne serait pas prudent de dépasser la dose de 0 gr. 03 centigrammes de cocaïne; on peut, d'ailleurs, le cas échéant, appliquer un second suppositoire au bout d'une heure et demie environ.

Ajoutons que le moyen en question ne saurait prétendre à *soulager les douleurs*, puisqu'il rend le travail plus actif; il présenterait seulement l'avantage de supprimer les sensations douloureuses *anormales*.

La caféine comme antidote de l'acide phénique.

Dans un cas de tentative de suicide au moyen de l'acide phénique brut, avec coma très profond et dépression considérable de la respiration et de la circulation, un médecin anglais, M. le docteur G. A. Ferraby (de Nottingham), après avoir essayé sans succès les moyens usuels de traitement (lavage de l'estomac, glycérine, injections hypodermiques d'apomorphine et de strychnine), a eu l'idée de pratiquer une injection sous cutanée de caféine, en se basant sur le fait que ce médicament est souvent prescrit concurremment avec la phénacétine, afin de prévenir les effets dépressifs du radical phényle que renferme cette dernière substance. Notre confrère injecta sous la peau une solution contenant 0 gr. 15 centigr. de caféine. Au bout d'environ une heure, on constata une amélioration dans l'état du patient, mais, la perte de connaissance persistant toujours, on fit une seconde injection de caféine à la même dose, et on vit cette fois la piqûre de la peau provoquer quelques mouvements réflexes; une demi-heure après, le malade revint suffisamment à lui pour pouvoir parler à haute voix, et tous les phénomènes morbides ne tardèrent pas à se dissiper.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur RAYMOND.

Syringomyélie bulbo-spinale.

Vous n'ignorez pas la place considérable acquise en pathologie nerveuse par la syringomyélie : dix années à peine ont été nécessaires pour développer et préciser nos connaissances sur cette singulière affection, tant est grande sa fréquence, tant sont nombreuses et variées ses formes cliniques. Longtemps considérée — après le mémoire initial d'Ollivier (d'Angers), vers 1837 — comme une curiosité anatomo-pathologique, plus tard rattachée de par les recherches de von Leyden à la simple dilatation du canal central, la syringomyélie ne devint maladie bien individualisée qu'avec les observations de Schultze et de Kahler : les travaux de ces deux cliniciens dégagèrent un *type morbide* bien net, dans lequel les anesthésies dissociées et les atrophies musculaires tenaient le principal rôle.

Depuis quelques années, la question s'est beaucoup élargie. A côté de la forme décrite par Schultze et Kahler, sans nul doute la plus fréquente, ont pris place les variétés dites *atypiques*. Très nombreuses, elles sont plus difficiles à dépister en clinique courante. Et cependant vous devez les connaître à fond, parce qu'elles sont loin d'être exceptionnelles et que, les ignorant, vous seriez tentés de diagnostiquer un tabes, une sclérose en plaques, voire même une pachyméningite cervicale hypertrophique, dans des cas où seule est en cause la maladie cavitaire d'Ollivier (d'Angers).

Aussi vais-je vous présenter aujourd'hui un homme chez lequel j'ai cru devoir diagnostiquer une forme atypique de syringomyélie. Ce fait me permettra de vous exposer le plus brièvement possible l'évolution générale de nos idées sur les principales modalités cliniques de cette affection, et de vous montrer comment son anatomie pathologique mieux précisée nous a donné, à nous cliniciens, la possibilité d'expliquer sa symptomatologie polymorphe et souvent, il faut bien le dire, singulièrement complexe.

Cet homme, actuellement âgé de trente et un ans, a vu son mal débuter il y a huit ans, durant son service militaire, alors que rien, dans ses antécédents, ne permettait de le prévoir. Nous ne relevons chez les parents aucune tare névropathique intéressante à mentionner, à quelque degré que ce soit. Lui-même n'a pas eu la syphilis et n'est pas alcoolique; dans sa première enfance, il a été atteint d'une rougeole bénigne; à l'âge de onze ans, il a présenté tous les signes d'une fièvre typhoïde légère.

Brusquement, après une marche pénible, cet homme ressentit des douleurs vives dans les deux genoux et une grande faiblesse dans la jambe droite, faiblesse assez considérable pour nécessiter son admission à l'hôpital militaire. Là, le major aurait constaté, d'après les dires du patient, une paralysie des deux jambes, complète à droite, incomplète à gauche, avec anesthésie totale à la piqûre et exagération considérable des réflexes du genou. Sous l'influence du repos, la situation s'améliora très rapidement, si bien qu'après un séjour de deux semaines à l'hôpital, le malade put reprendre, au régiment, ses occupations de soldat-clairon; un an plus tard, il était libéré du service actif.

Rentré dans ses foyers, devenu cultivateur, il resta faible de la jambe droite. Bientôt apparurent des douleurs violentes, prédominant dans la région lombaire, irradiées fréquemment dans les membres inférieurs, principalement aux genoux; puis, la paralysie motrice gagna les membres supérieurs, les épaules, au point que, trois ans après le début du mal, en fin 1896, notre homme dut renoncer aux travaux trop pénibles de la campagne pour venir à Paris, chez un de ses parents qui l'employa à des travaux d'écriture. A la même époque, il s'aperçut, pour la première fois, d'un certain amaigrissement de la moitié gauche de sa langue, avec voix faible et nasonnée, sans troubles aphasiques d'aucune espèce. Autre incident particulièrement pénible : en 1898, pendant l'été, se développa une kératite neuro-paralytique qui, en peu de temps, entraîna la perte totale de la vision à gauche.

Depuis lors, les phénomènes paralytiques n'ont fait que progresser dans les membres inférieurs et supérieurs, à tel point que le patient a dû solliciter son admission dans le service en novembre 1899.

Actuellement, notre malade, vous le voyez, est dans l'impossibilité complète de marcher, sans être soutenu vigoureusement sous les épaules. Au demeurant, sa démarche n'est ni spasmodique, ni titubante. Il avance à petits pas, en fixant le sol; il ne détourne pas les yeux de ses pieds. Cette difficulté de la marche est sous la dépendance d'une paralysie motrice, surtout marquée aux extrémités, pieds et jambes, au niveau desquelles la force musculaire a considérablement baissé, qu'il s'agisse des mouvements spontanés ou de la résistance aux mouvements provoqués.

Ce n'est pas tout. Examinez de plus près les muscles dont la paralysie s'accompagne de cette exagération marquée de la réflectivité tendineuse, et vous constaterez un symptôme capital en l'espèce, je veux parler d'une *amyotrophie* irrégulièrement distribuée aux épaules, aux bras, aux muscles extenseurs du tronc, de la nuque, enfin à ceux de la cuisse : les deltoïdes, les sus et sous-épineux, les rhomboïdes, les muscles du bras, le triceps crural sont le plus fortement atteints; ils sont plus ou moins complètement remplacés par un tissu mollasse, comme empâté, sans relief, principalement du côté gauche. Pareille amyotrophie est, sans nul doute, de date ancienne; même, elle doit être arrêtée dans son évolution, puisque l'examen électro-diagnostique, pratiqué à plusieurs reprises par mon chef de laboratoire, M. le docteur Huet, n'a jamais permis de constater la moindre réaction de dégénérescence, mais a montré seulement quelques modifications *quantitatives* de la contractilité électrique. Notez aussi que l'atrophie a respecté les groupes musculaires des extrémités, ceux des avant-bras, des jambes, des mains et des pieds, au niveau desquels nous ne rencontrons ni déformation, ni rétraction fibro-tendineuse.

Mais un autre organe, également musculaire, est atteint; la langue de notre patient (*fig. 1*)



Fig. 1 — Hémiatrophie linguale gauche considérable, dépassant légèrement la ligne médiane; kératite neuro-paralytique de l'œil gauche. (Croquis d'après nature.)

nous apparaît comme plissée, amincie dans son ensemble, fortement atrophiée dans toute sa moitié gauche, parcourue par des secousses fibrillaires très faciles à provoquer. Là non plus, l'exploration électrique n'a révélé aucune modification *qualitative* de la contractilité musculaire. L'examen des autres muscles de la face ne dénote rien d'anormal; tout au plus semble-t-il que la joue gauche soit un peu aplatie, mais sans déplacement appréciable de la commissure labiale correspondante.

Aux membres supérieurs, la paralysie motrice est également très accentuée au niveau de l'épaule et du bras; ainsi, le malade éprouve une grande difficulté à porter sa main gauche derrière sa nuque; de même, les mouvements d'extension de la tête s'exécutent avec une faiblesse manifeste. Par contre, aux deux mains, la force musculaire est relativement conservée, puisque l'épreuve dynamométrique donne 20 à droite et 22 à gauche.

Cette paralysie, irrégulièrement disséminée sur les divers segments des membres, s'accompagne d'une exagération considérable de tous les réflexes tendineux; règle générale, cette réflectivité augmentée est plus accusée du côté gauche. Notons spécialement le réflexe en extension du gros orteil, si heureusement mis en lumière par M. Babinski; un clonus du pied inépuisable des deux côtés; de la trépidation épileptoïde au membre supérieur, chose assez exceptionnelle pour mériter une mention spéciale.

L'atrophie des muscles du tronc est plus difficile à constater, par suite d'un certain degré d'adipose sous-cutanée; elle existe surtout au niveau des groupes des omoplates, dont le bord interne s'est éloigné de la ligne médiane. Cette même adipose masque à première vue une déviation de la colonne vertébrale, véritable *cypho-scoliose*, dont le sommet correspond aux apophyses épineuses des cinquième et sixième vertèbres cervicales.

Notre examen clinique n'a pas encore porté

sur l'état de la sensibilité. Cette fonction est profondément troublée suivant certaines modalités que vous devez soigneusement retenir, étant donnée l'importance qui leur fut attribuée par les premières études sur la syringomyélie. Explorons par les procédés habituels la sensibilité du tégument externe au niveau des membres et du tronc, et nous noterons bien vite des différences considérables, suivant qu'il s'agit de tel ou tel mode de sensibilité. Le *tact* est conservé à peu près partout; c'est à peine si nous constatons un léger retard de la perception tactile à la face interne des cuisses, et surtout au niveau du pied droit (particulièrement sur son bord interne), ainsi que dans toute l'étendue de la main droite (*fig. 2*); il y a plutôt de l'hyperesthésie

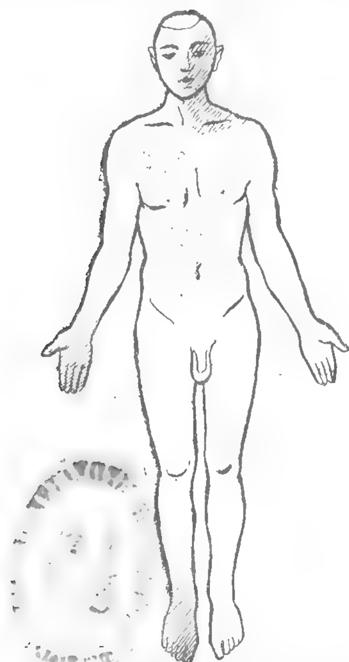


Fig. 2. — Sensibilité au contact (1).

(1) Dans les figures 2, 3, 4 et 5, les parties blanches indiquent une sensibilité normale; les parties ombrées correspondent à une diminution de la sensibilité (d'autant plus prononcée que les hachures sont plus nombreuses); enfin les régions marquées par de petites croix sont hyperesthésiques.

aux orteils, à la plante et sur le bord interne du pied gauche : le moindre attouchement de ces régions provoque immédiatement un brusque retrait du membre.

Cette intégrité presque complète de la sensibilité tactile contraste singulièrement avec une *analgésie* et une *thermoanesthésie* à peu près généralisées à toute l'étendue du tégument externe. Consultez la *fig. 3* : vous y

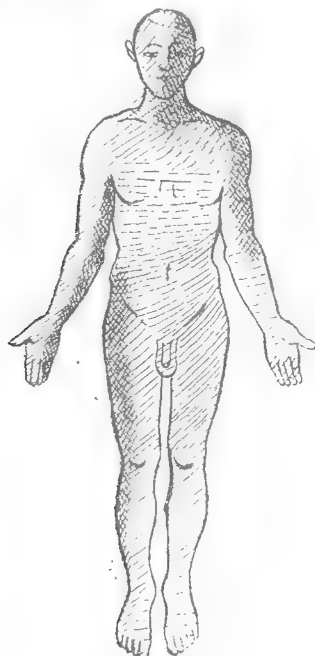


Fig. 3. — Sensibilité à la douleur (piqûre).

voyez que la piqûre n'est plus sentie dans presque toute l'étendue des deux membres inférieurs (les pieds exceptés), ni sur la paroi abdominale antérieure jusqu'à une largeur de main au-dessus de l'ombilic, ni à la face interne du membre supérieur droit; partout ailleurs, elle est moins bien perçue qu'à l'état normal. C'est un fait très intéressant en l'espèce, que la constatation d'une pareille analgésie généralisée aux quatre membres et au tronc; sans doute, cette analgésie présente çà et là des différences d'intensité, mais elle existe incontestablement sur toute l'étendue du tégument externe. La thermoanesthésie (*fig. 4* et *5*), elle aussi, est généralisée, voire

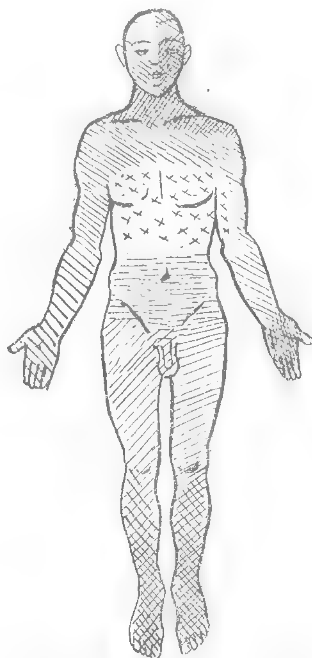


Fig. 4. — Sensibilité au froid (0°).

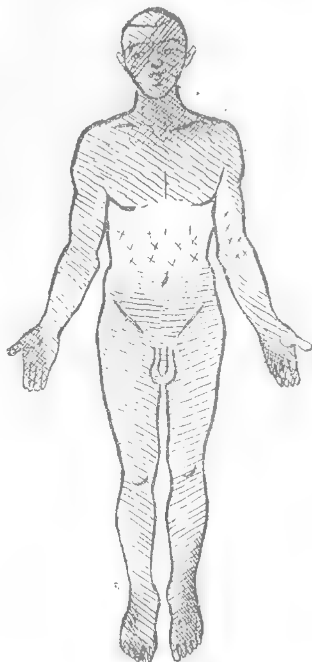


Fig. 5. — Sensibilité à la chaleur (50°).

même que son intensité dépasse en bien des régions celle de l'analgésie; cependant, notons une hyperesthésie à la température au niveau de la région thoracique antérieure.

Et, maintenant, dans quel état se trouvent chez notre patient les sensibilités dites profondes, sensibilités que le médecin doit toujours explorer soigneusement, car elles apportent souvent un appoint sérieux à tel diagnostic hésitant? La sensibilité articulaire est passablement compromise; le malade se rend difficilement compte des attitudes imprimées à ses membres. La perception stéréognostique est abolie, surtout à gauche; à la simple palpation, le sujet ne distingue pas une plume d'une pièce de monnaie; une bille lui paraît avoir des arêtes, etc. Par contre, le sens des poids est assez bien conservé, puisque cet homme apprécie des différences de 5 grammes.

Nous en aurons fini avec cette symptomatologie suffisamment complexe, quand nous aurons mis en lumière l'état de la face et des organes des sens, ainsi que certains troubles vasomoteurs intéressants à signaler en l'espèce.

Je vous ai déjà indiqué que le patient a perdu la vue à gauche, à la suite d'une neuro-kératite; il ne saurait donc être question de rechercher les réflexes pupillaires de ce côté; à droite, la pupille réagit bien à la lumière et aux efforts d'accommodation, mais le réflexe cornéen est aboli. Dans les mouvements extrêmes de latéralité, les globes oculaires sont agités par des secousses nystagmiformes; à part cela, les muscles extrinsèques fonctionnent normalement. L'acuité auditive, normale à droite, est diminuée de deux tiers à gauche. De même la gustation, normale à droite, paraît manquer à gauche : du sulfate de quinine déposé sur la moitié gauche de la langue ne détermine pas de sensation amère. Comme pour le membre et le tronc, les sensibilités cutanées sont profondément troublées, surtout dans la sphère du trijumeau : thermo-anesthésie absolue et presque généralisée à toute l'étendue de la face, analgésie moins complète, surtout marquée dans la moitié gauche du visage, enfin anesthésie au tact dans la moitié gauche. Les muqueuses du pharynx et de la bouche ont perdu à peu près entièrement leurs sensibilités générale et réflexe.

Quant aux troubles vasomoteurs, ils consistent en une cyanose facile des extrémités avec cryesthésie et sensation de doigt mort; les pieds et les mains sont œdématiés et froids au toucher.

En résumé, l'ensemble symptomatique réalisé par notre malade à l'heure actuelle peut se ramener aux éléments suivants :

a) Une *paralysie motrice* des quatre membres, d'intensité variable, revêtant aux membres inférieurs les dehors de la paralysie spasmodique;

b) Des troubles objectifs de la sensibilité, réalisant les caractères de l'anesthésie dite *dissociée;*

c) Une *cypho-scoliose;*

d) Des troubles qu'on peut qualifier de *bulbaires* en raison du siège des lésions dont ils dépendent : ce sont l'atrophie de la moitié gauche de la langue, la kératite neuro-paralytique de l'œil gauche, l'anesthésie du trijumeau gauche, l'anesthésie de la muqueuse de l'arrière-gorge, le nystagmus latéral.

C'est là, vous le voyez, une symptomatologie singulièrement polymorphe, à évolution graduellement progressive, à localisations lésionnelles multiples ou *bulbo-spinales*, nous pouvons le dire dès maintenant avec beaucoup de vraisemblance.

La syringomyélie est-elle capable vraiment de réaliser pareil complexus symptomatique? Certes, au temps des premières études de Kahler et de Schultze, la réponse eût été négative. Mais je vous disais plus haut que les modalités cliniques de cette affection se sont singulièrement multipliées ces dernières années. Je voudrais résumer ici brièvement les résultats des principaux travaux parus depuis peu et incomplètement mis en lumière dans les traités classiques de neurologie. Ainsi, j'espère vous montrer que notre malade présente bien les symptômes *fondamentaux* de la syringomyélie, symptômes mélangés chez lui à toute une série d'autres phénomènes plutôt accessoires et d'ordre secondaire.

Et, d'abord, sachez que les recherches anatomo-pathologiques les plus récentes ont montré toute la variabilité d'étendue et d'intensité du processus syringomyélique. Sans nul doute, la *lésion cavitaire* débute dans la région périépendymaire, au voisinage du canal central de la moelle épinière, pour envahir graduellement la corne postérieure, la base de la corne antérieure, les portions immédiatement adjacentes des faisceaux blancs. Mais, ne l'oubliez pas,

tous les types lésionnels sont possibles, depuis la petite fente avec paroi dense, depuis le simple noyau glieux à peine creusé, jusqu'aux énormes cavités qui bouleversent l'architecture de tout un segment médullaire, substance grise et substance blanche, voire même de toute la moelle, bulbe compris. Les méninges rachidiennes peuvent être intéressées, au point de réaliser le type anatomo-pathologique décrit par Charcot et Joffroy sous le nom de pachyméningite cervicale hypertrophique. Récemment, MM. Cl. Philippe et J. Oberthür ont pu étudier, grâce à de nombreuses autopsies pratiquées dans mon service depuis six ans, toutes ces variétés anatomo-pathologiques; ils ont cherché à montrer par des coupes microscopiques sériées le point de départ de la *gliose syringomyélique*, ses relations *inconstantes* avec le canal central, sa structure fine et son évolution cavitaire si spéciale. Ils sont arrivés également à la conclusion que certaines pachyméningites cervicales hypertrophiques, mais non pas toutes, ressortissent à la syringomyélie. Je ne peux pas entrer ici dans le détail de leurs intéressantes recherches; je tiens cependant à vous en indiquer la formule générale, qui tend à faire de la syringomyélie une affection bien définie au sens histologique, au moins au même titre que le tabes dorsal ou la sclérose en plaques : ce serait une « gliose spécifique », produite, *indépendamment de tout autre processus médullaire préexistant* (*myélites*, *scléroses*), par la prolifération du tissu névroglique réagissant devant des causes pathogéniques multiples, gliose à distinguer et du gliome et de la myélite cavitaire; ces deux derniers processus, vous le savez, résument les opinions courantes sur l'histogenèse de la maladie d'Ollivier (d'Angers).

Cette digression anatomo-pathologique vous montre, entre autres choses, que les lésions destructives de la syringomyélie peuvent avoir une étendue très variable dans le sens transversal et dans le sens de la longueur; en conséquence, elles détruisent des systèmes fonctionnels et anatomiques divers, en donnant lieu à des associations symptomatiques tout aussi variées. Il n'est donc pas étonnant que la symptomatologie de la syringomyélie soit des plus changeantes, des plus polymorphes. Il n'est pas davantage surprenant de voir cette affection simuler avec plus ou moins de ressemblance la plupart des maladies qui ont pour siège principal ou exclusif la moelle et son prolongement bulbo-protubérantiel : atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne, poliomyélite antérieure chronique, pachyméningite cervicale hypertrophique, sclérose latérale amyotrophique, paralysie glosso-labio-laryngée, sclérose en plaques, tabes dorsal, sans compter la lèpre et la maladie de Morvan, avec lesquelles elle a d'étroites relations de parenté. Ainsi, la nécessité s'est imposée aux pathologistes et aux cliniciens de distinguer un certain nombre de formes ou de modalités cliniques de la syringomyélie.

Or, pour si polymorphe qu'elle soit, la symptomatologie de cette affection repose en quelque sorte sur un fonds commun à ses divers types, sur une association de phénomènes morbides presque toujours présents et dont la réunion imprime un cachet spécial au tableau clinique. Ces phénomènes morbides peuvent se diviser en quatre groupes, à savoir :

a) *Des troubles trophiques*, qui presque toujours intéressent les muscles, en donnant lieu à une amyotrophie ayant souvent une distribution et des caractères somatiques assez semblables à ceux de l'atrophie musculaire du type Aran-Duchenne. Presque toujours aussi, ils intéressent également la peau et le tissu cellulaire, plus rarement les os ou les jointures, en produisant un épaississement ou une atrophie de la peau, des fissures, crevasses et ulcérations, des panaris, des arthropathies. Ils s'accompagnent de troubles vasomoteurs et sécrétoires (cyanose, refroidissement des extrémités), d'anomalies de la sécrétion sudorale (hyperhidrose);

b) *Des troubles de la sensibilité* superficielle offrant, dans la très grande majorité des cas, les caractères de l'*anesthésie partielle dissociée :* le plus souvent celle-ci ne porte que sur la sensibilité au chaud et au froid, et sur la sensibilité à la douleur. Pour ce qui est de la distribution de cette anesthésie, jusqu'à ces dernières années on la qualifiait de *segmentaire*, afin d'indiquer qu'elle correspond à des segments de membres (anesthésie en gantelet, en manchette, en épaulette, etc., etc.), comme l'anesthésie hystérique. Cette opinion compte encore des partisans. Toutefois, si l'on s'en rapporte aux recherches et aux observations de Lähr, de Hahn, d'Obersteiner, de Redlich, de Van Gehuchten, de Dejerine, l'anesthésie superficielle, chez les syringomyéliques, serait distribuée par *bandes longitudinales* ou *zones radiculaires*, comme dans les lésions traumatiques des racines postérieures ou les lésions transverses de la moelle; cela, du moins, au début de l'affection. A une période plus avancée, cette distribution, dite *radiculaire*, devient difficile à mettre en évidence; ce qui domine alors, c'est une distribution par *segments géométriques*, avec îlots d'anesthésie totale superposés à des zones plus vastes d'anesthésie partielle;

c) Une déviation de la colonne vertébrale, sous la forme d'une *scoliose* ou d'une *cypho-scoliose;*

d) Enfin des *troubles moteurs* paralytiques, qui ne font presque jamais défaut. Ils peuvent être subordonnés à l'atrophie musculaire, ou se montrer indépendamment d'elle.

Entrons maintenant dans le vif de la discussion que soulève le cas de notre malade. Passons en revue les différents ordres de symptômes que nous constatons chez lui, et voyons s'ils répondent aux descriptions qu'on a données des principales modalités de la syringomyélie.

Et, tout d'abord, le mode de début des accidents cadre-t-il avec l'hypothèse soulevée? Subitement, à la suite d'une marche pénible, cet homme a été atteint d'une grande faiblesse de la jambe gauche, faiblesse qui s'est accrue jusqu'à nécessiter l'alitement, et qui, après quinze jours de repos, s'atténua, mais sans jamais disparaître : au point que, dans la suite, quand le patient a repris une vie active, la parésie motrice s'est généralisée aux quatre membres, et a gagné en intensité, aux membres inférieurs, jusqu'à rendre la marche impossible. Il est à remarquer que cette impuissance motrice ne s'est pas développée à la suite de l'atrophie musculaire. Actuellement, nous constatons bien un certain degré d'atrophie dégénérative des deltoïdes, des sus et sous-épineux, des rhomboïdes, des muscles du bras, des triceps cruraux, plus prononcée à gauche qu'à droite; mais on ne saurait prétendre que les troubles moteurs paralytiques sont adéquats à cette atrophie des muscles, qu'ils dépendent d'elle exclusivement, car l'impuissance fonctionnelle des muscles atteint son maximum aux jambes, où l'atrophie est nulle.

Tout cela correspond-il à ce que nous savons de la symptomatologie de la syringomyélie? Dans mes précédentes leçons (1) sur cette affection, je vous ai cité des observations où le début s'était précisément fait sous la forme d'une subite faiblesse d'un membre ou d'un segment de membre, où la paralysie revêtait tantôt la forme monoplégique, tantôt la forme paraplégique, tantôt même la forme généralisée, tout en étant inégalement répartie aux différents segments de membre. J'ai insisté sur ce fait que, dans les cas de syringomyélie, l'impuissance motrice peut être indépendante de toute atrophie musculaire, celle-ci faisant complètement défaut. Or, il n'y a pas encore très longtemps, on croyait et on enseignait que la paralysie motrice, chez les syringomyéliques, est adéquate à l'amyotrophie, comme dans l'atrophie musculaire progressive. Cette thèse n'est plus soutenable aujourd'hui. Tout ce que je vous rappelle là avait déjà été signalé en termes explicites par M. Schlesinger (de Vienne), auteur d'une excellente monographie sur la syringomyélie (1).

Chez notre malade, non seulement la paralysie n'est pas flasque, mais elle revêt au plus haut degré le caractère spasmodique. D'emblée, la parésie de la jambe droite s'est accompagnée d'une exagération du réflexe patellaire; actuellement on se heurte à une assez grande résistance quand on essaie d'imprimer des mouvements passifs aux membres; les réflexes tendineux sont très exagérés, à gauche surtout. Eh bien, cette association de l'élément spasmodique à la paralysie motrice a été constatée dans un assez grand nombre de cas de syringomyélie.

Pour ce qui me concerne, j'ai publié l'observation d'un malade à l'autopsie duquel furent constatées les lésions caractéristiques de la syringomyélie; de son vivant, il avait présenté une rigidité spasmodique généralisée (2). Il y a quatre ans, j'ai consacré deux de mes leçons du vendredi à l'étude du cas d'un malade qui offrait un ensemble assez complexe de manifestations morbides : les unes se rattachaient à la symptomatologie de la syringomyélie, les autres à celle de la sclérose en plaques. J'avais conclu qu'il s'agissait apparemment d'un cas de syringomyélie à forme de sclérose en plaques. A cette occasion, je vous avais rappelé que l'une des formes frustes ou anormales que peut revêtir la sclérose en plaques reproduit, trait pour trait, la symptomatologie du tabes spasmodique, de ce syndrome qu'on a eu tort de prendre pour une entité morbide, et je vous avais signalé, en outre, que *les symptômes du tabes spasmodique peuvent également occuper une place prépondérante parmi les manifestations de la syringomyélie atypique.* Je vous ai cité des observations qui prouvent amplement le bien-fondé de cette opinion.

Donc, ni le mode de début des accidents sous la forme d'une parésie motrice subite de la jambe droite, ni la distribution actuelle de la paralysie et son inégale intensité en différentes régions, ni son caractère spasmodique, ne sont en désaccord avec ce que nous savons de la symptomatologie, essentiellement polymorphe, de la syringomyélie.

En est-il encore de même des troubles sensitifs présentés par notre malade? Assurément. Aussi bien, ce qui domine l'ensemble des troubles objectifs de la sensibilité que nous avons relevés, c'est leur caractère partiel, *dissocié :* sur presque toute l'étendue du tégument externe, la sensibilité tactile est conservée, tandis que la sensibilité à la piqûre, c'est-à-dire à la douleur, ainsi que la sensibilité au chaud et au froid sont abolies ou émoussées. C'est seulement au cuir chevelu, dans une partie du visage, de la main droite et de la face dorsale des pieds, que l'anesthésie intéresse les trois manières d'être de la sensibilité superficielle : tactile, douloureuse ou thermique. Eh bien, tout cela cadre également avec ce que nous savons des troubles objectifs de la sensibilité dans la syringomyélie. Tout d'abord, quand l'attention des cliniciens commença à se porter sur cette affection, on vécut sur la notion erronée que la forme d'anesthésie dite *dissociée* appartenait exclusivement à la symptomatologie de la syringomyélie. Notion erronée, vous dis-je. En effet, l'anesthésie par-

(1) F. Raymond. Clinique des maladies du système nerveux (hospice de la Salpêtrière, 1895-1896). 2e série. Leçons XXV et XXVI, p. 516 et 534. Paris, 1897.

(1) H. Schlesinger. Die Syringomyelie. Vienne, 1895.

(2) F. Raymond. (*Loc. cit.*)

tielle, qualifiée de dissociée, se rencontre dans d'autres maladies (tabes dorsal, sclérose en plaques, névrites radiculaires, polynévrites, etc., etc.), sans compter l'hystérie. Puis, elle peut manquer dans des cas de syringomyélie, en ce sens que l'anesthésie, au lieu d'être partielle et dissociée, sera totale; au lieu de n'intéresser qu'une ou deux des trois modalités de la sensibilité superficielle, elle les affectera toutes conjointement. Il y a quatre ans, j'ai consacré une leçon à un cas de syringomyélie vérifié à l'autopsie, avec anesthésie totale. A cette occasion, je vous citais une série de faits semblables, publiés par divers auteurs; je vous exposais aussi les arguments susceptibles de faire supposer que l'anesthésie totale de la syringomyélie est très vraisemblablement en rapport avec l'envahissement des cordons postérieurs par les lésions cavitaires.

Quoi qu'il en soit, les troubles objectifs de la sensibilité chez notre malade concordent bien avec la symptomatologie de la syringomyélie. Au demeurant, dans cette affection, les troubles sensitifs sont des plus polymorphes, en raison même de la topographie et de l'étendue si variables des lésions destructives du névraxe. Dès lors, rien d'étonnant qu'aux troubles de la sensibilité superficielle puissent s'associer des troubles des sensibilités profondes, articulaire et musculaire, comme cela a lieu chez notre patient.

Pour les mêmes raisons, les troubles subjectifs de la sensibilité ne sont pas moins polymorphes que les troubles objectifs. On observe indifféremment des phénomènes de paresthésie (engourdissement, fourmillements, sensations insolites de chaleur, de froid, etc.), des douleurs fixes et constrictives, des douleurs irradiées et fulgurantes.

L'existence d'une cypho-scoliose constitue un autre argument en faveur de la légitimité du diagnostic que je suis en train de discuter. En effet, cette déviation de la colonne vertébrale fait partie intégrante du tableau classique de la syringomyélie. Elle ne fait presque jamais défaut quand cette maladie est arrivée à une période un peu avancée de son évolution. L'abaissement de l'épaule gauche, que nous constatons chez notre sujet, en est une conséquence.

La même remarque peut s'appliquer aux troubles vasomoteurs présentés par cet homme : ce genre de désordres manque très rarement dans les cas de syringomyélie. Le plus souvent on observe de la cyanose, de l'œdème et du refroidissement des extrémités, souvent aussi des anomalies de la sécrétion sudorale ou encore un abaissement de la température locale. Ici, nous constatons de la cyanose des mains et des pieds, sitôt que ces parties sont exposées au contact direct de l'air. En outre, les doigts et les orteils, œdématiés, sont le siège d'un refroidissement local. D'anomalies de la sudation, il ne paraît pas en exister.

Restent les manifestations que j'ai qualifiées de bulbaires, en raison du siège présumé des lésions susceptibles de nous expliquer leur développement. Elles font également partie intégrante de la symptomatologie de la syringomyélie, dont la gliose cavitaire évolue et dans la moelle et dans son prolongement bulbo-protubérantiel : il est exceptionnel qu'elle se cantonne dans l'une de ces deux portions du névraxe. Corrélativement, la clinique nous enseigne que presque toujours la syringomyélie se traduit par un mélange de manifestations spinales et bulbaires. Quand ces dernières tiennent une place prépondérante dans le tableau morbide, on parle de formes bulbaires ou, plus exactement, bulbo-protubérantielles de la syringomyélie. Ces formes bulbaires sont plus nombreuses encore que les formes spinales. J'ai consacré jadis à leur histoire une de mes leçons du vendredi (1). A ce propos, j'énumérais les diverses catégories de phénomènes morbides qui composent leur symptomatologie. Parmi les plus fréquents, je citais : les troubles de la sensibilité des muqueuses du larynx, du pharynx et du voile du palais (anesthésies partielles ou totales); les troubles de l'innervation motrice des globes oculaires (nystagmus latéral); l'atrophie des muscles de la langue, habituellement limitée à une moitié de l'organe; la paralysie de la moitié ou de la totalité du voile du palais. Or, qu'observons-nous chez notre malade, en fait de manifestations bulbo-protubérantielles ? Comme telles, nous constatons : *a*) une anesthésie dans la zone de distribution du trijumeau gauche; *b*) une anesthésie totale de la muqueuse du pharynx, de la luette, du voile du palais, de la base de la langue; *c*) une hémiatrophie de la langue, — tous phénomènes morbides qui comptent parmi les manifestations bulbaires les plus fréquentes de la syringomyélie.

Notre homme présente, en outre, une kératite neuro-paralytique de l'œil gauche, conséquence de l'anesthésie totale des tissus innervés par le trijumeau de ce même côté. Enfin, comme autres manifestations bulbaires, nous avons relevé chez lui une diminution assez considérable de l'acuité auditive à droite, et une abolition de la sensibilité gustative à gauche. Ce genre de désordres est connu également pour figurer au nombre des manifestations bulbaires de la syringomyélie.

En somme, tous les phénomènes morbides qui composent le syndrome réalisé chez ce malade cadrent avec le diagnostic de syringomyélie à forme bulbo-spinale. En dehors de l'hystérie, je ne vois pas d'autre affection à laquelle il y ait lieu de songer. Rien, dans l'aspect du patient, ne rappelle, même de loin, ce qu'on observe dans l'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne. On en peut dire autant pour ce qui concerne la sclérose latérale amyotrophique et la pachyméningite cervicale hypertrophique. D'autre part, le sujet n'a pas la parole scandée ni le tremblement, dit intentionnel, qui comptent au nombre des symptômes cardinaux de la forme commune de la sclérose en plaques. D'ailleurs, les troubles objectifs de la sensibilité se présentent chez lui avec une intensité, une étendue et un caractère de dissociation qu'on ne rencontre jamais dans la maladie que je viens de nommer; je me suis longuement expliqué là-dessus, il y a environ dix-huit mois, dans une leçon où je me suis occupé des troubles de la sensibilité qu'on observe dans la sclérose en plaques. Enfin notre malade n'offre aucun des symptômes classiques du tabes; au contraire, il a de l'exagération des réflexes tendineux, allant jusqu'à la trépidation spinale, à l'inverse de ce qui se voit dans le tabes dorsal.

Je viens de passer rapidement en revue les affections organiques des centres nerveux sous les dehors desquelles la syringomyélie, avec sa symptomatologie si polymorphe, peut parfois évoluer.

Reste l'hystérie.

Il entre précisément dans les habitudes de la grande névrose de se révéler par une monoplégie à début brusque intéressant à la fois le mouvement et le sentiment, et avec laquelle coïncide une exagération des réflexes. Or, vous vous rappelez que la maladie, dans le cas présent, a débuté par une subite faiblesse de la jambe droite, accompagnée d'une insensibilité de ce segment de membre et d'une exagération des réflexes rotuliens. Il est habituel, en outre, que les paralysies hystériques mettent une égale rapidité à se montrer et à disparaître : ici encore, la faiblesse de la jambe droite, après avoir dégénéré en paralysie, ne subsistait plus qu'à l'état de trace au bout de quinze jours. Fréquemment, enfin, l'hystérie donne lieu à des anesthésies segmentaires, comme c'est le cas chez notre malade, et à des hyperesthésies concomitantes; exceptionnellement, les anesthésies hystériques réalisent même le caractère de la dissociation. Je ne crois pas cependant que, là où l'hystérie seule est en jeu, ce symptôme soit aussi marqué qu'il l'est chez notre malade.

En tout cas, certaines des manifestations présentées par cet homme sont étrangères à la symptomatologie de l'hystérie, à savoir : l'hémiatrophie de la langue, l'atrophie cantonnée dans un certain nombre de muscles, la kératite neuro-paralytique, sans compter la progressivité de l'ensemble des manifestations morbides. D'autre part, en cas d'anesthésie hystérique, le pincement de la peau, dans les régions anesthésiées, provoque les mêmes réflexes pupillaires qu'à l'état normal, contrairement à ce qui a lieu chez cet homme. Enfin, les paralysies et les anesthésies hystériques s'observent seulement chez des individus présentant des stigmates de la grande névrose. Or, abstraction faite de l'anesthésie pharyngée, nous ne constatons rien, dans le cas présent, qui puisse être interprété comme tel.

En fin de compte, je tiens pour ferme et acquis le diagnostic que j'ai formulé au début de cette discussion : il s'agit d'un exemple de syringomyélie bulbo-protubérantielle.

La syringomyélie a pour substratum des lésions incurables. Quand celles-ci sont limitées à la partie rachidienne du névraxe, elles peuvent permettre une survie assez longue. Il n'en est plus de même quand elles ont envahi le prolongement bulbo-protubérantiel de la moelle. En pareil cas, il y a lieu de craindre un dénouement fatal à bref délai, étant donnée l'importance fonctionnelle des territoires qui composent cette partie des centres nerveux, étant donnée aussi la tendance à l'extension progressive que manifeste le processus syringomyélique. C'est vous dire que le pronostic de notre malade se présente sous des couleurs assez sombres; pour peu que son atrophie linguale progresse, pour peu que se prononce et s'étende son anesthésie de l'arrière-gorge, il se trouvera exposé aux dangers d'une inanition lente et surtout au grave péril d'une bronchopneumonie par déglutition, due à la pénétration de germes infectieux et de parcelles alimentaires dans les voies respiratoires : autant d'accidents contre lesquels notre thérapeutique dispose de moyens trop faiblement palliatifs, impuissante qu'elle est, d'autre part, à entraver ou à retarder l'évolution des lésions cavitaires de la syringomyélie.

(1) F. Raymond. Clinique des maladies du système nerveux. Leçon XVIII, p. 327. Paris, 1896.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 septembre 1901.

Sur l'apparition simultanée des moustiques du genre Anopheles et des premiers cas de paludisme dans la région de Constantine.

M. A. Billet. — En Algérie, notamment dans la province de Constantine, les cas de paludisme de première invasion se déclarent à la fin du mois de juin; j'ai cherché à déterminer si cette date coïncide avec l'apparition des premiers anopheles, puisque ces insectes paraissent être les principaux agents de transmission de l'infection paludéenne.

Ce n'est qu'à partir du 15 juin que j'ai pu recueillir des anopheles; j'en ai trouvé, en particulier, en trois points différents occupés par des troupes (caserne du Bardo, pénitencier d'Aïn-el-Bey, baraquements du polygone); or, du 26 juin au 10 juillet, entraient successivement à l'hôpital militaire de Constantine 7 soldats provenant des points en question; tous les 7 étaient atteints d'un paludisme de première invasion; c'étaient, d'ailleurs, de jeunes soldats, incorporés seulement depuis le mois de novembre précédent.

Ces faits me paraissent démontrer d'une façon irréfutable le rapport de cause à effet existant

entre l'apparition des anopheles et l'éclosion des premiers cas de paludisme.

Je tiens à signaler en terminant que, sur deux des anopheles recueillis au pénitencier d'Ain-el-Bey, j'ai pu reconnaître, dans la paroi stomacale, la présence de kystes renfermant en abondance les sporozoïtes caractéristiques de l'hématozoaire de Laveran.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Ictère et grossesse, par M. Pérochaud.

La jaunisse, exceptionnelle dans la grossesse, y est généralement très grave, car elle a d'ordinaire pour effet l'expulsion prématurée du fœtus. A ce titre, nous croyons devoir résumer l'observation publiée par M. Pérochaud, puisque, malgré l'intensité des manifestations ictériques, la gravidité ne fut en rien troublée chez la malade qui en fait l'objet.

Il s'agit d'une femme de vingt-trois ans, présentant, comme antécédents, une variole de la première enfance et une atteinte de charbon il y a un an. Cette femme était enceinte de cinq mois et, depuis le début de sa grossesse, sa santé s'était maintenue bonne, quand elle fut prise d'une sensation de malaise général, avec inappétence, rachialgie et épistaxis; au bout d'une semaine, la situation s'étant aggravée, elle se décida à entrer à l'hôpital. A ce moment, elle était plongée dans un état de prostration profonde et éprouvait des douleurs aiguës, mal localisées. Son haleine était fétide, sa langue saburrale. Bien que la constipation fût opiniâtre et que les selles se montrâssent décolorées, il n'y avait pas de coloration jaune du tégument ni des conjonctives. L'auscultation du cœur révélait un souffle systolique léger à la mitrale. A la palpation, on trouvait un foie petit, douloureux à la pression, une rate grosse; le pouls était fréquent, quoiqu'il n'y eût pas de fièvre; les urines contenaient des traces de pigment biliaire.

L'ictère apparut le lendemain et ne fit que s'accroître les jours suivants, en même temps que la prostration augmentait et que les troubles digestifs devenaient plus intenses; il survint même quelques vomissements; la rachialgie et la céphalalgie demeuraient très violentes; dans les urines, on décelait en abondance des pigments biliaires et de l'indican.

Peu à peu, cependant, la prostration diminua; la coloration des téguments s'atténua; les phénomènes gastro intestinaux s'amendèrent, sauf la constipation, et au bout d'une vingtaine de jours — moins de quatre semaines après le début de l'affection — cette femme était complètement guérie. Elle mena sa grossesse à terme sans incident, et donna le jour à une fillette forte et bien constituée qu'elle put nourrir elle-même. (*Gaz. méd. de Nantes*, 27 juillet 1901.) — F. F.

Sur deux cas d'adénoïdite calculeuse, par M. Brindel.

Dans le présent travail, l'auteur relate deux observations de calculs intra adénoïdiens, forme d'adénoïdite qui ne paraît pas avoir été signalée jusqu'ici.

Le premier de ces cas est relatif à une femme de trente-trois ans, chez laquelle des végétations adénoïdes méconnues étaient, depuis nombre d'années, la cause de crises d'asthme; en pratiquant l'ablation d'une de ces végétations, M. Brindel sentit un corps dur arrêter l'adénotome; il put néanmoins vaincre cette résistance. Sur la pièce enlevée, il constata la présence, en plein tissu adénoïdien, d'un calcul allongé, ayant 6 millimètres de long sur 4 de large et 2 d'épaisseur, pesant 0 gr. 034 milligr. après dessiccation, et constitué par du phosphate et du carbonate de chaux, avec des traces de fer et de matières organiques.

Le second fait concerne un enfant d'une douzaine d'années, chez lequel l'auteur, au cours d'un toucher naso-pharyngien, perçut et put extraire avec l'ongle une petite concrétion logée aussi dans le tissu adénoïdien, et n'ayant que les dimensions d'une tête d'épingle.

Cette formation de calculs dans les végétations adénoïdes n'a rien de surprenant, ces tumeurs présentant la même structure que l'amygdale palatine où les concrétions sont fréquentes. Dans ce dernier cas, on attribue l'origine des productions pierreuses à la précipitation, par certains microorganismes, des sels de la salive. Comme le fait observer M. Brindel, une telle interprétation n'est pas admissible pour les végétations naso-pharyngiennes; aussi estime-t-il qu'il s'agit plutôt, en l'espèce, de la « décomposition inflammatoire » du mucus sécrété par les petites glandes de la région. (*Gaz. hebd. de Bordeaux*, 11 août 1901.) — F. F.

Sur la question des composés chloro-organiques de l'urine, par MM. J. Ville et J. Moitessier.

Quelques auteurs ont admis que, de même que le soufre et le phosphore, le chlore est susceptible de se trouver dans l'urine non seulement sous forme de chlorures minéraux, mais aussi de composés chloro-organiques.

En effet, si, dans une urine, on précipite les sulfates, phosphates, urates, etc., au moyen d'eau de baryte, puis les chlorures minéraux par l'addition d'azotate d'argent et, qu'après filtration et évaporation de la liqueur, on calcine le résidu en présence, soit de carbonate et d'azotate de sodium, soit de chaux et d'azotate de calcium, il est possible de mettre en évidence dans les cendres, au moyen de la liqueur argentique, la présence de composés chlorés.

C'est ce point qu'ont d'abord vérifié MM. Ville et Moitessier; or, ils ont constaté que l'on obtient ainsi, non pas un abondant précipité de chlorure d'argent, mais bien un *très léger louche;* ils ont alors recherché l'origine des faibles quantités de chlore ainsi décelées, et ils ont pu s'assurer qu'il s'agit de traces de chlorures minéraux retenus, lors de la précipitation, par l'urée et les autres principes extractifs; en effet, on obtient des résultats identiques en opérant non plus sur de l'urine, mais sur une simple solution d'urée (2 %) et de chlorure de sodium (1 %).

La question leur paraît donc définitivement tranchée : à leur avis, l'urine ne renferme pas de chlore à l'état de composés chloro-organiques. (*Nouveau Montpellier méd.*, 30 juin 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur la compensation des lésions mitrales, par M. D. Gerhardt.

D'après von Basch et ses élèves, l'hypertrophie du ventricule droit, consécutive aux lésions de la mitrale, constituerait une adaptation du cœur aux troubles circulatoires causés par la lésion valvulaire, mais serait incapable, contrairement à l'opinion généralement admise, de compenser l'obstacle apporté à la circulation sanguine par le fonctionnement défectueux de la valvule. D'autre part, pour cet auteur, la conséquence immédiate d'une altération de la mitrale serait une augmentation de volume du poumon et une rigidité plus ou moins grande de cet organe, par stase du sang dans les vaisseaux pulmonaires, et l'hyperémie veineuse du poumon, ainsi que les troubles de la respiration qui en résultent, constitueraient les premiers symptômes de la lésion valvulaire. C'est cette double opinion de von Basch que M. Gerhardt critique dans le présent travail.

En ce qui concerne la nature des troubles fonctionnels en cas d'affection mitrale, il est vrai que la stase veineuse dans les vaisseaux pulmonaires a pour effet d'augmenter le volume du poumon, mais il n'est pas prouvé que cette modification entrave d'une façon appréciable l'expansion et la rétraction du parenchyme pulmonaire; d'ailleurs, von Basch a expérimenté avec des différences de pression considérables et assurément susceptibles de produire, à elles seules, un certain degré de rigidité du poumon. Par contre, M. Gerhardt a vu que l'on peut déterminer artificiellement une stase pulmonaire telle que la pression dans la veine pulmonaire soit à peu près égale à celle de l'artère, sans que pour cela la capacité respiratoire du poumon diminue; il estime, par suite, qu'il n'y a pas lieu d'admettre que la stase veineuse du poumon met obstacle d'une façon appréciable à la ventilation pulmonaire, chez les sujets atteints de lésion de la mitrale; à son avis, c'est uniquement dans l'obstacle apporté par cette lésion à la circulation générale et à la nutrition des organes qu'il faut chercher la cause des troubles.

Enfin, il est connu que, dans la dyspnée cardiaque, l'hématose est incomplète même si l'on donne aux malades de l'oxygène pur à respirer; on a expliqué cette anomalie par une altération des parois des capillaires, due à la stase chronique et à la pression intravasculaire surélevée à laquelle ces vaisseaux sont soumis. Les troubles respiratoires accompagnant une lésion mitrale ne sont donc pas, comme le prétend von Basch, la conséquence de l'augmentation de volume et de la rigidité du poumon, mais bien d'altérations vasculaires résultant de la stase pulmonaire persistante.

Quant au mécanisme de la compensation, les facteurs que l'on peut invoquer sont la contraction plus énergique de la musculature de l'oreillette, l'aspiration diastolique plus complète du ventricule et, enfin, l'augmentation de la pression sanguine dans la veine pulmonaire. L'hypertrophie et la dilatation de l'oreillette gauche existent toujours dans la sténose de la mitrale, mais la compensation produite de ce fait est certainement peu importante, en raison de la faible masse musculaire dont il s'agit; d'ailleurs, il y a de sérieuses raisons de penser que la musculature d'une oreillette constamment distendue devient rapidement insuffisante. Pour ce qui est de la seconde hypothèse, M. Gerhardt a recherché avec soin quelque signe démontrant la réalité d'une aspiration ventriculaire plus complète pendant la diastole, mais il n'a jamais pu constater la moindre hypertrophie soit générale, soit localisée à certains faisceaux musculaires du ventricule gauche. On en est donc réduit à admettre l'intervention d'une augmentation de la pression sanguine dans l'oreillette et la veine pulmonaire, augmentation qui ne peut, à son tour, résulter que d'une activité plus considérable du ventricule droit, ce qui expliquerait l'hypertrophie constante de cette partie du cœur chez les sujets atteints de rétrécissement mitral.

Comme on a, d'autre part, mis en doute l'importance pratique de l'hypertrophie du ventricule droit, l'auteur s'est efforcé de déterminer expérimentalement si ce ventricule est capable, à lui seul, de ramener à la normale la pression aortique abaissée par une sténose artificielle de la mitrale. Il a introduit à cet effet dans l'oreillette gauche — par l'auricule du même côté —, et de là dans l'orifice mitral, une ampoule de caoutchouc adaptée à une sonde creuse. En gonflant l'ampoule, il provoquait un rétrécissement plus ou moins complet de la mitrale, dont la conséquence était un abaissement immédiat de la pression aortique. Or, dès que la stase veineuse amenait dans la veine pulmonaire une augmentation de pression dépassant 5 millimètres de mercure, la pression commençait à monter aussi dans l'artère pulmonaire, d'où l'on peut conclure que les capillaires du poumon n'opposent qu'une résistance relativement faible à la transmission des différences de pression du système veineux au système artériel, ou réciproquement. Dans une autre série de recherches, M. Gerhardt a établi que si l'on élève artificiellement la pression dans l'artère pulmonaire par l'injection d'une certaine quantité de sérum physiologique, la pression aortique, diminuée par la sténose mitrale artificielle, revient au niveau primitif et peut même le dépasser. Il conclut de ces deux ordres de faits qu'une augmentation de l'activité du ventricule droit est réellement à même de compenser l'obstacle produit par le rétrécissement mitral, et que l'on est autorisé à considérer l'hypertrophie de ce ventricule comme un phénomène de compensation véritable. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, XLV, 3-4.) — A. J.

Une forme rare d'abcès mastoïdien compliqué d'un abcès de la parotide, par M. Falta.

Les deux observations que publie l'auteur dans le présent travail sont intéressantes surtout par la localisation peu ordinaire qu'y affecta l'abcès mastoïdien. Une collection purulente renfermée dans l'apophyse mastoïde peut, en effet, se frayer une voie au dehors en suivant plusieurs directions. Dans les cas les plus favorables, elle se déverse dans l'oreille moyenne à travers l'*aditus ad antrum* et

s'écoule à l'extérieur par le conduit auditif; d'autres fois, elle se fait jour à travers la face antérieure de l'apophyse mastoïde. Les conditions deviennent moins favorables lorsque le pus pénètre dans le conduit auditif en perforant sa paroi postéro-supérieure, car ce point ne constituant pas la partie la plus déclive de la cavité mastoïdienne, celle-ci ne peut se vider complètement, et les injections faites en cet endroit ne pénètrent pas dans toutes les parties de la cavité. Enfin, dans quelques cas, heureusement très rares, la collection purulente traverse la partie la plus inférieure de la paroi antérieure de l'apophyse mastoïde et envahit le conduit auditif par sa paroi postéro-inférieure, au niveau de la réunion des portions osseuse et cartilagineuse. Cette dernière éventualité se présente comme la plus défavorable au point de vue de l'écoulement du pus et du traitement de l'abcès mastoïdien à l'aide d'injections antiseptiques.

En plus de cet inconvénient, l'irruption du pus dans le conduit à travers sa paroi postéro-inférieure peut devenir facilement une cause d'erreur pour le praticien, car on se trouve alors en présence d'une tumeur obstruant le conduit auditif et empêchant l'inspection de la caisse, tandis que les parties molles qui recouvrent l'apophyse mastoïde présentent le plus souvent une apparence tout à fait normale. La première idée qui vient à l'esprit, en pareil cas, c'est qu'il s'agit d'un furoncle du conduit auditif, et c'est, en effet, ce diagnostic qui avait été porté tout d'abord dans les deux faits relatés par M. Falta. La confusion est d'autant plus facile que les douleurs, la fièvre, les frissons, la tuméfaction ganglionnaire qui accompagnent cette tumeur s'observent aussi bien au cours d'un abcès mastoïdien que dans la simple furonculose du conduit. Lorsque les malades ne font remonter leur état qu'à quelques jours, il y a bien des chances pour qu'on ait affaire à un furoncle; cependant, une inflammation aiguë de l'apophyse mastoïde aboutit parfois, dans l'espace de peu de jours, à la formation d'un abcès et d'une fistule. Il faut ajouter, en outre, que l'interrogatoire du patient ou de son entourage ne fournit le plus souvent aucune donnée précise de nature à faciliter le diagnostic; c'est qu'il peut s'agir — et c'était le cas des deux malades observées par l'auteur — d'otorrhées chroniques ayant subi un long temps d'arrêt, et dont les patients se croient guéris, au point qu'ils jugent inutile d'en parler au médecin.

Aussi bien, quand le diagnostic n'a pu être établi avant toute intervention, on se rendra compte de la nature de la lésion, une fois l'abcès ouvert : dans l'hypothèse de furoncle, la quantité de pus qui s'écoule après l'incision est en proportion avec les dimensions de la petite tumeur; dans les cas d'abcès mastoïdien, au contraire, le pus coule en abondance pendant plusieurs jours et présente une odeur très fétide, pour peu qu'il existe — et il en est très souvent ainsi — de la carie osseuse.

Il importe encore de signaler que, dans les deux cas relatés par l'auteur, l'abcès mastoïdien était compliqué d'un abcès de la parotide. On s'explique facilement cette propagation, lorsqu'on songe au peu de distance qui sépare de cette glande un abcès situé dans la paroi postéro-inférieure du conduit auditif. La collection purulente peut alors envahir la parotide soit par le point de réunion des portions cartilagineuse et osseuse du conduit, soit par une des incisures de Santorini, soit enfin par la voie sanguine et lymphatique. Dans l'un des cas de M. Falta, l'infection avait dû suivre cette dernière voie, car on ne put, par aucun des procédés en usage, établir l'existence d'une communication entre les deux abcès.

La collection purulente parotidienne doit être ouverte le plus tôt possible; si l'on temporise, en effet, ou qu'on laisse l'abcès s'ouvrir spontanément, on expose le malade à une paralysie faciale totale, souvent irréparable. Chez l'une des malades observées par l'auteur et dont l'abcès parotidien avait été abandonné à lui-même, cette paralysie persiste depuis cinq ans. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, juin 1901.) — S. J.

Les rétentions menstruelles dans le cas de voies génitales simples ou doubles, par M. C. H. Stratz.

On admet généralement, avec M. Veit, que toutes les atrésies dans les cas où le canal génital est unique, et celles qui s'accompagnent d'hématosalpinx quand le canal génital est double, doivent être mises sur le compte d'une infection ascendante. Dans le présent travail, M. Stratz combat l'absolutisme de cette proposition, en s'appuyant sur trois pièces qu'il a eu l'occasion d'examiner.

Les seules lésions qu'elles présentâssent étaient un aplatissement des épithéliums de revêtement — lesquels manquaient par endroits — et des franges (dans la trompe), ainsi que de la congestion des vaisseaux de la muqueuse; par contre, la couche musculaire était intacte ou n'offrait que de l'atrophie simple; nulle part, on ne trouvait trace d'un processus inflammatoire quelconque. Sur une de ces pièces — utérus double avec deux conduits vaginaux, dont l'un atrophique —, la trompe droite, distendue par un hématosalpinx, communiquait librement avec un hématomètre de l'utérus droit.

Les adhérences des deux surfaces muqueuses dépouillées de leur épithélium, la coagulation du sang et le boursouflement de la muqueuse par la congestion de ses vaisseaux créent un obstacle bien suffisant, d'après l'auteur, à expliquer la rétention du sang menstruel.

Dans les trois pièces précitées existait un hématosalpinx : or, on avait remarqué, à l'opération, que l'artère utéro-ovarienne était assez grosse, tandis que l'utérine demeura invisible et ne put être liée. Il ne s'agit peut être là que d'une coïncidence, mais M. Stratz se demande si le développement prédominant de l'un ou l'autre de ces vaisseaux ne favorise pas la production, tantôt d'un hématosalpinx et tantôt d'un hématomètre. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 1.) — R. DE B.

De la strumite consécutive à la pneumonie, par M. Schlender.

La strumite, ou inflammation d'un corps thyroïde goitreux, a été constatée après un grand nombre d'infections de toute nature, parmi lesquelles figure la pneumonie. Toutefois, les cas publiés jusqu'à présent étant encore fort peu nombreux, l'auteur croit devoir rapporter un nouveau fait qu'il a observé dans le service de M. le professeur Hahn, à Berlin.

Le patient, âgé de cinquante-deux ans, fut atteint, cinq jours après le début d'une pneumonie du lobe supérieur du poumon droit, d'une tuméfaction peu considérable et peu douloureuse au niveau d'un petit goitre préexistant. Au bout de dix jours, la situation empira, malgré un état pulmonaire très satisfaisant. On pratiqua une incision parallèle au sterno-mastoïdien gauche, ce qui permit d'évacuer une grande quantité de pus épais mélangé de fragments calcaires dont certains avaient 1 centimètre de longueur. L'état fébrile persista cependant, et le malade succomba huit jours après l'intervention.

L'autopsie montra que la mort était due à une endocardite maligne des valvules aortiques et à des embolies artérielles au niveau du rein gauche. L'examen bactériologique, de son côté, fit voir qu'il s'agissait d'une infection mixte par le pneumocoque et le streptocoque pyogène. Cette association microbienne explique l'évolution fatale de ce cas; la strumite produite par le pneumocoque seul a, en effet, une marche relativement bénigne. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 3-4.) — F. DE Q.

Nouvelle méthode de traitement de la dysménorrhée due à une antéflexion utérine congénitale, par M. Th. Alexandroff.

La dysménorrhée, dans les antéflexions utérines congénitales, tenant surtout au rétrécissement de l'orifice interne, plusieurs gynécologistes ont cherché à y remédier en fendant le canal cervical. Cette intervention est efficace contre la sténose, mais elle a le défaut de laisser l'utérus ouvert à toutes les infections parties du vagin. M. Alexandroff pense que le procédé suivant permet d'éviter cet inconvénient.

Le cul-de-sac vaginal antérieur est incisé en travers et le col libéré jusqu'au niveau de l'orifice interne. Un bistouri étroit, introduit dans le canal cervical, fend la paroi antérieure du col sur la ligne médiane : la lame est tenue de façon que la muqueuse soit sectionnée verticalement et la couche musculaire obliquement, de la gauche à la droite de l'opérateur. Entre les lèvres de la section musculaire on voit aussitôt apparaître la muqueuse, qui témoigne ainsi de son étranglement. Avec trois ou quatre sutures au catgut, on réunit alors la muqueuse de la lèvre gauche au plan musculaire de la lèvre droite (par rapport à l'opérateur); le canal se trouve ainsi élargi de 2 ou 3 millimètres. On ferme ensuite la plaie vaginale. La tranche musculaire, non recouverte par la muqueuse, s'épidermise par la suite.

Sur 10 cas ainsi traités, M. Alexandroff a obtenu 10 succès; quelques-unes de ses malades avaient été soumises antérieurement, sans profit, à l'opération de Sims. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 juin 1901.) — R. DE B.

L'apnée chez les enfants extraits par l'opération césarienne, par M. A. Hahn.

L'état dans lequel naissent les enfants extraits par l'opération césarienne est un point assez discuté : pour les uns, il s'agit d'asphyxie, pour les autres, d'apnée. Dans le présent travail, M. Hahn cherche à résoudre la question à l'aide des données fournies par 11 opérations césariennes pratiquées à l'hôpital de Breslau.

Dans 2 cas, les renseignements manquent de précision; quant aux 9 autres, l'enfant vint au monde 5 fois en état d'apnée, et 3 fois en état d'asphyxie; une seule fois, il se mit à crier aussitôt après l'extraction.

Il semble donc que l'état d'apnée soit le plus commun. Ce fait autorise le chirurgien, opérant dans des conditions favorables, à se contenter d'une incision utérine de petites dimensions, car il importe peu, à l'égard de l'apnée, que l'extraction soit plus ou moins rapide. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai 1901.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

L'appendice étudié dans ses rapports avec le muscle psoas, par M. B. Robinson.

Dans le présent travail, basé sur les relevés de 418 autopsies dont 300 concernant des hommes et 118 des femmes, M. Robinson insiste particulièrement sur les adhérences péri-appendiculaires, leur topographie, les rapports qu'elles peuvent affecter avec le muscle psoas et, par suite, sur le rôle que peut jouer ce dernier dans la genèse de l'appendicite.

Les adhérences — l'auteur n'a en vue que celles qui sont nettement visibles — se rencontrent dans 50 % des cas chez l'homme, dans 40 % des cas chez la femme. Comme elles unissent le plus souvent l'appendice au muscle psoas, on peut considérer à l'appendice deux positions principales : l'une fixe, en relation plus ou moins directe avec le psoas, l'autre mobile, en relation habituelle avec les anses intestinales; M. Robinson désigne respectivement ces deux positions sous les noms de *colonique* et de *potentielle*.

La position colonique offre de nombreuses variétés, dont deux principales, la variété pelvienne et la variété iliaque. Dans la première, qui se rencontre 37 fois sur 100 chez l'homme, 48 fois sur 100 chez la femme — ce qui serait dû soit à l'ampleur du bassin, soit à la fréquence plus grande des ptoses dans le sexe féminin —, l'appendice embrasse le bord interne du psoas et plonge plus ou moins (quelquefois en entier, avec le cæcum) dans l'intérieur de la cavité pelvienne. Cette situation l'expose aux traumas résultant à la fois de la contraction du muscle psoas et de celle du releveur de l'anus; de plus, chez la femme, l'infection des trompes se propage souvent jusqu'à lui, amenant des adhérences péri-appendiculaires et augmentant ainsi les chances de tiraillements, de torsion, de coudure ou d'oblitération de l'appendice. Dans la variété iliaque, l'appendice repose immédiatement sur le psoas, d'où il rayonne dans des directions variables. Cette position s'observe dans 46 % des cas chez l'homme, dans 20 % des cas chez la femme. Les adhérences y sont d'une extrême fréquence (83 à 85 % dans les deux sexes, au lieu de 21 % chez l'homme, 27 % chez la femme, dans la variété précédente); elles sont dues aux traumas reçus incessamment par l'appendice du fait de la contraction du psoas, et elles produisent les mêmes complications que dans la variété pelvienne.

Dans la position potentielle ou *entéronique*, l'appendice est en rapport avec les anses intestinales. Comme l'indique son nom de « potentielle », cette position peut être prise par tout appendice libre d'adhérences ou dont les adhérences sont suffisamment longues pour permettre le déplacement au milieu des anses intestinales; cette possibilité se rencontre dans 80 % des cas pour les deux sexes.

La position colonique est la plus favorable en cas de perforation appendiculaire : l'appendice repose, en effet, sur le péritoine pariétal iléo-pelvien et celui-ci n'offre qu'une médiocre faculté de résorption; l'infection se limite donc aisément et il se forme des péritonites localisées. La zone entéronique est, au contraire, l'aire de la résorption par excellence, grâce aux stomates plus nombreux du péritoine viscéral; son infection produit presque toujours la septicémie. (*Ann. of Surgery*, avril 1901.) — R. DE B.

L'examen bactériologique des thermomètres médicaux, par M. R. C. ROSENBERGER.

L'auteur a institué une série de recherches en vue de se rendre compte jusqu'à quel point il y a lieu de craindre la transmission des maladies contagieuses par l'intermédiaire des thermomètres. Après avoir versé dans une boîte de Petri stérilisée la moitié du contenu d'un tube à essai rempli d'agar liquéfié, M. Rosenberger brossait le thermomètre en expérience, à l'aide d'un petit pinceau de verre passé préalablement à travers la flamme d'un bec de Bunsen, en ayant soin de tenir l'instrument au-dessus de la boîte de Petri; puis il lavait, pendant quelques minutes, le même thermomètre dans le reste du liquide et il vidait ensuite l'éprouvette dans la boîte de Petri. Dans 8 cas, les thermomètres avaient servi, plus ou moins longtemps avant l'expérience (vingt-quatre heures à cinquante-six jours), à mesurer la température *buccale* de sujets atteints de maladies diverses (bronchopneumonie, diphtérie, tuberculose, rhumatisme, fièvre puerpérale); dans 19 autres cas, la température avait été prise *sous l'aisselle* (vingt-quatre heures à soixante-douze jours avant l'expérience). Les deux séries de recherches portèrent sur des instruments qu'on ne soumit pas à la désinfection après les avoir employés. Comme contre-épreuve, on institua une troisième catégorie d'expériences, dans lesquelles, immédiatement après avoir retiré le thermomètre de la bouche du patient, on le lavait à l'eau, puis on le plongeait pendant deux minutes dans une solution de bichlorure de mercure, on l'asséchait et, enfin, on le replaçait dans son étui pour procéder à l'ensemencement au bout d'une à trois heures. Or, dans les 8 cas où l'on a eu soin de pratiquer cette désinfection, on n'a pas pu obtenir une seule colonie microbienne, tandis que les 27 autres expériences — qui ont consisté à soumettre les instruments à la même épreuve sans leur faire subir, au préalable, l'action d'un antiseptique — ont toutes donné des résultats positifs.

Le nombre de colonies a varié entre 1 et 27; la plupart du temps on voyait se développer des staphylocoques pyogènes, seuls ou associés à d'autres microorganismes, tels que sarcines, levures, *bacillus subtilis*, diplocoque chromogène, etc.

En se basant sur ces recherches, qui montrent que les thermomètres se laissent facilement infecter par des microbes susceptibles de conserver leur vitalité durant deux mois au moins, M. Rosenberger croit pouvoir conclure à la possibilité de la transmission des maladies infectieuses par l'intermédiaire des thermomètres. Aussi estime-t-il qu'on devrait, autant que possible, avoir un thermomètre pour chaque malade; à défaut de cette précaution, il faut tout au moins prendre soin de désinfecter l'instrument avant de s'en servir, et immédiatement après l'avoir employé. Il serait bon également de conserver toujours les thermomètres dans des solutions désinfectantes. (*Proceedings of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, mai 1901.) — L. CH.

Grossesse ectopique double rompue des deux côtés; opération; guérison, par M. G. H. NOBLE.

Les grossesses ectopiques doubles ne sont pas très communes; mais une grossesse ectopique double rompue des deux côtés n'aurait encore jamais été signalée.

M. Noble vient d'en observer un exemple chez une femme de vingt-trois ans qui, trois années auparavant, avait eu une grossesse normale; elle commença, deux ans plus tard, à souffrir de dysménorrhée; enfin, les douleurs avaient pris depuis six semaines une acuité extrême quand elle entra à l'hôpital. Outre les signes habituels en pareille occurrence, on constatait que l'utérus était un peu gros; de chaque côté de cet organe, on percevait une tumeur plus ou moins rénitente, du volume d'un poing d'adulte. A l'ouverture de l'abdomen, la cavité péritonéale se montra pleine de sang et de caillots; les deux trompes, rompues près de leur pavillon, furent enlevées; on lia un vaisseau du ligament large qui saignait encore après leur ablation; un léger suintement sanguin persistant néanmoins à la surface de la séreuse, on draina par le cul-de-sac postérieur. La guérison se fit sans encombres.

La trompe droite, déchirée sur une étendue de 31 millimètres, contenait un œuf de huit à dix semaines; la trompe gauche en renfermait un autre de quatre semaines environ. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril 1901.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Paramétrite actinomycosique, par M. CHR. FEHMERS.

On connaît l'extrême rareté des lésions actinomycosiques de l'appareil génital de la femme; la littérature médicale ne contiendrait même qu'un seul cas de paramétrite reconnaissant cette origine (Zemann). C'est pourquoi nous résumons les deux observations que publie l'auteur de ce mémoire.

La première des malades de M. Fehmers était une femme d'ailleurs bien portante, n'ayant eu qu'un enfant en quatorze ans de mariage; la menstruation avait toujours été normale. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, cette femme éprouva des douleurs et constata la présence d'une tumeur dans la moitié droite de son abdomen. L'exploration ayant fait reconnaître une infiltration un peu molle de la face droite ou postérieure de l'utérus, on porta le diagnostic de pelvi-péritonite, et on fit une incision, suivie de drainage, du cul de sac postérieur. La malade, soulagée, sortit presque aussitôt, mais elle revint au bout d'un mois pour un abcès lombaire communiquant avec le foyer pelvien initial. Le pus fut alors examiné et on y trouva des actinomyces; bien que le traitement ioduré eût été aussitôt institué, il ne s'en forma pas moins par la suite toute une série d'abcès de la région lombaire et de la paroi abdominale; un de ces derniers eut pour conséquence une fistule stercorale. Après dix-huit mois de traitement, la patiente était à peu près guérie, mais conservait sa fistule; elle rentra une troisième fois à l'hôpital, un an plus tard, pour être débarrassée de son infirmité; une laparotomie ayant été pratiquée, on tomba sur des anses intestinales épaissies, adhérentes entre elles et à la paroi; deux perforations furent suturées; la malade mourut de collapsus. A l'autopsie, en plus des lésions précitées, on vit que l'utérus était immobilisé au milieu des tissus pelviens infiltrés, où l'on ne reconnaissait qu'à grand'peine les principaux organes; l'appendice fut introuvable.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme ayant eu successivement deux grossesses, un accouchement prématuré et quatre avortements dont le dernier remontait à dix ans; les menstrues étaient très abondantes et très prolongées. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, la malade avait eu une fièvre typhoïde, et c'est pendant la convalescence que débuta l'affection de l'appareil génital, par une douleur subite dans la moitié droite de l'abdomen. Au palper bimanuel, on constatait dans l'hypogastre droit une tumeur fluctuante à sa partie supérieure, qu'on supposa être un kyste suppuré de l'ovaire, cette femme ayant de la fièvre. Le toucher permettait de percevoir, à gauche et en arrière de l'utérus, un noyau d'infiltration dur comme de la pierre. Le ventre fut incisé sur la ligne médiane, mais on rencontra des tissus infiltrés et bientôt un foyer de pus verdâtre contenant des actinomyces. Ultérieurement, il se forma plusieurs petits abcès tout autour du foyer principal; grâce à un traitement ioduré local et général, la malade était cependant en bonne voie de guérison un mois et demi après l'opération. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 juin 1901.) — R. DE B.

Ostéo-arthropathie hypertrophiante dans la cirrhose hypertrophique du foie, par M. A. A. HIJMANS VAN DEN BERGH.

L'observation qui fait l'objet du présent travail tend à démontrer que les ostéo-arthropathies hypertrophiantes peuvent reconnaître d'autres conditions étiologiques que celles qui ont été mises en lumière dans la variété décrite par M. P. Marie.

Les lésions en question apparurent chez une femme de vingt-neuf ans, sans antécédents pathologiques, qui présentait tous les signes d'une cirrhose hypertrophique : le foie et la rate étaient lisses et augmentés de volume, les muqueuses étaient le siège d'hémorrhagies et il existait un ictère qui persista jusqu'à la mort, laquelle survint trois ans après le début de l'affection. Les os de l'avant-bras, de la main et des doigts étaient épaissis et renflés à leurs extrémités; les doigts offraient l'aspect typique « en baguette de tambour »; des altérations analogues se rencontraient aux pieds et aux jambes. Par contre, les bras et les cuisses contrastaient par leur maigreur avec l'hypertrophie du reste des membres. On ne trouvait par ailleurs aucune lésion rappelant l'acromégalie, ni aucun trouble de la fonction respiratoire.

L'auteur signale deux autres faits de cirrhose hypertrophique avec légères déformations des doigts en baguette de tambour. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 avril 1901.) — R. DE B.

Diverticules de la muqueuse intestinale, par M. C. W. J. WESTERMAN.

La pièce décrite par M. Westerman peut expliquer l'origine de certaines brides péritonéales. Elle fut recueillie par résection intestinale chez un malade atteint d'occlusion chronique. L'S iliaque, solidement fixée à la paroi par des adhérences, était coudée en forme d'U et son méso-côlon, rétracté et cicatriciel, contenait, à une certaine distance de l'intestin, un petit abcès de la dimension d'une noisette. La paroi intestinale, fortement épaissie, paraissait au premier abord renfermer une tumeur; la muqueuse était cependant parfaitement normale; mais, au niveau de la coudure, la lumière du conduit intestinal admettait à peine le petit doigt.

L'examen macroscopique et microscopique de la pièce en question révéla l'existence, dans la paroi, d'un grand nombre de culs-de-sac profonds d'un demi-centimètre, formés par la muqueuse. D'autre part, l'abcès communiquait avec la cavité intestinale par un conduit également tapissé de muqueuse; celle-ci manquait au point où le conduit s'abouchait dans l'abcès. Ce dernier s'était donc formé par suite de la perforation d'un cul-de-sac muqueux plus profond ou plus distendu que les autres, et, tout autour de lui, s'était développé le travail inflammatoire ayant abouti aux adhérences et à la coudure de l'intestin. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 26 janvier 1901.) — R. DE B.

Un cas de conjonctivite pétrifiante, par M. W. KOSTER.

Le cas relaté dans le travail du professeur Koster est doublement intéressant : et par la rareté de la conjonctivite pétrifiante, et par le jour que jette cette observation sur la pathogénie de cette singulière affection.

Un paysan de vingt et un ans, déjà soigné pour une conjonctivite eczémateuse et une kératite doubles, fut repris d'une violente ophtalmie accompagnée de photophobie et de larmoiement intenses qui le déterminèrent à revenir à l'hôpital. Sans parler d'une kérato-conjonctivite des deux yeux, on constatait chez lui, au côté externe de l'œil droit et débutant à 1 millimètre du limbe cornéen, une plaque blanche comme de la craie, dure, lisse, brillante, large de 8 millimètres suivant son plus grand diamètre, et enchâssée dans la conjonctive, laquelle était fortement rouge et chémotique. N'avaient été les commémoratifs, on aurait cru se trouver en présence d'une brûlure; mais la plaque en question avait débuté spontanément huit jours auparavant, sous forme d'un petit point blanc.

Cette plaque fut extirpée sans peine; elle commençait, d'ailleurs, à se détacher, et recou-

vrait une petite ulcération; l'examen microscopique du pus sécrété par celle-ci ne révéla aucun microbe. Deux jours après l'opération, on remarqua une petite récidive constituée par une tache blanche de 2 millimètres carrés, située en dehors de l'ulcère et qu'on enleva à la curette. Après des péripéties variées et une attaque de kérato-conjonctivite phlycténulaire, le malade finit par guérir.

Le fragment calcaire, examiné par le professeur Leber — qui, le premier, a décrit cette variété de conjonctivite —, était formé de carbonates et de phosphates de chaux libres ou en combinaison organique. L'origine de ces calcifications est encore inconnue, mais la coexistence, dans le cas présent, d'une ophtalmie phlycténulaire, affection aujourd'hui considérée comme tuberculeuse, permettrait peut-être de rattacher la conjonctivite pétrifiante à la tuberculose (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1er juin 1901.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des gastro-entérites aiguës infectieuses des nourrissons par la morphine.

On admet généralement que les enfants du premier âge présentent une intolérance absolue à l'égard de l'opium et de ses dérivés; aussi ces produits et, en particulier, les sels de morphine sont-ils complètement bannis de la thérapeutique des maladies des nourrissons. Or, d'après l'expérience déjà longue de M. le docteur Borde (de Bordeaux), les enfants âgés d'un à vingt-cinq mois supportent très bien la morphine, pourvu qu'on la leur administre à des doses fractionnées et également espacées. Notre confrère prescrit d'habitude le sirop de morphine, qu'il fait incorporer à une potion de 100 c.c. dont on doit donner à l'enfant une cuillerée à café toutes les heures, jour et nuit, sans se préoccuper des heures auxquelles on lui fait prendre sa nourriture. L'emploi de la potion ne doit être suspendu que lorsque le petit patient s'endort d'un sommeil véritable qu'il ne faut pas confondre avec la somnolence; dès qu'il se réveille, on recommence l'administration de la potion suivant les mêmes règles. La dose de sirop de morphine varie naturellement avec l'âge du nourrisson : pour les bébés d'un mois, on prescrit, en moyenne, 2 ou 3 grammes de sirop par potion; à trois mois, on en donne 5 grammes, à six mois 9 grammes, à neuf mois 11 grammes; à un an, la dose moyenne est portée à 13 grammes; pour les enfants de quinze mois, elle est de 15 grammes; à partir de cet âge, enfin, on l'augmente de 1 gramme pour trois mois d'âge.

Dans les cas d'entérite modérément grave, M. Borde commence par une dose de morphine inférieure à la dose moyenne; au bout de vingt quatre heures, si le médicament n'a pas réussi à procurer au petit malade un sommeil réparateur, on donne la dose moyenne indiquée ci dessus; quand cette dernière se montre également inefficace, il faut augmenter tous les jours la quantité de morphine, sans craindre de doubler, au besoin, la dose moyenne. L'amélioration une fois obtenue, on s'en tient à la dose prescrite en dernier lieu jusqu'à ce que la convalescence s'affirme, puis on diminue progressivement la quantité de sirop. Toutefois, aucun accident ne serait à redouter alors même que, après avoir fait prendre la morphine pendant quinze jours, voire même durant un mois, on procéderait à la suppression brusque de ce médicament.

Sous l'influence de la morphine ainsi administrée et associée à un régime alimentaire approprié (décoctions de céréales ou de fécules, additionnées ou non d'eau albumineuse, suppression absolue du lait de vache, et parfois même du lait maternel), on ne tarderait pas à voir l'infection intestinale s'atténuer : les urines redeviendraient abondantes et limpides, les phénomènes nerveux (agitation ou collapsus) se dissiperaient, en même temps que le dépérissement s'arrêterait. Fait curieux, l'emploi de la morphine aurait même pour résultat de diminuer le météorisme abdominal. Quelque paradoxale que puisse paraître, à première vue, cette constatation, il est bon cependant de faire remarquer qu'elle concorde avec les recherches expérimentales de M. Pál, d'après lesquelles l'alcaloïde en question, loin de paralyser l'intestin, comme on l'admet généralement, exciterait au contraire ses contractions, tout en les régularisant (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 380).

Les observations de M. Borde ont été confirmées par M. le docteur J. Bailby (médecin militaire français) qui a soigné avec succès, suivant les mêmes principes, plusieurs enfants atteints de gastro-entérites aiguës graves.

Ajoutons qu'à côté des gastro-entérites *aiguës infectieuses* dans lesquelles le sirop de morphine donne d'excellents résultats, il est des affections *chroniques* de l'intestin qui ne sont nullement justiciables de cette médication, ainsi que des gastro-entérites aiguës, mais *non infectieuses*, contre lesquelles la morphine reste aussi à peu près complètement impuissante. Telles sont les diarrhées d'origine réflexe, survenant à l'occasion de la poussée d'une dent, d'un refroidissement, d'une indigestion, ou causées par les vers intestinaux; les diarrhées idiosyncrasiques, dues à l'intolérance à l'égard d'un aliment, et, enfin, les diarrhées toxi-alimentaires, provoquées par une modification dans la constitution chimique du lait de vache. Dans toutes ces affections, la morphine pourra, tout au plus, modérer la diarrhée, mais la guérison ne sera obtenue qu'à la condition de supprimer la cause des troubles morbides.

Le phénosalyl contre les ulcères syphilitiques et variqueux.

Les difficultés qu'on éprouve souvent pour obtenir la cicatrisation rapide des gommes ulcérées et surtout des ulcères variqueux ont engagé M. le docteur Th. Tchitchérine (de Saint-Pétersbourg) à essayer de traiter ces pertes de substance par des applications de phénosalyl, mélange antiseptique qui est, comme on le sait, doué d'un pouvoir bactéricide beaucoup plus considérable que chacun de ses éléments constituants pris isolément (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 240). Les essais ont porté sur 7 femmes, dont 4 étaient atteintes de lésions syphilitiques et les 3 autres d'ulcères variqueux. Pour mieux se rendre compte de l'action curative du phénosalyl à l'égard des gommes, notre confrère renonça, chez les quatre premières malades, à la médication spécifique de la vérole, tout en y soumettant d'autres femmes atteintes de lésions analogues, mais moins anciennes. Or, chez les patientes traitées exclusivement par le phénosalyl, les ulcères, qui dataient de cinq à vingt-cinq ans, se cicatrisèrent plus rapidement que chez celles du second groupe, où l'on n'avait cependant affaire qu'à des lésions remontant à trois ou cinq mois. Il va sans dire que rien ne s'oppose, d'ailleurs, à ce qu'on associe les applications de phénosalyl aux moyens usuellement employés contre les accidents syphilitiques et, en particulier, à l'iodure de potassium.

Pour les ulcères spécifiques, M. Tchitchérine s'est servi de solutions de phénosalyl dans de la glycérine, dont le titre variait de 10 à 35 % suivant qu'il s'agissait de lésions plus ou moins anciennes. Le traitement consistait exclusivement en badigeonnages pratiqués sur les bords et sur le fond de la plaie; ces applications étaient complètement indolores. Par contre, dans les cas d'ulcères variqueux, les premiers badigeonnages provoquèrent une sensation de picotement, bien que le titre des solutions ne dépassât jamais 20 %.

Les lésions variqueuses se laisseraient influencer par le phénosalyl encore plus rapidement que les gommes : après les premières applications, toute la surface de l'ulcère se couvrirait de bourgeons charnus et, dès que le fond de l'ulcération se trouverait de niveau avec les bords, l'épidermisation progresserait d'une façon très active.

L'emploi d'une vessie de porc en guise de ballon utérin.

Les colpeurynters élastiques convenant fort peu pour la dilatation du col utérin, on se sert habituellement, dans ce but, de ballons en tissu inextensible. Mais, comme tous les objets en caoutchouc, ces ballons s'altèrent assez rapidement, de sorte que le praticien qui exerce loin d'une grande ville et qui, partant, n'est pas à même de se procurer un appareil neuf au moment du besoin, peut se trouver dans la nécessité de renoncer complètement à l'emploi de ce moyen rationnel de dilater l'utérus. Afin de remédier à cet état de choses, M. le docteur P. Baumm (de Breslau) a cherché à substituer aux ballons spéciaux une vessie de porc convenablement préparée. Les essais institués par notre confrère lui ayant donné des résultats très encourageants, il se sert toujours, depuis quelques années, de cette sorte de « metreurynter » improvisé. On choisit, aux abattoirs ou chez un boucher, des vessies de porc très petites et aussi fraîches que possible et, après les avoir insufflées, on les fait sécher; puis on les assouplit en les plongeant dans de l'eau tiède et on les laisse ensuite séjourner, pendant huit jours, dans une solution alcoolique concentrée de sublimé, ce qui suffirait à les rendre aseptiques. Pour la conservation ultérieure des vessies ainsi préparées, on peut se servir soit de l'alcool à 96°, soit encore d'une solution alcoolique de sublimé. Comme, sous l'influence de l'alcool, les ballons durcissent, il faut, avant de les employer, les maintenir, pendant quelques instants, dans une solution tiède de lysol pour leur communiquer la souplesse nécessaire. M. Baumm avait aussi essayé de dégraisser les vessies au moyen de l'éther, par analogie avec ce qui se fait pour la préparation du catgut, mais il fut obligé de renoncer à cette pratique, l'éther rendant plus ou moins perméables les parois du ballon qui, par suite, laisse échapper une partie du liquide qu'on y a injecté.

Pour remplir le ballon, on le fixe sur un petit tube flexible en étain, qui sert en même temps de manche. On introduit le tout dans l'utérus à l'aide d'une pince quelconque ou d'un mandrin métallique qu'on fait pénétrer dans le tube flexible et qu'on retire dès que le ballon est en place, pour procéder ensuite à l'injection du liquide.

Les ballons en question offriraient l'avantage de se conserver très bien, de sorte qu'après en avoir préparé une série, on ne risquerait pas d'être pris au dépourvu.

Il va sans dire qu'il faut choisir des vessies tout à fait fraîches et provenant d'animaux sains. De plus, pour être sûr de la stérilité des ballons ainsi obtenus, il est nécessaire de procéder soi-même à leur désinfection.

Nécessité de sectionner le cordon inguinal sous le péritoine dans les cas de castration pour tuberculose ou pour cancer.

Il y a quelques mois, M. le docteur B. Cunéo, professeur agrégé d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, signalait une disposition particulière des ganglions lymphatiques du testicule : sur un fœtus à terme, il avait constaté l'existence de trois petits ganglions situés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques du testicule, au niveau du passage de ces vaisseaux dans la fosse iliaque. A en juger d'après un cas observé récemment par M. L. Rocher, interne de M. le docteur Villar, professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Bordeaux, cette disposition mériterait d'être retenue non seulement à titre de simple curiosité anatomique, mais encore en raison de certaines considérations pratiques. Au cours d'une castration double pour un cancer ayant envahi les deux testicules, ainsi que l'épididyme et la partie inférieure du cordon du côté gauche, M. Villar, au lieu de se borner à couper le cordon à l'orifice externe du canal inguinal, incisa la paroi antérieure de ce canal dans toute son étendue. En écartant alors les deux lèvres du grand oblique, on trouva, au-devant du cordon et sous son enveloppe fibreuse, trois ganglions échelonnés le long de son trajet. Ces ganglions — dont l'inférieur était le plus volumineux, et le supérieur le plus petit — présentaient à la coupe l'aspect typique d'adénopathies néoplasiques.

Ce fait montre que, dans les cas de castration pour cancer ou pour tuberculose, alors même que l'examen clinique n'a pas permis de déceler de tuméfaction ganglionnaire, il faut se rappeler que des ganglions peuvent se trouver au milieu des éléments du cordon. On devra, par conséquent, toujours fendre la paroi inguinale antérieure pour sectionner le cordon le plus haut possible, au ras de l'orifice interne du canal inguinal, c'est-à dire au point où les éléments du cordon se dissocient. La ligature sera faite immédiatement au-dessous du péritoine, en avant de l'artère épigastrique.

REVUE GÉNÉRALE

Des positions anormales de l'intestin.

Les anomalies congénitales de l'intestin peuvent être rangées dans deux catégories, dont la première comprend les malformations incompatibles avec le fonctionnement normal du tube digestif et, par suite, entraînant la mort à bref délai, à moins d'une intervention chirurgicale précoce, tandis que l'autre répond aux cas où l'anomalie, n'apportant aucun obstacle à l'accomplissement des fonctions digestives, n'est reconnue qu'occasionnellement, au cours d'une opération ou à l'autopsie. Au premier groupe ressortissent l'imperméabilité et le rétrécissement du tube digestif en un quelconque de ses points, entre l'estomac et l'anus; à la seconde, la formation de diverticules, le dédoublement de certaines parties de l'intestin, la position anormale de tout ou partie du canal digestif, enfin le développement irrégulier du mésentère et de l'épiploon. Ces deux dernières sortes de malformations, inséparables l'une de l'autre, feront l'objet de l'étude actuelle.

Les anomalies congénitales de position de l'intestin, considérées au début comme de simples curiosités anatomiques, ont pris un certain intérêt théorique dès que l'on a commencé à étudier l'embryologie et l'anatomie comparée; elles sont même entrées dans le domaine de la médecine pratique depuis l'époque où les interventions sur l'intestin sont devenues courantes. Aussi, quelques faits personnels nous ayant montré combien il est utile au chirurgien d'en connaître les principales variétés, nous avons cru devoir réunir les plus remarquables des cas publiés jusqu'à ce jour; nous en donnerons, chemin faisant, un résumé succinct.

I

L'étude des observations d'anomalie de position de l'intestin contenues dans la littérature médicale révèle une telle variété de formes qu'il semble au premier abord difficile d'établir des types autour desquels on puisse grouper ces faits, d'apparence si divers, en un système qui ne s'écarte pas trop de la réalité. Une telle classification est cependant nécessaire, ne serait ce que pour faciliter la description et pour rendre le sujet plus accessible à la mémoire du lecteur; nous verrons d'ailleurs que, grâce à quelques notions d'embryologie, elle n'est point irréalisable, et qu'elle permet de se retrouver facilement dans la variété considérable des malformations observées.

Nous établirons ainsi deux grandes catégories : dans l'une, nous rangerons les cas où le plan général de disposition de l'intestin est normal, certaines de ses parties seulement occupant une situation plus ou moins irrégulière — par suite d'un développement excessif ou, au contraire, incomplet du mésentère, ou encore à cause d'adhérences anormales —, tandis que la seconde sera réservée aux faits où la disposition de l'intestin tout entier est plus ou moins anormale; nous signalerons enfin des formes servant d'intermédiaires entre ces deux groupes.

1° *Variations partielles du situs intestinal normal.* — Ces anomalies sont si fréquentes pour certaines parties de l'intestin que M. Cohan (1) a pu dire, dans sa thèse inaugurale, « qu'il était amené, par la comparaison de ses observations, à croire impossible de décrire un type normal de côlon transverse », et cette observation pourrait être appliquée non seulement au gros intestin tout entier, mais aussi, dans une certaine mesure, à l'intestin grêle. Il existe cependant, dans toutes les régions de l'intestin, des variations sortant du cadre de celles qui sont rencontrées journellement; nous croyons utile d'en signaler ici les types principaux.

(1) Cohan. Recherches sur la situation du côlon transverse. (*Thèse de Paris*, 1898.)

Nous ne nous arrêterons pas à l'estomac, dont les positions anormales, plus souvent acquises que congénitales, forment un chapitre à part. Il en est déjà autrement du duodénum, qui offre dans sa situation par rapport au reste de l'intestin et à la colonne vertébrale des anomalies notables. Appliqué d'ordinaire directement contre la paroi postérieure de l'abdomen et recouvert de séreuse sur sa face antérieure seule, il est exceptionnellement pourvu d'un mésentère complet. Sa forme et son parcours peuvent aussi être irréguliers; tantôt l'anse duodénale, plus longue que d'habitude, décrit plusieurs circonvolutions, tantôt elle a un trajet anormal par rapport au mésocôlon transverse : c'est ainsi qu'elle traverse parfois ce dernier pour remonter de nouveau et redescendre ensuite (nous n'avons trouvé signalée cette anomalie que dans les cas de situation anormale du tube digestif tout entier que nous décrirons plus loin en parlant de la sinistroposition du côlon). Ce passage du duodénum à travers le mésocôlon peut lui-même se faire en un point quelconque; M. Zuckerkandl (1), par exemple, l'a vu s'effectuer dans le voisinage immédiat du cæcum. Quant au reste de l'intestin grêle, la disposition typique de ses anses — décrite en détail principalement par M. Mall (2) —, qui affectent normalement la forme d'un zigzag, peut subir des modifications sans grand intérêt, sur lesquelles nous n'insisterons pas; et, d'autre part, toutes les anomalies de quelque importance de cette portion de l'intestin sont liées si étroitement à celles du gros intestin, que nous les étudierons avec ces dernières.

La position de l'appendice, si utile à connaître pour la pathologie de l'appendicite, présente de nombreuses variétés, même quand le cæcum est normal, variétés tenant en partie à la longueur de l'appendice et de son mésentère, mais dues surtout à la présence d'adhérences consécutives à un processus inflammatoire. Il serait trop long d'entrer ici dans le détail de ces variétés; nous nous en abstenons d'autant plus volontiers qu'elles relèvent le plus souvent de la pathologie post embryonnaire de l'appendice, contrairement à l'avis d'anatomistes distingués, tels que M. Zuckerkandl : les anomalies figurées par cet auteur dans son récent ouvrage (3), et attribuées par lui à un état congénital, sont à notre avis, en partie du moins, les suites d'un état inflammatoire. Nous ne ferons donc que mentionner ici les déplacements de l'appendice liés à ceux du cæcum : l'appendice peut occuper les points les plus divers de la cavité abdominale; il manifeste toutefois une certaine prédilection pour la cavité pelvienne, la région rénale droite et le bord du foie; moins fréquemment, on le trouve vers le milieu du ventre ou même en un point quelconque du côté gauche de la cavité abdominale.

Passons au cæcum et au côlon ascendant. Cette partie du gros intestin peut présenter — le reste de l'intestin toujours supposé normal — trois sortes d'anomalies de position, liées toutes trois à l'existence d'un mésocæcum et d'un mésocôlon ascendant anormalement développés, et par conséquent à une mobilité anormale de l'organe. Quand ce développement exagéré des mésos coïncide, en effet, avec une longueur également excessive du côlon ascendant, le cæcum se loge tout naturellement dans la cavité du petit bassin; si le segment intestinal en question a sa longueur normale, le cæcum se déploie plutôt vers le milieu de la cavité abdominale, jusqu'à occuper à peu près la ligne médiane; enfin, lorsque le côlon ascendant est plus court que d'ordinaire, ou même réduit à zéro, le cæcum se place soit dans la région lombaire, soit sur le bord du foie, et l'appendice se trouve en contact immédiat avec le foie ou le rein.

(1) E. Zuckerkandl. Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 3. Heft : Bauch. Vienne, 1901.

(2) F.-P. Mall. Ueber die Entwickelung des menschlichen Darmes und seine Lage beim Erwachsenen. (*Arch. f. Anat. u. Physiol.*, anat. Abtheilung, 1897, Supplement-Band, p. 403).

(3) E. Zuckerkandl. (*Loc. cit.*)

Nous ne possédons encore aucune donnée sur la fréquence relative ou absolue de ces trois variétés d'anomalies, dont les degrés les plus légers sont beaucoup plus communs que les degrés prononcés; le seul point sur lequel nous ayons quelques indications, c'est la fréquence du mésocôlon ascendant à ses divers degrés de développement; et encore les chiffres fournis par les auteurs sont-ils fort divergents : c'est ainsi que Treves (1) a constaté ce méso dans 26 % des cas; M. Fromont (2) a observé un mésocôlon ascendant ayant plus d'un centimètre dans 30 % des cas, M. Cohan enfin dans 45 % des cas.

Comme autres anomalies du même segment intestinal, citons le fait observé par M. Lemaire (3), où le cæcum avait entraîné dans le petit bassin le côlon ascendant, en arrière duquel il se recourbait, de sorte que le bas du cæcum regardait en haut et que l'appendice continuait à suivre la même direction de bas en haut, entre la fosse iliaque, le rein et le côlon ascendant. D'autre part, le cæcum et le côlon ascendant peuvent être entourés presque entièrement de péritoine, même en l'absence d'un mésentère proprement dit, et M. Legueu (4) n'a trouvé que dans 60 % des cas une enveloppe séreuse incomplète, ayant pour effet de mettre le cæcum et le côlon ascendant au contact du rein droit ou de la paroi abdominale. Parmi les malformations plus rares, nous résumerons encore une observation de M. Cohan : le cæcum était situé au niveau de la crête iliaque; de là, le côlon ascendant se dirigeait directement vers le bas, en parcourant toute la fosse iliaque jusqu'au niveau du muscle psoas, pour se recourber à angle aigu, et devenir verticalement ascendant.

Le côlon transverse affecte les positions les plus diverses, dépendant de sa longueur et de celle de son mésentère; quant il est court, il occupe la situation réputée normale et traverse l'abdomen plus ou moins en droite ligne; cette disposition a été rencontrée par M. Cohan 5 fois sur 44; chez l'enfant, M. Lemaire croit qu'un côlon transverse complètement horizontal est rare; plus ce segment intestinal — et son mésentère — sont longs, plus il descend naturellement vers la cavité abdominale, et il est fréquent de rencontrer le côlon transverse au niveau de l'hypogastre ou reposant sur la vessie, ou même dans la cavité pelvienne; cette dernière anomalie avait déjà été décrite, entre autres, par Abernethy (5). Dans de rares cas, ce segment de l'intestin forme même une double anse descendante (Curschmann) (6). Nous mentionnerons enfin la disposition inverse, dans laquelle le côlon transverse est renversé avec son mésentère vers le haut, occupant ainsi la partie supérieure de la cavité abdominale; ce renversement peut s'étendre au côlon transverse tout entier ou intéresser seulement sa portion gauche (Cohan).

(1) F. Treves. Lectures on the anatomy of the intestinal canal and peritoneum in man. (*Brit. Med. Journ.*, 1885, I, p. 415, 470, 527 et 580.)

(2) H.-P. Fromont. Contribution à l'anatomie topographique de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. (*Thèse de Lille*, 1890.)

(3) Lemaire. Anatomie topographique des organes abdominaux du fœtus et de l'enfant. (*Thèse de Lille*, 1897.)

(4) F. Legueu. La situation du cæcum chez l'enfant. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fév. 1892, p. 55.)

(5) J. Abernethy. Uncommon formation of the alimentary canal, *in* Philosophical Transactions, p. 63. Londres, 1793.

(6) H. Curschmann. Die Anomalien der Lage, Form und Grösse des Dickdarms und ihre klinische Bedeutung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1894, LIII, 1-2, p. 22.)

Quant au côlon descendant et à l'S iliaque, ils sont sujets aux mêmes causes de variation : existence et développement anormal d'un méso-côlon descendant (rencontré dans 70 % des cas par M. Cohan et dans 30 % des cas par Treves) ; longueur de l'S iliaque et de son mésentère; enfin, degré de distension de ce segment intestinal par son contenu. Ces derniers facteurs présentent une variabilité si grande que l'on peut trouver l'anse sigmoïde, en l'absence de toute autre anomalie intestinale, dans les différentes régions de l'abdomen, assez souvent au voisinage du cæcum et même au bord du foie; d'après M. Hugier et Verneuil, la première de ces positions constituerait l'état normal chez le nouveau-né; Giraldès et Bourcart soutenaient l'opinion contraire. Dans d'autres cas, on trouve un S iliaque anormalement court, ne formant pour ainsi dire plus d'anse et constituant un passage presque direct du côlon descendant au rectum. A côté de ces variations très fréquentes, il en est une moins commune, mais d'une importance pratique considérable : c'est le déplacement de l'S iliaque vers la fosse iliaque droite avec un situs normal pour le reste de l'intestin; cette anomalie a été étudiée particulièrement par M. Shober (1), lequel l'a constatée au cours d'une intervention sur l'abdomen. Il ne s'agit pas ici d'un simple empiètement d'une anse sigmoïde volumineuse sur la moitié droite de la cavité abdominale, mais d'un véritable passage du côlon descendant, avec son insertion mésentérique au devant de la colonne vertébrale, dans la fosse iliaque droite, ou du moins dans la moitié droite de la cavité pelvienne; quand l'S iliaque occupe la fosse iliaque droite, il refoule le cæcum vers le haut, de sorte que ce dernier siège alors dans la région lombaire ou même dans l'hypocondre droit; le rectum se trouve soit sur la ligne médiane, soit le plus souvent du côté droit de la cavité pelvienne. Le développement de cette anse iliaque droite est très variable; dans un cas publié par Barton (2), elle remontait jusqu'au bord du foie; dans un fait de Buchanan (3), cité par M. Shober, la même anse, située à droite, était si volumineuse qu'elle subit une torsion mortelle. M. von Samson (4), dans son travail très complet sur la position de l'S iliaque, résume une observation analogue due à M. Fleischmann, où l'anse sigmoïde remontait jusqu'au foie pour descendre à travers l'hypogastre droit dans le petit bassin; dans d'autres faits, l'S iliaque, notablement allongé, suit les côlons ascendant, transverse et descendant avant de regagner le petit bassin (Küttner) (5); un nouveau cas de ce genre est reproduit dans l'ouvrage déjà cité de M. Zuckerkandl; dans une observation recueillie à la clinique de M. von Mikulicz et publiée par M. Reinbach (6), l'S iliaque occupait également la fosse iliaque droite; la position du cæcum ne put être vérifiée au cours de l'opération.

2° *Situs intestinaux anormaux.* — Nous distinguerons dans les anomalies de position du tube digestif tout entier, sans nous préoccuper pour le moment du mécanisme de leur formation, les trois grands groupes suivants, basés sur la situation du côlon :

a) La rétroposition du gros intestin;
b) La sinistroposition du gros intestin;
c) La dextroposition du gros intestin.

Nous faisons abstraction ici de l'inversion totale, en tant, du moins, que la position relative des différentes parties de l'intestin y est régulière; c'est l'anomalie la plus commune de toutes, et la plus facile à reconnaître, une fois l'abdomen ouvert; quant aux formes atypiques, elles présentent les mêmes particularités que les anomalies du situs normal, dont nous allons nous occuper maintenant. Nous n'insisterons pas non plus en détail sur les formes d'inversion partielle où l'estomac, l'anse duodénale et leurs annexes présentent un situs inverse, le reste de l'intestin étant normal (cas de Débouié, de Boyer et de Martin) et nous nous en tiendrons aux seules anomalies de position présentées par la partie de l'intestin inférieure au duodénum.

Nous n'avons pas mentionné la malformation désignée souvent sous le nom de « mésentère commun », car il s'agit là d'une disposition qui peut se rencontrer dans les différentes formes de situs intestinal anormal. Bien que combinée fréquemment avec la sinistroposition du gros intestin, elle n'est point caractéristique de cette dernière malformation, puisqu'il existe des faits de sinistroposition sans mésentère commun : celui-ci n'est que la persistance de l'état du mésentère, normal à la première période de la vie fœtale; à ce moment, l'intestin est suspendu à un méso unique, inséré au début sur la paroi postérieure de l'abdomen, sur une ligne verticale (*fig. 1*). La fixation ultérieure des

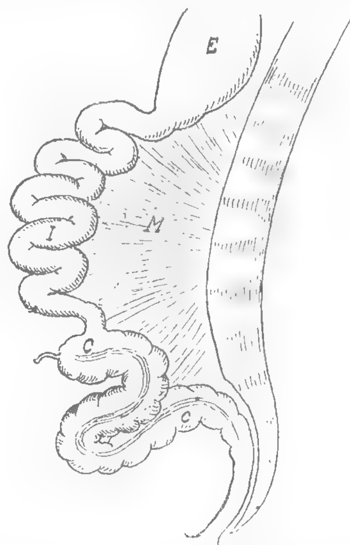


Fig. 1. — Mésentère commun, vu du côté gauche. (Dessin schématique.)
E, estomac; *I*, intestin grêle; *C*, côlon; *M*, mésentère commun.

côlons ascendant et descendant à la paroi abdominale postérieure sépare ce mésentère commun en plusieurs parties, dont la première correspond normalement au méso-iléon, la seconde au mésocôlon transverse et la troisième au méso de l'S iliaque. Toutes les fois que la fixation en question fait défaut — et ceci survient principalement dans les cas de torsion incomplète de l'anse ombilicale —, il persiste un mésentère commun, quelle que soit d'ailleurs la situation de l'intestin. Tous les types de position anormale de l'intestin peuvent donc se combiner ou non avec un méso unique, et celui-ci peut être commun soit à l'intestin tout entier à partir du duodénum, soit à l'iléon, au côlon ascendant et au côlon transverse seuls, suivant que la fixation secondaire fait défaut au niveau du côlon ascendant et descendant ou exclusivement au niveau de la première de ces parties. Quand donc nous parlerons de mésentère commun, nous n'entendrons point par là un type de malformation, mais uniquement une circonstance accessoire. Ceci dit, abordons les anomalies de position énumérées plus haut.

a) La *rétroposition* du gros intestin a été rencontrée jusqu'à présent dans un assez petit nombre de faits. Elle consiste en ce que le gros intestin tout entier est situé en arrière des anses grêles; elle a été observée tantôt dans des cas d'inversion des principaux organes abdominaux, tantôt avec le situs normal. Le côlon transverse se trouve donc derrière le jéjunum et non pas devant lui (*fig. 2*). Plusieurs

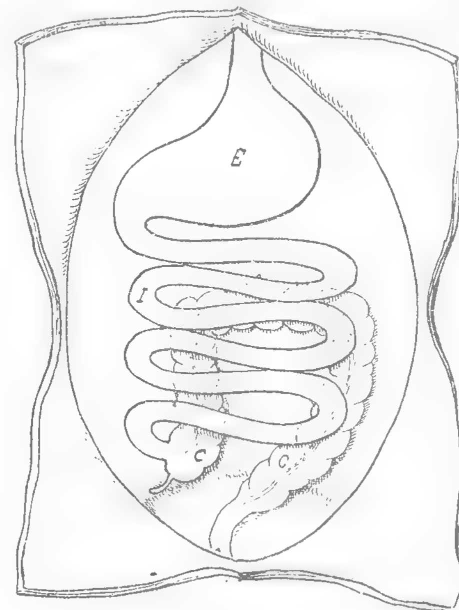


Fig. 2. — Rétroposition du gros intestin. (Dessin schématique.)

faits de cette nature, avec situs inverse, ont été décrits par M. Toldt (1), un autre par M. Marchand (2). Un cas avec situs normal de l'estomac et du foie a été publié par M. Tandler (3).

b) La *sinistroposition* répond à la situation du gros intestin tout entier dans le côté gauche de la cavité abdominale. Comme, d'ailleurs, la rétroposition et la dextroposition, elle est caractérisée avant tout par le défaut d'entre-croisement de l'intestin grêle et du gros intestin, et par l'absence fréquente d'un côlon transverse bien caractérisé. Le duodénum, muni parfois d'un mésentère, se continue donc directement avec l'intestin grêle. Le méso commence tantôt au niveau du duodénum, tantôt seulement à la limite de ce dernier et du jéjunum; il n'existe du reste pas en ce point de séparation bien nette, vu la disposition anormale de ce segment de l'intestin. Le duodénum, au lieu de former une simple anse en fer à cheval, prend souvent une forme sinueuse; il est parfois couvert en partie, mais non toujours, par le commencement d'un mésentère commun; ses sinuosités sont logées généralement sous le lobe droit du foie, d'où le jéjunum passe dans la région du rein droit pour atteindre la fosse iliaque droite et se continuer avec les circonvolutions de l'intestin grêle; ce dernier occupe le côté droit et le milieu de la cavité abdominale et s'abouche enfin avec le cæcum, lequel affecte, ainsi que nous le verrons plus tard, une disposition très variable. Le côlon, à son tour, forme des sinuosités plus ou moins nombreuses, logées pour la plupart dans le côté gauche de la cavité abdominale; on y reconnaît plus ou moins distinctement une partie ascendante, une partie transverse et une partie descendante, ainsi qu'un S iliaque de forme très variable (*fig. 3*).

Cette anomalie est la plus typique de toutes, non seulement parce qu'elle est la plus fréquente, mais surtout parce qu'elle répond à un mécanisme dont l'embryologie nous fournit la clef; nous reviendrons sur ce point dans le prochain chapitre. Tous les cas relatés jusqu'à

---

(1) J. Shober. Anomalous positions of the colon, with report of a case discovered by exploratory operation. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct. 1898.)

(2) Barton. Case of abnormal position of large intestine. (*Transactions of the R. Acad. of Med. in Ireland*, 1889, VII, p. 392.)

(3) A. Buchanan. Fatal cases of obstruction and enormous distention of the belly arising from a peculiar conformation of the colon. (*London Med. Gaz.*, 1839, II, p. 639 et 674, et 1840, II, p. 99 et 143.)

(4) C. von Samson. Einiges über den Darm, insbesondere Flexura sigmoidea. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1892, XLIV, p. 146 et 386.)

(5) Küttner. Ueber innere Inkarcerationen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1868, XLIII, p. 478.)

(6) Reinbach. Combination von kongenitalem partiellen Defekt und Lageanomalie des Dickdarms mit erworbener Stenose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 1, p. 110.)

(1) C. Toldt. Die Darmgekröse und Netze im gesetzmässigen und im gesetzwidrigen Zustand. (*Denkschr. der kaiserl. Akad. der Wissensch.* Vienne, 1889, LVI.)

(2) Marchand, *in* Ahlfeld. Berichte und Arbeiten der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik zu Giessen (1881-1882), p. 254. Leipzig, 1883.

(3) J. Tandler. Ueber Mesenterialvarietäten. (*Wien klin. Wochensch.*, 4 mars 1897, p. 212.)

présent concordent dans leurs grandes lignes avec la description que nous venons de donner; les variations individuelles se rapportent principalement à la conformation du duodénum et

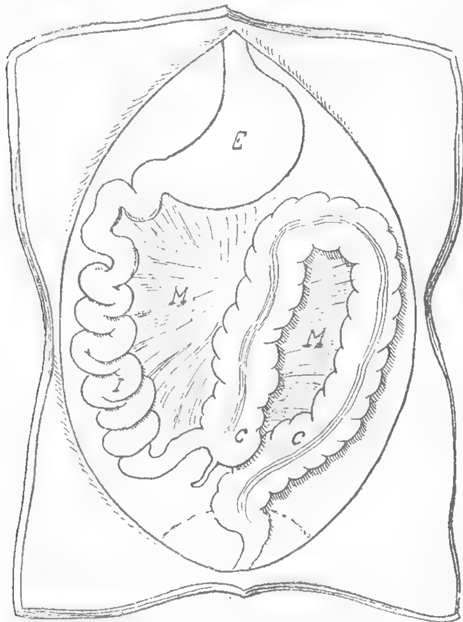


Fig. 3. — Sinistroposition du gros intestin. (Dessin schématique.)

à celle du gros intestin; c'est ainsi que le premier fut le plus souvent trouvé dépourvu de méso, alors qu'il en présentait un très bien développé dans les cas de M. Gröngoss (1) et de M. Tandler (2). Quant au côlon, il offre de nombreuses variations dans la situation et la disposition de ses différentes parties et dans la longueur de son mésentère; par exemple, le cæcum occupait le côté gauche du petit bassin dans un cas de M. Stieda (3) et dans 4 autres publiés par M. Treitz et cités également par M. Stieda; il siégeait dans la fosse iliaque gauche et au milieu de la cavité abdominale dans les faits de Gruber (4), de Fürth (5), de Chiene (6), de M. Tandler; nous trouvons encore la même disposition dans un cas de M. Curschmann (7) et dans celui que reproduit l'ouvrage mentionné plus haut de M. Zuckerkandl; dans une autre observation, relatée également par M. Curschmann, le cæcum était situé sous le lobe droit du foie; dans un des faits de M. Tandler aussi. Quant au côlon ascendant, il est tantôt droit (cas de Treitz et de Gruber), tantôt sinueux (Stieda, Zuckerkandl); parfois il fait complètement défaut (Curschmann); dans une des observations de M. Tandler, il était d'abord directement descendant pour prendre ensuite une direction ascendante et se diriger vers la rate. Le côlon transverse existait dans le cas de Gruber, ainsi que dans ceux de M. Stieda et de M. Zuckerkandl; il constituait une anse à convexité inférieure dans le fait de Fürth, et manquait totalement dans d'autres observations.

Le côlon descendant et l'S iliaque présentent les formes les plus diverses. Le mésocôlon s'étend sur le côlon entier, à l'exception cependant du côlon descendant, lequel a été trouvé dépourvu de méso dans plusieurs cas (Gruber, Treitz, Stieda, Fürth).

Dans un seul fait de sinistroposition du gros intestin, dû à Reid (1), le côlon, situé tout entier dans le flanc gauche, ne paraît pas avoir eu de mésentère bien développé; cette variété de sinistroposition nous semble intéressante par son analogie avec une observation de dextroposition que nous relaterons tantôt.

Entre cette forme pour ainsi dire typique de la sinistroposition du gros intestin et le situs normal, on peut placer les cas intermédiaires mentionnés plus haut, où le cæcum se dirige de plus en plus vers le côté droit et où le duodénum, au lieu de contourner le mésentère commun en passant sur le rein droit, traverse déjà une partie du mésentère et se croise ainsi non pas avec le côlon transverse, mais avec le cæcum ou le côlon ascendant. Il est évident qu'il n'y a pas très loin de ces cas à ceux où — comme seule anomalie — le cæcum et le côlon ascendant sont « flottants » et pourvus d'un mésentère, mais où existe l'entre-croisement normal du duodénum et du côlon transverse.

c) La *dextroposition* du gros intestin est beaucoup plus rare que la sinistroposition. Elle se rencontre parfois en cas d'inversion des viscères abdominaux, où elle est l'équivalent de la sinistroposition avec situs normal. Nous mentionnerons comme preuve une observation de Valleix (2), dans laquelle la transposition de tous les viscères était associée à un déplacement de l'intestin grêle tout entier vers le côté gauche, et du gros intestin vers la moitié droite de l'abdomen; il en était de même dans un fait publié par M. Perls (3). Nous n'avons trouvé, par contre, dans la littérature médicale que deux cas seulement de dextroposition avec situs normal du foie et de l'estomac, appartenant l'un à Mascarel (4), l'autre à Gruber (5). Dans le premier, le côlon transverse se repliait à mi-chemin vers le côté droit, de sorte que le côlon descendant se trouvait à côté du côlon ascendant et l'S iliaque à côté du cæcum, tandis que l'intestin grêle occupait tout le côté gauche de l'abdomen; l'auteur ne mentionne aucune transposition d'un autre viscère. Dans le second cas, le foie, le duodénum et l'estomac avaient une situation normale, l'intestin grêle se trouvait du côté gauche et le gros intestin du côté droit; l'intestin tout entier possédait un mésentère commun fixé le long de la colonne vertébrale.

A ces deux observations nous ajouterons un fait personnel : chez notre sujet, le côlon déviait légèrement vers la ligne médiane, remontait jusqu'au niveau du rein droit pour se replier sous lui-même et atteindre la fosse iliaque droite, où il formait une anse iliaque contournant le cæcum et descendant dans le côté droit de la cavité pelvienne. Une bride cicatricielle réunissait le commencement de l'S iliaque et le cæcum. L'intestin grêle, après un parcours normal jusqu'au milieu de la colonne vertébrale, continuait dans une direction transversale jusqu'au niveau du rein gauche pour descendre obliquement de nouveau vers la colonne vertébrale; à partir de ce moment, il était pourvu d'un mésentère et il remplissait le milieu et le côté gauche de l'abdomen; la situation des autres viscères abdominaux était normale (*fig. 4*).

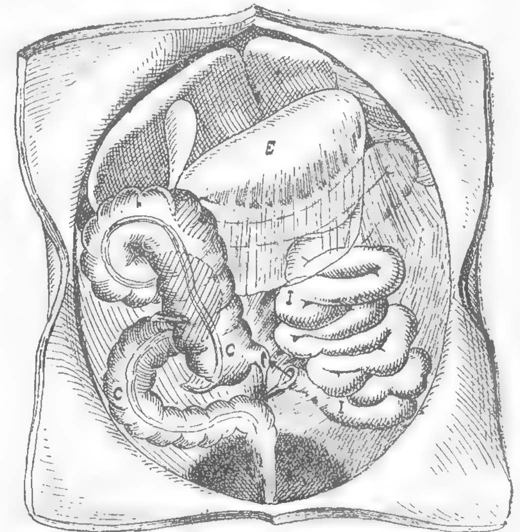


Fig. 4. — Dextroposition du gros intestin (observation personnelle).

II

Telles sont les principales anomalies que peut présenter la position de l'intestin; reste à en élucider l'étiologie et le mécanisme. Il est évident, tout d'abord, qu'il ne saurait être question de les expliquer toutes par une seule cause ou par des circonstances de même ordre.

Nous ne discuterons pas l'origine des nombreuses variations décrites dans la première partie du chapitre précédent : il s'agit là, avons-nous dit, de faits tenant à la longueur variable des différentes portions de l'intestin et du mésentère; elles ne présentent un intérêt embryologique qu'en ce qui concerne les formes se rapprochant plus ou moins de la sinistroposition du gros intestin; nous en parlerons donc à l'occasion de cette dernière. Une question, toutefois, nous paraît d'une importance assez générale pour que nous nous en occupions ici : la prédisposition plus grande de certaines races pour ces anomalies et pour les états pathologiques qui en découlent. C'est, en effet, un fait incontestable que la torsion de l'S iliaque et du cæcum est beaucoup plus fréquente parmi la population des provinces baltiques que partout ailleurs. D'après Gruber, l'intestin des Russes serait sensiblement plus long que la normale. Cette manière de voir, partagée par Luschka, Küttner et d'autres, a été combattue par divers auteurs, notamment par Tarenetzky, M. Rolssenn et M. Dreike. Tarenetzky (1) reconnaît qu'il n'est point impossible qu'il existe des différences ethniques dans la longueur de l'intestin, mais il estime que ces différences ne sont point démontrées; il attribue, cependant, aux Allemands un intestin moins long que celui des Français et des Russes. Les thèses de M. Rolssenn (2) et de M. Dreike (3) tendent à démontrer, au contraire, que la longueur de l'intestin n'est pas influencée par la race.

Au reste, les anomalies en question peuvent être expliquées par des variations, non seulement de la longueur absolue de l'intestin, mais aussi de la longueur relative des diverses parties de ce canal. La fréquence des accidents imputables à ces différences dans certaines régions nous paraît militer d'une manière indiscutable pour cette dernière opinion; il resterait cependant à savoir jusqu'à quel point l'alimentation influe sur ces anomalies, non seulement

(1) GRÖNGOSS. Ueber einen Fall abnormer Lagerung des Darmkanals beim Erwachsenen. (*Anat. Anzeiger*, 11 déc. 1893.)

(2) TANDLER. (*Loc. cit.*)

(3) STIEDA. Ueber Situs inversus partialis abdominis. (*Thèse de Königsberg*, 1898.)

(4) W. GRUBER. Ueber einige seltene durch Bildungsfehler bedingte Lagerungsanomalien des Darms bei erwachsenen Menschen, *in* Mélanges biologiques tirés du Bulletin de l'Académie impériale des sciences de Saint-Pétersbourg, IV, p. 149. Saint-Pétersbourg, 1861-65.

(5) FÜRTH. Angeborne Dislokation der Gedärme; Tumor der linken Niere. (*Wien. med. Presse*, 1866, VII, p. 80.)

(6) J. CHIENE. Case in which the intestines were misplaced, with remarks on the development of the parts. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, 1867-68, II, p. 14.)

(7) CURSCHMANN. (*Loc. cit.*)

(1) REID. Malposition of the large intestines in two individuals, apparently causing fatal ileus in one of them. (*Edinburgh Med. and Surg. Journ.*, 1836, XLVI, p. 70.)

(2) VALLEIX. Transposition irrégulière des viscères de droite à gauche. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1834, p. 264-273.)

(3) PERLS. Lehrbuch der allgemeinen Pathologie. 2e éd., p. 951. Stuttgard, 1886.

(4) MASCAREL. Anomalie du tube digestif. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, sept.-oct. 1840, p. 215.)

(5) W. GRUBER. Weitere Beiträge zu den Bildungshemmungen der Mesenterien. (*Arch. f. Anat., Physiol. u. wissensch. Med.*, 1864, p. 484.) — Ce cas est rapporté tout au long par W. Koch, dans son travail intitulé : Die angeborenen ungewöhnlichen Lagen und Gestaltungen des menschlichen Darmes; erste Abhandlung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1899, L, 1-2, p. 1.)

(1) A. TARENETZKY. Beiträge zur Anatomie des Darmkanals. (*Mém. de l'Acad. impér. des sciences de Saint-Pétersbourg*, 1881, 7e série, XXVIII, 9.)

(2) ROLSSENN. Beitrag zur Kenntniss der Längenmasse des deutschen Darms. (*Thèse de Dorpat-Youriev*, 1890.)

(3) P. DREIKE. Ein Beitrag zur Kenntniss der Länge des menschlichen Darmcanals. (*Thèse de Dorpat-Youriev*, 1894, et *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1895, XL, 1.)

chez l'individu lui-même, mais encore, par le moyen de l'hérédité, chez ses descendants.

En ce qui concerne le situs inverse complet, Cruveilhier disait déjà : « L'inversion splanchnique est un fait qu'il faut admettre comme la position régulière des organes, et qui échappe à toute théorie. » Nous ne sommes pas beaucoup plus avancés à l'heure qu'il est; nous croyons cependant devoir rappeler ici l'hypothèse fort séduisante d'après laquelle l'inversion serait le fait d'un développement originairement gémellaire et symétrique, l'un des individus — celui à situs normal — ayant succombé à une période très précoce. Cette opinion émise, pour la première fois par Förster, a été appuyée dans une certaine mesure, récemment encore, par M. Koller (1). Il faut reconnaître toutefois qu'elle ne rend point compte des cas souvent si irréguliers d'inversion partielle.

Passons aux anomalies dues à une torsion anormale, soit incomplète, soit dans le sens inverse, de l'anse ombilicale. Ce sont là les seules malformations dont nous puissions expliquer le mécanisme par les données de l'embryologie. Il importe, à cet effet, de rappeler quelques notions relatives au situs viscéral normal. La période embryonnaire à laquelle nous devons remonter est la cinquième semaine; à ce moment, l'intestin se compose essentiellement d'une seule anse, l'anse ombilicale (*fig. 5*). La partie supérieure et une partie

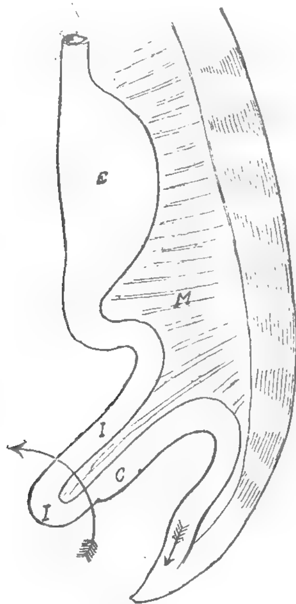


Fig. 5. — Anse ombilicale (dessin schématique).

de la moitié inférieure de cette anse sont destinées à fournir ultérieurement, en s'allongeant et en formant de nombreuses sinuosités, l'intestin grêle; le reste donne le gros intestin; il existe alors un mésentère commun allant de l'estomac au rectum. A une période très précoce déjà, avant la cinquième semaine, la moitié inférieure, c'est-à-dire le futur côlon, se trouve légèrement à gauche; plus la moitié supérieure augmente de volume, plus elle imprime à l'anse entière une torsion dans le sens contraire à celui des aiguilles d'une montre. Encore logée dans le cordon ombilical à la huitième semaine, l'anse ombilicale se retire ensuite pour se placer dans la cavité abdominale; au troisième mois, l'intestin grêle occupe la plus grande partie de l'abdomen, principalement la région droite, tandis que le gros intestin, dont le développement en longueur est sensiblement en retard sur celui de l'intestin grêle, se trouve à gauche et en haut, possédant toujours un mésentère commun avec le petit intestin. La torsion dans le sens indiqué par la flèche (*Voir fig. 5*) continue et ramène le côlon au devant de l'anse jéjunale, puis dans le flanc droit et dans la fosse iliaque droite. C'est dans cette dernière région que se placent le commencement du côlon et le cæcum avec son appendice. Les mésocôlons transverse et ascendant s'accolent secondairement à l'anse jéjunale et à la paroi abdominale postérieure jusque dans la fosse iliaque; plus cet accolement est complet, plus la première partie du gros intestin devient immobile.

Les divers degrés de cette évolution représentent exactement les différents types de sinistroposition, depuis la sinistroposition totale du gros intestin avec mésentère commun complet, jusqu'à la simple mobilité du cæcum avec mésentère commun incomplet : la première de ces malformations représente l'arrêt de la torsion au point où elle se trouve au troisième mois; les formes intermédiaires mentionnées plus haut constituent un stade de la torsion plus avancé déjà; les diverses variétés de mobilité du cæcum et du côlon ascendant, enfin, correspondent à la torsion complète mais avec accolement incomplet de la première portion du côlon dans la fosse iliaque droite.

Quant à la rétroposition, on peut l'expliquer par l'absence de toute torsion de l'anse ombilicale, c'est-à-dire par le développement de l'intestin avec persistance de la position qu'il occupe avant la cinquième semaine de la vie embryonnaire. L'intestin grêle se trouve à cette période vers le haut, et le gros intestin vers le bas; cette situation normalement très passagère se maintenant et le développement en longueur de l'intestin grêle étant beaucoup plus considérable que celui du gros intestin, il est inévitable que le premier se place au devant du second, lequel reste accolé immédiatement à la paroi abdominale postérieure.

Un coup d'œil sur les faits de cette nature actuellement connus nous montre qu'il s'agit le plus souvent, comme nous l'avons dit plus haut, de cas d'inversion des autres viscères. Nous serions donc tentés de croire que les causes encore inconnues qui président à la formation de l'inversion s'opposent aussi, dans une certaine mesure, à la torsion de l'anse ombilicale. Ceci nous amène à la troisième anomalie, la dextroposition du côlon, dans laquelle nous ne reconnaissons plus un arrêt de développement, mais un commencement d'inversion, puisqu'elle correspond à la torsion de l'anse ombilicale dans un sens anormal, c'est-à-dire dans celui des aiguilles d'une montre. La moitié inférieure de l'anse ombilicale, normalement placée à gauche dès la cinquième semaine, vient se loger, pour une raison qui nous échappe, du côté droit de l'intestin grêle, et se développe par conséquent à droite de celui-ci. Quand cette torsion dans le sens inverse est incomplète, il en résulte la dextroposition du gros intestin entier, naturellement sans entre-croisement (comme dans la sinistroposition) (1). Si elle est poussée plus loin, on a l'entre-croisement avec fixation du cæcum dans la fosse iliaque gauche, c'est-à-dire le situs inverse de l'intestin. Cette inversion est totale, lorsqu'elle est accompagnée de l'inversion de l'estomac et des organes accessoires; partielle, quand elle n'intéresse que l'intestin. Nous proposons de la désigner dans ce dernier cas sous le nom d'*inversion partielle inférieure*, pour la distinguer de l'inversion isolée de l'estomac et de ses annexes, à laquelle nous donnerions le nom d'*inversion partielle supérieure*.

Nous dirons donc, en résumé, que, seules, la rétroposition et la sinistroposition du gros intestin — avec les divers degrés intermédiaires jusqu'au situs normal — constituent un arrêt de développement dont nous connaissons sinon la cause première, du moins le mécanisme, tandis que les autres anomalies sont le fait, soit d'une inversion totale ou partielle, soit d'une torsion de l'anse ombilicale dans un sens anormal.

Quant au rôle d'un processus inflammatoire avec adhérences péritonéales consécutives dans la genèse de ces malformations, il paraît incontestable pour les sténoses et les oblitérations complètes de l'intestin; mais nous n'avons pas de preuves suffisantes pour lui attribuer une importance décisive dans la production des torsions anormales; nous serions même tentés de croire que les cicatrices péritonéales rencontrées dans notre observation de dextroposition étaient secondaires, ou du moins dataient de la période d'accolement plutôt que de l'époque de la torsion anormale, cette dernière remontant à la cinquième semaine de la vie intra-utérine.

III

La connaissance des faits que nous venons de décrire nous paraît importante, tout d'abord parce que ces anomalies altèrent sensiblement le tableau clinique de diverses affections abdominales, ensuite parce qu'elles sont elles-mêmes la cause de plusieurs accidents, enfin parce qu'elles peuvent exiger des modifications sensibles de certains procédés de chirurgie intestinale.

En ce qui concerne le premier point, l'affection qui subit le plus de modifications du fait d'un situs intestinal anormal est évidemment l'appendicite; c'est ainsi que nous avons vu l'appendice se perforer dans le petit bassin, au niveau de la crête iliaque, sur le rein droit, au bord du foie, pour ne mentionner que les cas les plus fréquents; et tout chirurgien a fait des observations semblables. Nous avons vu repousser le diagnostic d'appendicite parce que la fosse iliaque droite était complètement libre, ou parce que la tuméfaction siégeait au bord du foie. Il est évident que le diagnostic n'est point aisé, surtout en ce qui concerne cette dernière localisation, et il arrivera toujours qu'une appendicite à siège hépatique sera prise pour une affection de la vésicule biliaire; cette erreur sera cependant moins fréquente, si l'on tient compte des variations de la position du cæcum que nous venons de signaler. Les mêmes difficultés de diagnostic peuvent se présenter pour d'autres affections à siège typique, telles que la tuberculose, l'actinomycose ou les néoplasmes de la valvule de Bauhin et du cæcum. Ajoutons encore qu'une anomalie du côlon transverse que nous avons mentionnée également, le « côlon transverse replié vers le haut », est susceptible de masquer complètement la matité du foie et de donner lieu ainsi à des erreurs de diagnostic (Leube, Curschmann).

Quant aux affections occasionnées ou du moins facilitées par les anomalies en question, les plus importantes sont l'invagination iléo-cæcale, qui a pour condition un mésentère iléo-cæcal commun (1), et les différentes formes de torsion intestinale. Parmi ces dernières, nous mentionnerons tout d'abord la torsion du cæcum, qui ne peut également se produire que s'il existe un mésentère iléo-cæcal. M. Zöge von Manteuffel en a réuni 24 cas, dont 4 de sa propre observation; sur ce nombre, 13 malades non opérés et 2 traités par l'anus contre nature ont succombé; des 9 autres, ayant subi la laparotomie, 6 ont guéri. Le traitement de choix consiste dans la détorsion quand elle est encore possible, ou, sinon, dans la résection. Le diagnostic offre des difficultés sérieuses, étant donné que la tumeur formée par l'intestin tordu n'est généralement pas située dans la région iléo-cæcale.

Comme autres torsions intestinales favorisées par les anomalies que nous venons de décrire, citons celle de l'S iliaque, qui n'est possible

(1) A. Koller. Ein Fall von Situs viscerum inversus und seine Deutung. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1899, CLVI, 1.)

(1) Le côlon peut garder dans ces positions anormales son méso libre, mais il peut aussi s'accoler secondairement au point anormal où il se trouve logé; cet accolement existait dans le cas de dextroposition que nous avons observé.

(1) Zöge von Manteuffel. Ueber den Volvulus des Cæcum. (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, 27. *Congress*, Berlin, 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 188.

qu'avec un développement excessif de cette anse. Cet accident a été étudié principalement par MM. Budberg Boenighausen et W. Koch (1), à la clinique chirurgicale de Dorpat-Youriev, c'est-à-dire dans la région même où M. Zöge von Manteuffel a étudié la torsion du cæcum; Treves, Küttner, Leichtenstern, M. von Samson, M. Curschmann ont également attiré l'attention sur ce sujet dans les travaux que nous avons mentionnés plus haut. Nous ne saurions décrire en détail cette affection relativement fréquente dans certaines contrées; nous tenons seulement à rappeler que l'anse iliaque tordue est généralement d'un volume considérable et occupe la plus grande partie de la cavité abdominale; elle est placée tantôt plus à gauche, tantôt plus à droite.

Une troisième forme de torsion typique est celle de l'intestin grêle et du gros intestin autour du mésentère commun. Des faits de ce genre ont été publiés entre autres, par Whipham (2), par Good, par M. Helmsmüller (3). Nous en avons observé nous mêmes un exemple à la clinique chirurgicale de M. Kocher. Cette torsion débute généralement par des symptômes très brusques, et amène fatalement la mort en très peu de jours avec des signes d'étranglement aigu, quand la torsion est suffisante pour compromettre la nutrition de l'intestin. Dans d'autres faits (Good), la torsion est moins considérable et n'est constatée qu'à l'autopsie. Dans les cas aigus, le collapsus est si rapide que la chirurgie s'est montrée jusqu'à ce jour impuissante.

Ajoutons encore qu'on a observé les formes les plus variées de torsion de l'S iliaque et d'une partie de l'intestin grêle; ces accidents, étudiés récemment par MM. Budberg-Boenighausen et W. Koch, sont trop peu typiques pour que nous nous y arrêtions ici.

La connaissance des anomalies de position de l'intestin est enfin très importante pour plusieurs opérations portant sur le tube intestinal, telles que la gastro entérostomie et les diverses variétés d'entéro anastomose; c'est ainsi que la gastro-entérostomie, en cas de sinistroposition du gros intestin sans entre-croisement de ce dernier avec le jéjunum, exige une technique sensiblement différente des procédés typiques, et nécessite aussi de la part du chirurgien la connaissance de la région dans laquelle il trouvera — si, du moins, il s'agit d'une anomalie typique — les diverses parties de l'intestin; nous avons eu l'occasion de nous en convaincre dans un cas de cette nature que nous avons opéré récemment avec M. le professeur Graser.

D[r] F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1[er] octobre 1901.

Sur la dissémination et la localisation de l'antimoine dans l'organisme.

M. G. Pouchet. — J'ai été amené récemment à rechercher la façon dont l'antimoine se localise dans l'organisme des animaux.

Mes expériences ont porté sur des lapins et sur des chiens Dans l'espace de cinquante jours, un lapin du poids de 1,095 grammes absorbe 30 doses de 0 gr. 005 milligr. d'émétique, soit en totalité 0 gr. 150 milligr., représentant 0 gr. 054 milligr. d'antimoine; au bout de ce temps il est sacrifié. La recherche de l'antimoine n'a permis d'en retrouver une proportion appréciable que dans l'appareil digestif; la peau et les poils n'ont fourni qu'un indice d'anneau à peine visible.

Trois autres lapins, pesant respectivement 2,000, 1,960 et 1,890 grammes, ont été mis en expérience durant deux cent quinze jours. Pendant ce temps, ils ont absorbé 3 gr. 650 milligr. d'émétique, représentant 1 gr. 314 milligr. d'antimoine. Les animaux ont d'abord augmenté de poids, mais dans les derniers jours ils présentaient de la parésie du train postérieur, perdaient leurs poils (cependant très brillants) et présentaient, disséminées sur la peau, des plaques rouges et excoriées. A l'autopsie, tous les viscères étaient normaux; seuls les organes digestifs contenaient une assez notable proportion d'antimoine; les os, les reins, le foie, la peau, les poils, les muscles, etc., ont donné un anneau léger; le résultat a été des plus douteux en ce qui concerne le cœur, les poumons et le sang; il a été complètement négatif pour le cerveau.

Des constatations identiques ont été faites chez les chiens.

L'addition d'une faible proportion d'arsenic à l'antimoine rend plus précoces les manifestations cutanées et nerveuses et fait apparaître plus rapidement les accidents gastro-intestinaux. La localisation et la répartition de l'antimoine ne sont pas modifiées. Le cerveau et la moelle, les muscles, le foie, etc., renferment de l'arsenic et pas d'antimoine. Les os contiennent aussi de l'arsenic et des traces d'antimoine; on trouve également dans la peau et les poils une proportion assez notable d'arsenic et une quantité d'antimoine plus considérable que la précédente; le tube digestif renferme un peu d'arsenic et la plus forte proportion d'antimoine.

L'administration simultanée d'une autre substance médicamenteuse active, dans l'espèce le bromure de potassium, paraît modifier d'une façon très notable la symptomatologie de l'intoxication et la localisation des substances toxiques.

ETRANGER

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 28 septembre 1901.

Sur la physiologie des glandes sudoripares.

M. Héger. — Dans une note que M. S. Fredericq (de Gand) soumet à notre appréciation, et sur laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport, l'auteur rend compte d'abord de ses études antérieures concernant l'action empêchante de l'acide tartrique dans l'hyperhidrose : l'acide tartrique, finement pulvérisé et répandu sur les surfaces cutanées où la sécrétion sudorale est exagérée, tarirait rapidement cette sécrétion.

Voulant élucider expérimentalement ce point, M. Fredericq a fait des recherches sur l'acide tartrique pulvérisé et sur d'autres acides, tels que l'acide citrique et l'acide oxalique, chez des personnes saines et chez des malades.

Contrairement à son attente, il remarqua que l'acide tartrique, lorsqu'il est répandu en poudre fine sur le tégument, excite tout d'abord la fonction sudorale et provoque une abondante sécrétion; mais celle-ci cesse bientôt, pour être remplacée par la sécheresse qui seule avait été observée jusqu'ici. Il en serait de même de l'acide citrique; l'acide oxalique, au contraire, serait sans effet.

L'auteur estime que les acides tartrique et citrique n'agissent pas sur les vasomoteurs des glandes de la sueur, mais directement sur les filets nerveux sensitifs : l'excitation de ces fibres amènerait, en premier lieu, l'hypersécrétion sudorale; ensuite se produirait un stade prolongé de repos.

Peut-être la première de ces deux phases de l'action de l'acide tartrique employé localement pourrait-elle être avantageusement utilisée en thérapeutique. On sait, en effet, que toutes les substances dons nous disposons pour activer la sécrétion de la sueur doivent être administrées à l'intérieur ou en injections sous-cutanées.

D[r] KEIFFER.

LETTRES DE HOLLANDE

(De notre correspondant particulier.)

Amsterdam, le 27 septembre 1901.

L'assurance sur la vie dans ses rapports avec la médecine.

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié que les médecins des compagnies d'assurances se sont réunis pour la première fois en Congrès international à Bruxelles, il y a deux ans; à cette occasion, nous faisions remarquer qu'il pouvait être fort utile au praticien d'être au courant des questions médicales que soulève l'admissibilité des candidats à l'assurance sur la vie, ceux-ci s'adressant bien souvent à leur médecin habituel pour savoir s'ils remplissent les conditions nécessaires pour contracter une telle assurance. C'est à ce point de vue que nous croyons devoir donner un résumé des principales questions soumises au deuxième Congrès, lequel vient de se tenir à Amsterdam du 23 au 25 courant.

D'une façon générale, il semble que la tendance actuelle des Compagnies d'assurance sur la vie soit d'admettre à l'assurance — mais à des conditions naturellement spéciales — les personnes dont la santé est atteinte plus ou moins gravement, les « risques tarés » pour employer l'expression consacrée; c'est ce qui ressort, du moins, des conclusions proposées par plusieurs des rapporteurs.

En ce qui concerne l'*albuminurie*, par exemple, **M. B.-J. Stokvis** (d'Amsterdam) fait observer combien il serait excessif d'exclure du bénéfice de l'assurance tout individu dont les urines renferment de l'albumine. A ce propos, le rapporteur passe d'abord en revue les albuminuries extra-rénales, liées à l'existence d'un trouble fonctionnel ou d'une lésion des voies urinaires ou des organes génitaux; on ne peut en faire le diagnostic que par un examen microscopique minutieux de l'urine, permettant d'y déceler, en l'absence de cylindres rénaux, des éléments figurés provenant du sang, du pus, des muqueuses des voies urinaires, ou des spermatozoaires, des filaments muqueux, etc., etc. Cette variété d'albuminurie serait loin d'être rare : sur 114 conscrits, 21 présentaient de l'albumine, qui avait 13 fois (60 %) une cause extrarénale; d'autre part, le pronostic de ces albuminuries est bénin, car les statistiques démontrent que les décès par maladies de la prostate ou de la vessie n'entrent que pour 1.5 % dans la mortalité générale; encore les six septièmes de ces décès ne surviennent-ils qu'après l'âge de soixante ans.

Passant ensuite à l'examen des cas d'albuminurie rénale, M. Stokvis établit deux catégories, suivant que la cause du trouble dont il s'agit est organique ou fonctionnelle. Actuellement au moins, il semble bien qu'on doive exclure les sujets atteints de lésions rénales; toutefois, pour pouvoir affirmer l'existence d'une néphrite, ce n'est pas sur le caractère permanent de l'albuminurie qu'il faudra se baser, mais bien sur les symptômes morbides concomitants (polyurie, pollakiurie, hypertrophie ou dilatation du cœur, etc.). Restent les albuminuries fonctionnelles : pour ce qui est des albuminuries cardiaques, c'est l'affection causale qui doit seule fournir des éléments d'appréciation; quant aux personnes atteintes d'albuminuries cycliques, le rapporteur estime qu'il n'y a pas lieu de les rejeter.

Dans son rapport sur la *glycosurie*, **M. A. Siredey** (de Paris) se montre un peu plus sévère; à son avis, les diabétiques maigres devront toujours être refusés; les diabétiques même gras, âgés de moins de trente-cinq ans, le seront également, car on connaît bien la gravité toute spéciale du diabète chez les sujets jeunes; passé cet âge, un diabétique dont l'état général est bon et l'apparence florissante, dont tous les organes seront reconnus sains, qui, particulièrement, aura des sommets absolument normaux et ne vivra pas en contact avec des tuberculeux, pourra être admis, mais avec une majoration de la prime annuelle; il convient enfin de classer à part les diabètes nerveux (consécutifs aux émotions, au surmenage, à un traumatisme); ici, l'âge et l'aspect général sont des éléments d'information moins sûrs; aussi, M. Siredey conseille-t-il d'ajourner les

(1) R. BUDBERG-BOENIGHAUSEN et W. KOCH. Darmchirurgie bei ungewöhnlichen Lagen und Gestaltungen des Darmes. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1896, XLII, 4-5 et XLIII, 1-2.)

(2) WHIPHAM. Twisting of the intestine. (*Med. Times and Gaz.*, 1876, II, p. 33.)

(3) HELMSMÜLLER. Ein Fall von Axendrehung des gesammten Dünndarms und aufsteigenden Dickdarms. (*Thèse de Kiel*, 1898.)

candidats de cette catégorie à six mois ou à un an, et de ne les admettre que si ce nouvel examen leur est favorable.

Plus complexe peut-être encore est la question des *cardiopathies* que **M. E. Poëls** (de Bruxelles) a exclusivement étudiée dans son travail sur « les risques tarés ». Disons tout de suite que c'est dans le sens de l'acceptation sous certaines conditions qu'a conclu le rapporteur. Il fait observer, en effet, qu'une survie fort longue est compatible avec une affection cardiaque déjà ancienne, dont la compensation est parfaite depuis plusieurs années; il en va autrement quand la lésion est encore récente, car en pareil cas on ne sait pas ce que réserve l'avenir; aussi faut-il n'admettre que les individus atteints depuis cinq ans au moins, et dont l'affection cardiaque est restée latente durant ce laps de temps. D'une façon générale, on peut espérer que la compensation se maintiendra plus longtemps quand il s'agit d'une insuffisance que lorsqu'on a affaire à un rétrécissement; les lésions aortiques ont de même un pronostic plus favorable que celles des orifices mitral et pulmonaire, celles du péricarde (surtout partielles) que celles de l'endocarde et du péricarde; enfin, au delà de cinquante ans, il paraît préférable de refuser l'assurance.

M. Poels s'occupe aussi de l'*artériosclérose*, qui a fait, en outre, l'objet d'un rapport spécial de **M. E. Moritz** (de Saint-Pétersbourg). L'un et l'autre estiment que l'on ne peut admettre que les sujets en imminence d'artériosclérose, ou tout au plus à la période initiale de cette affection; et encore M. Moritz croit-il qu'on doit proposer une assurance mixte, limitée jusqu'à un certain âge. Bien entendu, on ne saurait accepter un artérioscléreux avéré, surtout si les troubles cardiaques ont fait leur apparition.

Dans son rapport sur *les réflexes en matière d'assurance sur la vie*, **M. J. Crocq** (de Bruxelles), après avoir passé en revue les points essentiels de la physiologie des réflexes et de la signification clinique de leurs modifications, attire spécialement l'attention sur le réflexe rotulien : son abolition nettement établie doit entraîner le refus du proposant; sa diminution doit seulement engager à un examen approfondi des autres fonctions du névraxe; quant à son exagération, elle peut tenir à une lésion organique — et alors le rejet de la demande est de rigueur —, ou à une névrose fonctionnelle, dont le pronostic devra être posé pour chaque cas; enfin, l'examen des pupilles est de la plus haute importance : l'abolition ou un affaiblissement prononcé des réflexes pupillaires, l'existence du signe d'Argyll-Robertson, l'inégalité pupillaire exigent le rejet de l'assurance; il en serait de même du signe de Babinski et du clonisme tendineux, toujours symptomatiques, pour M. Crocq, d'une altération matérielle du système nerveux central.

M. H. Burger (d'Amsterdam) a présenté un rapport sur les *maladies de l'oreille;* il estime que les otites moyennes purulentes chroniques sont un motif de refus quand elles se compliquent d'une inflammation de l'attique ou de l'antre mastoïdien, lorsqu'elles sont de nature tuberculeuse ou cholestéatomateuse, ainsi que toutes les fois qu'elles sont accompagnées d'une lésion osseuse, d'une paralysie faciale, ou de vertiges et de céphalalgies; en dehors de ces cas, elles peuvent être acceptées avec augmentation de la prime; pour les otites externes ou moyennes aiguës, on devra attendre la guérison; enfin, la surdité bilatérale, les vertiges auriculaires graves, et même la perforation permanente du tympan, consécutive à une suppuration guérie, constituent des aggravations du risque.

Nous ne pouvons signaler ici tous les rapports — fort nombreux — qui ont été présentés au Congrès; nous mentionnerons cependant encore celui de **M. W. Salomonsen** (de Copenhague), sur *la syphilis*, qui estime qu'un syphilitique dont l'infection remonte à dix ans, sans récidive, peut être accepté, surtout s'il a des enfants sains; celui de **M. Mahillon** (de Bruxelles), consacré à *la femme*, dont une des conclusions est que les primipares et les femmes récemment mariées doivent être ajournées jusqu'après leur premier accouchement, les multipares pouvant être acceptées si les accouchements antérieurs se sont passés sans complication; celui enfin de **M. Weill-Mantou** (de Paris), qui, à propos de l'*appendicite*, déclare que toute sensibilité anormale dans la région appendiculaire, de même que toute crise antérieure n'ayant pas donné lieu à une intervention chirurgicale, doivent entraîner l'ajournement, tandis que l'acceptation est possible, pour les candidats opérés, après un laps de temps plus ou moins long selon qu'il s'agit d'une opération à chaud ou d'une opération à froid.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Guérison de l'ozène sous l'influence d'un érysipèle intercurrent, par M. G. Montoro de Francesco.

On connaît depuis longtemps des cas de guérison de maladies mentales ou nerveuses, à la suite d'une affection fébrile intercurrente, telle que la variole, la fièvre typhoïde, le paludisme, etc., etc. Mais les maladies du système nerveux ne sont pas seules susceptibles de profiter de cette influence favorable des « pyrexies utiles »; c'est ainsi que l'évolution des tumeurs malignes est souvent entravée par un érysipèle intercurrent : au cours de ces dernières années, on a même cherché à utiliser ce fait en thérapeutique, en traitant certains néoplasmes par des injections d'un mélange de toxines provenant du streptocoque et du *Bacillus prodigiosus*. A en juger d'après deux faits que M. Montoro de Francesco a eu l'occasion d'observer, le streptocoque de Fehleisen exercerait aussi une action curative à l'égard de l'ozène.

Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'une jeune fille de vingt-six ans, atteinte d'ozène depuis sept ans et qui avait essayé, sans succès, à peu près tous les moyens habituellement employés contre cette affection; seules, les irrigations nasales avec de l'eau de mer, répétées trois fois par jour, atténuaient quelque peu les phénomènes de puanteur, mais dès qu'on interrompait le traitement, ne fût-ce que pendant un ou deux jours, la fétidité ne tardait pas à reparaître. La membrane pituitaire était, par places, complètement détruite; dans d'autres endroits, elle présentait une atrophie très marquée. Les deux cornets inférieurs étaient également atrophiés. Or, malgré l'ancienneté de ces lésions, la malade fut tout à fait débarrassée de sa punaisie à la suite d'une violente atteinte d'érysipèle de la face à point de départ nasal. L'auteur supposa d'abord n'avoir affaire qu'à un arrêt temporaire du processus morbide, mais à l'heure actuelle la guérison remonte déjà à trois ans et l'examen rhinoscopique permet de constater que la muqueuse, auparavant sèche, amincie et atrophiée, se vascularise de plus en plus et subit une véritable régénération.

M. Montoro de Francesco était resté à se demander s'il y avait eu là autre chose qu'une simple coïncidence, lorsqu'il vit survenir un érysipèle chez le frère d'une autre jeune fille atteinte d'une rhinite atrophique gauche. Dans le but d'élucider la question de savoir si le streptocoque érysipélateux exerce réellement une influence favorable sur la rhinite atrophique, l'auteur se proposait d'inoculer l'érysipèle à la jeune fille en question, quand celle-ci contracta cette maladie par contagion. M. Montoro de Francesco se borna alors à laisser l'affection suivre son cours et se garda bien de recourir à des applications antiseptiques. Les lésions ayant débuté par le lobule de l'oreille gauche, il pratiqua même, pour favoriser l'extension du processus morbide au nez, deux petites écorchures, l'une au niveau de la région massétérine gauche, l'autre dans le sillon nasolabial du même côté. L'érysipèle envahit bientôt presque toute la face, y compris les fosses nasales. L'expectation n'ayant alors plus de raison d'être, on appliqua sur les parties malades, sauf sur le nez, des compresses imbibées d'une solution de sublimé; ce n'est que deux jours plus tard qu'on fit pratiquer, sur les narines, des onctions avec de la vaseline phéniquée. Au bout d'une semaine, tout rentra dans l'ordre. Fait curieux, dès que l'érysipèle eut envahi les fosses nasales, on ne remarqua plus ni puanteur, ni formation de croûtes. Depuis lors, c'est-à-dire après plus d'un an, on ne constate aucune trace de récidive, et la muqueuse de la moitié gauche du nez ne se distingue en rien de celle du côté opposé.

L'auteur estime que dans ces deux cas la guérison de l'ozène a été due au streptocoque de Fehleisen, qui a agi probablement en provoquant une leucocytose intense dans les tissus atrophiés du nez, en même temps que, sous l'influence des produits solubles sécrétés par ce microbe, les tissus en question devenaient plus résistants à l'égard de l'agent pathogène de la punaisie. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 1er août 1901.) — L. Ch.

Les affections « a frigore » de l'appareil de l'ouïe, par M. V. Hammerschlag.

Alors que les affections *a frigore*, et en particulier les paralysies, des nerfs facial et trijumeau ont été décrites depuis longtemps et nous sont maintenant connues aussi bien dans leur symptomatologie que dans leur anatomie pathologique, celles du nerf auditif et de l'appareil nerveux de l'oreille en général n'ont pas encore fait jusqu'ici l'objet d'une étude d'ensemble. Ce fait résulte de plusieurs causes dont la principale est la variabilité des signes cliniques, tenant à ce que le nerf auditif se compose de deux parties bien distinctes : la branche cochléaire et la branche vestibulaire. Le tableau morbide subira, en effet, des modifications considérables selon que chacune de ces deux portions sera atteinte isolément ou qu'elles le seront toutes deux simultanément, selon encore que le nerf auditif sera seul affecté ou que sa lésion sera accompagnée, comme cela arrive très souvent, d'une altération analogue d'autres nerfs crâniens, le facial et le trijumeau en particulier.

M. Hammerschlag s'est proposé de combler la lacune en question; il s'est livré, à cet effet, à une étude approfondie des faits (au nombre de 12) publiés jusqu'à ce jour par divers auteurs (MM. Morpurgo, Moos, Rosenbach, Frankl-Hochwart, Kaufmann), auxquels il ajoute deux observations personnelles. Voici les principaux points qui semblent se dégager de cette étude.

En ce qui concerne d'abord l'étiologie, à supposer que les paralysies *a frigore* du nerf auditif soient, comme celles du facial, par exemple, de nature infectieuse, et que le froid n'exerce qu'une action pour ainsi dire déterminante, cette action a du moins pu être démontrée d'une façon indiscutable 10 fois sur les 14 cas analysés par M. Hammerschlag.

Le tableau clinique varie, avons-nous dit, suivant que le nerf auditif est atteint dans sa branche cochléaire ou dans sa branche vestibulaire ou dans les deux à la fois, et suivant que d'autres nerfs cérébraux sont ou non affectés en même temps. C'est ainsi que, sur 14 cas, l'auditif était atteint seul 6 fois; chez les autres malades, la paralysie de l'auditif était accompagnée de paralysie du facial ou du trijumeau ou de ces deux nerfs à la fois. On n'a pas encore observé d'exemple de paralysie isolée de la portion vestibulaire de l'auditif; la localisation exclusivement cochléaire, au contraire, a été rencontrée, mais dans la grande majorité des cas le nerf de la huitième paire est atteint dans ses deux portions à la fois.

L'affection survient brusquement, chez des personnes dont l'organe de l'ouïe a toujours été normal jusque-là, et se manifeste par des bourdonnements d'oreilles, du vertige, des nausées, des vomissements et par une diminution de l'ouïe, le tout accompagné d'un léger état fébrile. La surdité s'aggrave rapidement; elle est parfois totale au bout de quelques heures. L'examen fonctionnel révèle une lésion de l'appareil de perception. Les patients présentent souvent des troubles de la coordination et ne peuvent marcher ni se tenir debout les yeux fermés.

Tous les symptômes énumérés diffèrent peu de ceux qu'on observe dans les affections du labyrinthe, quelle qu'en soit la nature. Aussi, pour pouvoir établir le diagnostic, faudra-t-il songer à la possibilité d'une paralysie *a frigore* et interroger soigneusement le malade à ce point de vue; le plus souvent, l'existence concomitante d'une paralysie du facial et du trijumeau sera à elle seule suffisante pour mettre sur la voie du diagnostic.

Dans les cas de paralysie simultanée des trois nerfs : auditif, facial et trijumeau, ce sont les troubles de la sensibilité (paralysie de la

cinquième paire) qui disparaissent les premiers; les troubles moteurs (paralysie de la septième paire) persistent un peu plus longtemps, mais cèdent encore assez rapidement, tandis que les symptômes provoqués par la lésion de l'auditif ne s'atténuent que très lentement. Ici encore il faut faire la distinction entre ce qui revient à la branche vestibulaire et à la branche cochléaire, les troubles déterminés par la paralysie de la première (vertiges, nausées, etc.) disparaissant plus tôt que ceux qui ressortissent à l'affection du nerf cochléaire (surdité). On peut même dire que dans la plupart des cas la surdité ne cède jamais, d'une façon complète tout au moins. Cette dernière circonstance rend le pronostic des paralysies en question très peu favorable au point de vue fonctionnel.

Les données anatomo-pathologiques concernant les modifications que subit le nerf auditif dans la paralysie *a frigore* manquent encore; tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il s'agit probablement de lésions névritiques analogues à celles qu'on observe dans le domaine du facial. Mais il est impossible de poursuivre plus loin l'analogie et de déterminer, même d'une façon approximative, la localisation de ces lésions, car, en ce qui concerne le facial aussi bien que l'auditif lui-même, dont l'examen microscopique a pu être pratiqué dans quelques cas de tabes, les auteurs, toujours d'accord quant à la nature des lésions, cessent de s'entendre dès qu'il s'agit de les localiser d'une façon précise. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, LII, 1 et 2.) — S. J.

Du mode de fixation de l'ovule dans la trompe, par M. H. Füth.

Depuis les récents travaux de Peters, il semble démontré que, dans l'espèce humaine, l'ovule fécondé ne se fixe pas dans l'utérus entre les replis de la muqueuse, laquelle formerait autour de lui la caduque réfléchie, mais qu'il s'enfonce à travers l'épithélium pour se développer au milieu des éléments de la muqueuse ou caduque vraie.

M. Füth, se fondant sur l'examen de quatre pièces de grossesses extra-utérines, dont une semblait ne dater que de huit à dix jours, pense que, dans la trompe, la fixation (*Einbettung*) de l'ovule s'opère d'une manière analogue: l'œuf siège en pleine paroi musculaire, ce qui s'explique par le peu d'épaisseur et l'absence de transformation déciduale de la muqueuse; au-dessus de lui, l'épithélium et la muqueuse tubaires sont intacts, quand la rupture ne s'est pas produite du côté de la trompe. La capsule qui enveloppe l'œuf est constituée par les restes de cette muqueuse, amincie, distendue et même traversée par les franges choriales en voie d'accroissement, ainsi que par quelques couches fibrineuses résultant des petites hémorrhagies qui se font tout autour de l'œuf, en attendant celles, plus violentes, de la rupture tubaire. Les franges choriales perforent, en effet, les vaisseaux pour venir plonger dans le courant sanguin, et la minceur des parois tubaires amène facilement des hémorrhagies, soit dans le péritoine, soit dans la trompe. Il est remarquable que cette pénétration des vaisseaux par les franges n'ait été observée jusqu'ici qu'au niveau des veines; l'épaisseur plus grande de leurs parois et la tension sanguine plus élevée expliquent peut-être l'immunité des artères. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — R. DE B.

Dangers de l'emploi de l'acide borique pour la conservation des aliments, par M. J. Kister.

En faisant ingérer à des sujets sains et vigoureux 3 grammes par jour d'acide borique — dose relativement modérée, eu égard aux quantités de cette substance dont on additionne souvent les aliments pour les conserver —, M. Kister a vu survenir, du quatrième au dixième jour, une albuminurie ayant persisté tant que dura l'administration d'acide borique. Dans d'autres expériences, des doses quotidiennes de 1 gramme suffirent à provoquer des phénomènes éméto-cathartiques imputables au même produit.

Après l'ingestion d'un gramme d'acide borique par un sujet normal, l'auteur put déceler la présence de cet acide dans l'urine dès la fin de la deuxième heure, et l'élimination ne fut complète que le huitième jour. Avec 0 gr. 50 centigr., l'excrétion débuta tout aussitôt, mais elle ne se prolongea pas au delà du cinquième jour. L'ingestion quotidienne de la substance en question donne lieu, par conséquent, à une accumulation notable dans l'organisme, d'où la gravité des accidents qu'elle détermine.

Des essais faits sur de jeunes animaux (poulets, chiens, chats, lapins, cobayes) montrèrent, en outre, une sensibilité particulière, dans le jeune âge, à l'égard de l'intoxication borique.

Il résulte de ces recherches que l'addition d'acide borique aux aliments n'est nullement inoffensive et doit être considérée comme une véritable sophistication dangereuse pour la santé publique. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 2.) — F. M.

Observations bactériologiques et cliniques sur les femmes en couches, par M. G. Vogel.

Les recherches bactériologiques offrent chez les femmes en couches des difficultés pratiques assez considérables, ce qui explique la diversité des résultats obtenus. M. Vogel a donc cherché tout d'abord à perfectionner la technique employée pour la récolte du liquide lochial: il conseille d'enfermer la pipette à ce destinée dans un petit spéculum utérin que l'on introduit dans la matrice, après soigneuse désinfection du vagin et du col de l'utérus; ce spéculum est alors ouvert et l'on aspire le liquide dans la pipette, laquelle porte un orifice latéral afin d'éviter l'introduction des parcelles du col qu'aurait pu refouler l'extrémité du spéculum. L'auteur a ainsi examiné deux séries d'accouchées: les unes avec de la fièvre, les autres sans fièvre.

Pour ce qui est des premières, qui étaient au nombre de 25, l'utérus contenait 17 fois des germes (68 %); dans les 8 autres cas, la fièvre était due à des excoriations vulvaires ou vaginales ou à des causes extra-génitales (crevasses du sein, tuberculose, etc.). Chez les fébricitantes à utérus infecté, on trouva presque toujours, pour expliquer l'élévation de la température, soit des déchirures profondes du col, soit des vices de position de la matrice (torsions, rétroversions, antéversions, etc.), soit des caillots ayant amené l'occlusion temporaire du canal cervical, et il suffit de remédier à ces petits accidents ou d'administrer un peu de seigle ergoté (0 gr. 50 centigr.) pour voir la fièvre disparaître.

La deuxième série comprend 30 femmes, dont 15 furent examinées au quatrième jour et les 15 autres au huitième. Chez 12 des premières, l'utérus ne contenait aucun germe (80 %); chez les secondes, il fut trouvé stérile dans 5 cas seulement (33 %). Dans les jours qui suivent immédiatement l'accouchement, l'utérus est donc généralement exempt de germes, ceux-ci étant entraînés mécaniquement par les lochies; mais il faut admettre qu'il est aussi plus susceptible durant cette période initiale, puisque la fièvre y est plus commune.

Les microbes trouvés furent des streptocoques — en majorité —, des staphylocoques, des gonocoques et différentes bactéries, entre autres le *Bacterium putridum*. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 3.) — R. DE B.

De l'extirpation des ganglions lymphatiques dans le traitement du cancer de la lèvre inférieure, par M. A. Stieda.

Se basant sur les recherches anatomiques les plus récentes — notamment sur celles de M. Stahr — relatives à la situation des ganglions qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de la lèvre inférieure, M. Stieda conseille, pour l'extirpation de ces ganglions, de tracer une incision à peu près semi-circulaire, suivant le bord inférieur du maxillaire inférieur. Cette incision doit traverser d'un trait la peau, le tissu sous-cutané et le muscle peaucier; le lambeau ainsi circonscrit est détaché des tissus sous-jacents jusqu'au niveau de l'os hyoïde, puis replié en arrière.

Il est très facile d'atteindre, de cette façon, tous les ganglions habituellement envahis en cas de cancer labial, et de pratiquer d'emblée, des deux côtés, l'ablation des ganglions, intervention toujours indiquée à cause de la bilatéralité fréquente de l'infiltration cancéreuse ganglionnaire. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 3.) — F. DE Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des pleurésies avec épanchement par la ponction suivie d'introduction d'air dans la plèvre.

Si la valeur thérapeutique de la thoracentèse dans les pleurésies aiguës est aujourd'hui hors de toute contestation, il n'en reste pas moins que cette intervention n'est pas exempte d'inconvénients: pour peu que la quantité de liquide évacué soit considérable, on risque de voir se produire une toux quinteuse avec douleurs constrictives au niveau du thorax, oppression, expectoration sanguinolente, etc. Ces accidents devant être mis sur le compte de la décompression brusque du poumon, un médecin japonais, M. le docteur Kawahara (de Nagaya), a essayé d'y remédier au moyen de l'introduction d'air dans la cavité pleurale, immédiatement après la ponction. Ce procédé — que notre confrère emploie, avec succès, depuis dix ans environ — rappelle la méthode préconisée par le regretté professeur Potain contre les épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax (Voir *Semaine Médicale*, 1888, p. 167-168), avec cette différence, toutefois, qu'au lieu de nécessiter un dispositif spécial permettant le remplacement du liquide, au fur et à mesure de son extraction, par de l'air stérilisé, il peut être réalisé en utilisant tout simplement le trocart qui a servi à l'évacuation de l'exsudat. Dans ses premiers essais, M. Kawahara, avant d'introduire l'air dans la cavité pleurale, le stérilisait par le passage à travers de l'ouate; mais depuis deux ans notre confrère a renoncé à cette pratique et, tenant compte de l'opinion d'après laquelle les effets curatifs de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse seraient dus à l'action de l'air et des microbes saprophytes qui y sont renfermés, il préfère laisser pénétrer dans la plèvre l'air tel quel. A cet effet, dès que l'écoulement du liquide s'est arrêté spontanément ou a été suspendu en raison des symptômes inquiétants manifestés par le patient, on ouvre le robinet destiné à donner passage à l'air et on engage le sujet à se livrer à des inspirations profondes. Cette manière de faire a pour résultat d'égaliser la tension intrapleurale et celle des alvéoles pulmonaires, ce qui amène un soulagement très marqué dans l'état du malade, tout en remédiant aux inconvénients de l'évacuation trop rapide ou trop abondante de l'épanchement.

M. Kawahara a traité de la sorte plus de 70 pleurétiques, sans avoir jamais observé d'accidents pouvant être attribués à l'introduction de l'air dans la plèvre. D'autre part, des ensemencements comparatifs pratiqués avec l'exsudat retiré de la cavité thoracique avant et après l'intervention ont également prouvé l'innocuité du procédé en question.

Ajoutons qu'un autre confrère japonais, M. le docteur K. Kawai, a trouvé avantageux, dans certains cas, de modifier ce procédé en faisant alterner plusieurs fois l'introduction de l'air et l'aspiration du liquide, de façon à obtenir une sorte de *lavage à l'air* de la cavité pleurale: on parviendrait ainsi à assurer l'évacuation plus ou moins complète de l'exsudat même dans les cas anciens, où elle est rendue particulièrement difficile soit en raison des adhérences, soit par suite d'une diminution considérable de l'élasticité du poumon.

Il va sans dire que la ponction suivie de l'introduction d'air n'est pas applicable au traitement des pleurésies purulentes et qu'elle vise surtout la pleurésie séro-fibrineuse aiguë. Elle a également donné, entre les mains de MM. Kawahara et Kawai, de bons résultats dans des cas d'épanchement hémorrhagique de la plèvre.

Un procédé simple de traitement de la gastroptose.

Peu satisfait des bandages qu'on trouve dans le commerce pour les sujets atteints de gastroptose, et ayant obtenu d'excellents résultats, dans des cas de hernie ombilicale, par l'application d'un simple emplâtre caoutchouté approprié aux dimensions et à la forme de l'abdomen, M. le docteur A. Rose (de New-York) utilise, depuis quelque temps, le même moyen contre

l'atonie gastrique. On taille une bande d'emplâtre assez large pour embrasser complètement le ventre, tout en laissant libres les crêtes iliaques, au dessus et le long desquelles doit être disposé le bord inférieur de cette bande, puis on l'applique en serrant énergiquement toute la masse abdominale, et de manière que les deux chefs viennent se joindre au niveau de la colonne vertébrale. Le pansement est complété par deux bandes latérales qui, partant de l'arcade crurale, se dirigent obliquement en haut et en arrière pour se réunir également près du rachis; il doit être laissé en place cinq à six semaines.

Ce bandage serait très bien supporté par la plupart des patients, même pendant la saison chaude, et ne provoquerait pas la moindre irritation cutanée; quelques sujets seulement accusent des démangeaisons qui ne sont pas, toutefois, assez prononcées pour nécessiter la suppression du pansement; il est tout à fait rare de voir survenir de l'eczéma obligeant d'enlever l'emplâtre au bout de huit à quinze jours.

Ce procédé, que notre confrère a eu l'occasion d'employer chez une centaine de personnes atteintes d'atonie gastrique, s'est montré particulièrement efficace dans les cas de gastroptose très accentuée, où les vomissements et la toux réflexes dominent le tableau clinique. Après de longs mois d'insomnie due à une toux à peu près continue, les malades auraient récupéré le sommeil dès le premier jour du port du bandage en question et auraient pu s'alimenter sans avoir à craindre de rejeter la nourriture.

Le traitement préconisé par M. Rose semble appelé à rendre de bons services surtout dans la clientèle pauvre, où il est souvent difficile de mettre en pratique les moyens employés habituellement pour augmenter la tonicité de la tunique musculaire de l'estomac, tels que l'électricité, le massage ou l'hydrothérapie.

Ajoutons que notre confrère s'est aussi servi du même procédé dans un cas de rein flottant : après que l'emplâtre eût été laissé en place pendant six semaines, l'organe conservait spontanément sa situation normale; la malade a été revue six mois plus tard, sans qu'on pût déceler chez elle le moindre signe de néphroptose.

Traitement du lupus avancé par le raclage associé à des applications d'iode.

Le curettage se montrant souvent impuissant à détruire tous les nodules lupiques, alors même que, pratiqué avec beaucoup de soin, il est complété par l'emploi du thermocautère, un médecin anglais, M. le docteur H. Snow, chirurgien du Brompton Cancer Hospital, à Londres, a cherché à provoquer, immédiatement après l'abrasion des parties malades, une inflammation locale capable d'assurer la destruction de toutes les cellules néoplasiques, ainsi que des bacilles restant dans la plaie. Les applications d'iode, qui joignent à leurs propriétés microbicides un pouvoir d'imprégnation considérable, lui ont paru répondre à ce desideratum, et depuis plusieurs années notre confrère a recours à ce moyen toutes les fois qu'il se trouve en présence de lésions trop étendues pour pouvoir être excisées en masse. Voici quel est le *modus faciendi* adopté par M. Snow : après avoir procédé à un raclage aussi complet que possible de la région atteinte, et dès que tout suintement sanguin a pris fin, il applique sur la surface cruentée de la charpie imbibée de teinture d'iode. Le lendemain, on enlève cette charpie (si on la laissait davantage en place, elle pourrait provoquer une vésication plus ou moins intense) pour la remplacer par un pansement émollient.

Sous l'influence de ce traitement, on ne verrait jamais survenir de récidive, tout au moins lorsque les muqueuses avoisinantes (celles de la bouche et du nez dans le lupus de la face) ne sont pas encore atteintes. Notre confrère a pu obtenir ainsi des guérisons définitives dans des cas où l'on avait, au préalable, essayé les injections sous cutanées de tuberculine, le raclage seul ou associé à l'emploi du thermocautère, à des applications de nitrate d'argent ou de perchlorure de fer. Ce dernier agent se montrerait assez efficace, mais il offrirait l'inconvénient d'amener la formation de chéloïdes, ce qui ne serait pas le cas pour l'iode.

LES ILLUSTRATIONS MÉDICALES

DU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE

Jeudi dernier a eu lieu à Nantes l'inauguration des monuments élevés dans les squares de l'Hôtel-Dieu de cette ville à deux célèbres chirurgiens du siècle passé, Chassaignac et Maisonneuve, tous deux nés à Nantes. L'année dernière, nous avons publié une étude, avec portrait, de l'œuvre chirurgicale de Maisonneuve (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 45); aujourd'hui, nous donnons une notice illustrée sur Chassaignac.

CHASSAIGNAC

Chassaignac a été, comme tant d'autres, une victime du concours, de cette institution qui, pratiquée avec le sentiment de la justice et du devoir, est pourtant le meilleur moyen pour donner à un Corps savant de l'éclat et de l'indépendance. Mais pour être juges les médecins ne sont pas moins des hommes, capables de toutes les faiblesses et même d'injustifiables iniquités. C'est ainsi qu'en 1841, au concours pour la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Paris, les procès-verbaux constatent que Chassaignac, chirurgien des hôpitaux depuis l'année précédente, eut la supériorité dans toutes les épreuves; le total des voix à la suite de chaque examen en donne une de plus à Chassaignac qu'aux autres candidats et quatre de plus qu'à Blandin; or, lorsqu'on en vint au vote définitif, après cinq mois de luttes, pas un juge ne donna sa voix, pour la nomination, à Chassaignac qui les avait toutes obtenues dans les scrutins partiels. Et ce fut Blandin qui fut nommé! Après cela, faut-il s'étonner si dans les cinq concours ultérieurs auxquels Chassaignac prit part, de 1842 à 1851, l'issue ne lui fut pas favorable?



EDOUARD-PIERRE-MARIE CHASSAIGNAC
1804-1879

Heureusement que l'on était alors à une époque où, en France, un homme de valeur pouvait assez facilement se faire un nom en dehors de l'enseignement officiel, surtout quand il se trouvait à la tête d'un service hospitalier.

C'est à la plus originale, sinon la plus importante, des méthodes opératoires qu'il a imaginées que Chassaignac doit sa grande renommée. A la suite de la découverte de l'anesthésie chirurgicale, l'emploi de l'instrument tranchant étant reconnu comme la cause de l'effroyable mortalité hospitalière, on ne cherchait plus, pour éviter d'offrir à l'intoxication une voie facile par les vaisseaux béants à la surface des plaies, que les moyens d'écraser, de broyer, de cautériser les tissus vivants. Après quelques essais sur le cadavre et sur les animaux, Chassaignac se servit, pour la première fois en 1852, d'un instrument, l'*écraseur linéaire*, qui permet de diviser les tissus en une seule séance, en froissant les bouches des vaisseaux de façon que le sang ne puisse pas en sortir. C'était là, sinon une idée, du moins une méthode nouvelle, à laquelle l'auteur a donné, il est vrai, une extension un peu abusive, mais qui a trouvé en chirurgie la place qu'elle mérite et qui a ses indications spéciales pour lesquelles aucune autre ne peut la remplacer. L'écraseur est resté un instrument hémostatique, et c'est dans ce but que Chassaignac l'avait primitivement imaginé.

De tous les services que Chassaignac a rendus à la chirurgie, il semble pourtant que le premier rang appartienne au perfectionnement qu'il a apporté à la méthode d'écoulement des liquides pathologiques.

Comme J. Rochard l'a si bien dit en 1885, lorsqu'il prononçait à l'Académie de médecine de Paris l'éloge de Chassaignac, le pansement de Lister compte parmi ses éléments essentiels — et Lister n'a pas hésité à le reconnaître — une des créations de notre compatriote : le *drainage chirurgical*. Cette fois encore, il ne s'agissait pas d'une idée nouvelle, et Chassaignac a été le premier à en convenir. D'autres avaient, avant lui, plongé dans les foyers purulents des canules de différentes formes, mais le moyen ne s'était pas répandu. Pour généraliser la méthode, il fallut l'heureuse inspiration de recourir aux tubes en caoutchouc, si souples et si élastiques qu'ils peuvent s'appliquer à toutes les régions de l'économie et séjourner indéfiniment dans les tissus sans y causer de désordres. D'ailleurs, ce serait amoindrir la découverte de Chassaignac que de vouloir la réduire à l'emploi de ces tubes. « Ce qui m'appartient, dit-il avec raison, c'est la conception du plus vaste système de canalisation qui ait jamais été appliqué aux affections purulentes de l'homme, avec indication précise et détaillée du mode d'application suivant chaque région et presque dans chaque cas particulier. »

Avoir à son actif deux grandes méthodes chirurgicales — l'écrasement linéaire et le drainage chirurgical —, c'est pour Chassaignac, sans tenir compte du reste, un sûr garant de voir son nom inscrit au livre d'or de la chirurgie du dix-neuvième siècle.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les épidémies associées.

I

Nos connaissances touchant la nature intime des épidémies et leurs causes sont encore assez peu précises. A la vérité, on s'est habitué à les considérer comme des entités spécifiques ayant chacune son microbe particulier, et cela est exact non seulement pour celles qui atteignent l'individu bien portant, mais aussi pour certaines épidémies éclatant dans les hôpitaux, telles que les épidémies d'érysipèle, de gangrène gazeuse, etc. Toutefois, dès 1895, l'un de nous (V. Babes) attira l'attention, au Congrès français de médecine tenu à Bordeaux, sur des épidémies hospitalières à mortalité très élevée, dont les agents pathogènes n'ont rien de spécifique : ce sont, par exemple, les microbes banaux de la suppuration, mais ayant acquis passagèrement une exaltation très notable de leur virulence. Elles frappent des sujets déjà atteints d'une quelconque des diverses maladies infectieuses ou cachectisantes; sur ce terrain ainsi prédisposé viennent se greffer le staphylocoque doré, le streptocoque, un microorganisme saprogène, seuls ou associés; parfois, ces épidémies affectent une certaine périodicité saisonnière. Nous avons proposé de les grouper sous le nom d'*épidémies hospitalières de complication des maladies*.

Dans ces cas, on a affaire, en somme, à une maladie devenant épidémique par son association avec une infection secondaire, alors que ni l'affection primitive ni l'infection ultérieure, considérées isolément, n'ont le caractère épidémique.

Antérieurement, d'ailleurs, nous avions déjà observé et signalé (V. Babes) des streptococcies épidémiques ayant le caractère de septicémies hémorrhagiques, et survenant le plus souvent à la suite de maladies exanthématiques, comme la scarlatine : le streptocoque, dont la présence est presque constante chez le scarlatineux, prend une virulence exagérée et spéciale qu'il manifeste par la tendance aux hémorrhagies et par l'élévation de la mortalité.

Quant à cette exaltation de nocivité des germes banaux, les facteurs en sont multiples et mal déterminés; il est parfois possible cependant de mettre en évidence l'amoindrissement de la force de résistance de tout un groupe d'individus placés dans certaines conditions, qui deviennent alors la proie de l'épidémie. C'est ainsi que, dans l'épidémie de scorbut dont l'un de nous (V. Babes) a publié la relation en 1893, il s'agissait de soldats exposés aux intempéries d'un hiver particulièrement pénible; les streptocoques, hôtes habituels de la bouche, provoquèrent les premiers symptômes morbides, et préparèrent la voie à un bacille fusiforme qui envahit les gencives et produisit des hémorrhagies par une irritation formative de la paroi des vaisseaux.

II

Il était bon de rappeler ces quelques notions, quoique les faits que nous voulons étudier aujourd'hui soient d'essence toute différente; il ne s'agit plus, en effet, de deux infections non épidémiques — dont l'une au moins banale — qui par leur association réalisent le type épidémique, mais bien de cas où, sur une infection primitive cachée ou sur une cause inconnue, viennent se greffer une ou plusieurs autres maladies infectieuses *spécifiques* et *épidémiques;* nous proposons de désigner de telles combinaisons morbides sous le nom d'*épidémies associées*.

C'est ainsi qu'il est assez fréquent de voir une épidémie d'influenza ou de pneumonie venir compliquer une épidémie préexistante; en ce cas, la seconde maladie peut masquer plus ou moins complètement la physionomie clinique de l'affection première. La chose nous paraît commune surtout quand c'est la grippe qui est en cause, au point que dans beaucoup d'épidémies dites d'influenza, où la mortalité est élevée, nous nous demandons si l'infection par le microbe de Pfeiffer, d'ordinaire si peu actif, ne doit pas être considérée comme simplement surajoutée à une maladie primitive inconnue. Ces considérations nous ont été suggérées par des recherches bactériologiques nous ayant fait découvrir des microorganismes possédant tous les caractères du bacille de Pfeiffer dans des affections dont la nature grippale était douteuse, et cela en dehors de toute épidémie d'influenza. Cette manière de voir nous semble encore confirmée par les faits qu'il nous a été donné d'observer récemment à Bucharest, et que nous allons exposer maintenant.

III

Depuis plusieurs années, l'influenza sévit presque régulièrement à Bucharest durant la saison froide et humide; l'hiver 1900-1901 n'a pas fait exception à cette règle. Toutefois, l'épidémie était restée assez bénigne, lorsque, vers la fin de la mauvaise saison, se déclarèrent, dans deux foyers distincts, un certain nombre de cas d'une maladie grave; l'un de ces foyers était un faubourg depuis peu incorporé à la ville (quartier Mincu), parsemé d'énormes fosses remplies d'eaux stagnantes, qui furent creusées pour extraire de l'argile et que l'on comble actuellement avec des immondices; autour de ces fosses vit, dans des conditions d'hygiène déplorables, une population bohémienne exclusivement occupée à rechercher dans les tas d'ordures les chiffons, les os et les divers déchets utilisables; le second foyer concernait un autre faubourg (Campul Teilor) peuplé également de tziganes, dont l'hygiène est tout aussi défectueuse. Au total, il y eut dans ces deux quartiers une quarantaine de cas avec quelques décès; la plupart des malades ont été soignés dans les services de MM. Maldaresco et Grosovici; nous réservons leurs observations détaillées pour un travail ultérieur; plusieurs ont d'ailleurs été communiquées par M. Dona et par nous dans nos sociétés médicales, où elles ont soulevé d'intéressantes discussions.

Il s'en faut que le tableau morbide ait présenté dans tous ces cas le même aspect; disons cependant que, dans presque tous, nous avons constaté la présence du bacille de Pfeiffer; il nous paraît possible, par contre, que l'infection primitive — assez difficile à identifier — ait été différente d'un malade à un autre.

C'est ainsi que, dans un des premiers faits que nous ayons observé, on pouvait soupçonner, comme *substratum* pathologique, une fièvre typhoïde. Il s'agit d'un jeune homme de quinze ans, habitant le quartier Mincu; malade depuis dix jours, il se présenta à nous dans un état septique, avec une fièvre intense et continue (40° C.) et une éruption généralisée de couleur rouge, hémorrhagique, parsemée de taches brunâtres; il succomba au bout de six jours. Le sérodiagnostic avait été positif à 1 pour 50; aussi, des symptômes encéphaliques très prononcés (céphalalgie, opisthotonos) ayant été constatés le dernier jour, portâmes-nous le diagnostic de fièvre typhoïde à forme méningitique. Or, l'examen histologique et bactériologique des pièces recueillies à l'autopsie nous révéla tous les signes d'une infection hémorrhagique : ecchymoses stomacales, pachyméningite hémorrhagique, splénisation des poumons, hypertrophie subaiguë considérable de la rate et commencement de myélite aiguë. Ni le microscope, ni les ensemencements ne nous permirent de déceler le bacille d'Eberth; par contre, les bronches contenaient le bacille de Pfeiffer, parfaitement caractérisé au point de vue morphologique et cultural; inoculé au lapin, ce microbe ne produisit pas d'accidents. Malgré les résultats des recherches bactériologiques, nous ne croyons pas devoir écarter catégoriquement l'hypothèse d'une dothiénentérie abortive, d'autant que les plaques de Peyer offraient une pigmentation intense, sans cicatrices ni tuméfaction, il est vrai.

Chez un autre de nos malades, nous serions assez disposés à admettre l'intervention primitive de la rougeole. Le patient — un garçon de dix-sept ans, habitant également le faubourg Mincu — était atteint depuis six jours, quand il entra à l'hôpital Filantropia, avec le tableau clinique d'une infection hémorrhagique grave : fièvre continue (de 39° à 40° C.), état de prostration avec subdélire et éruption morbilliforme hémorrhagique presque généralisée, mais plus marquée au thorax et sur l'abdomen et respectant le visage. Malgré la gravité de ces symptômes, la guérison fut complète, et le malade put quitter l'hôpital au bout de trois semaines. La séroréaction fit toujours défaut chez lui; le sang abondamment ensemencé et les crachats ne renfermaient aucun agent pathogène, ce qui nous confirme dans l'opinion qu'il devait s'agir d'une infection à microbe non cultivable, comme la rougeole; en tout cas, il s'y était surajouté une infection grippale, car des examens répétés nous firent constater, dans les crachats purulents, l'existence du bacille de Pfeiffer, lequel disparut après la guérison.

Nous avons observé encore un fait analogue, et qui nous paraît susceptible de la même interprétation : un jeune homme de vingt ans entra à l'hôpital, à la fin du premier septénaire, avec une fièvre continue élevée (41°), de la prostration, du délire, et une éruption hémorrhagique, moins caractéristique, à vrai dire, que celle du sujet dont nous venons de rapporter l'histoire, et n'intéressant pas non plus la figure; guérison en treize jours. Le séro-diagnostic fut toujours négatif; les recherches bactériologiques ne révélèrent que le bacille de Pfeiffer en grande abondance dans l'expectoration.

Ainsi donc, pour ces deux derniers cas, nous disons : influenza et peut-être rougeole, tandis que dans le premier c'est à une association de l'influenza et de la dothiénentérie que l'on devait naturellement songer, tout comme chez les trois malades dont nous allons en quelques mots résumer l'observation, et qui provenaient du même foyer que les précédents : entrés à l'hôpital, du quatrième au septième jour de leur affection, avec un état fébrile grave (40° de température), ils présentaient tous une séroréaction très prononcée, en même temps que leurs crachats purulents renfermaient d'innombrables bacilles de Pfeiffer — soit libres, soit à l'intérieur des leucocytes — associés à d'autres formes microbiennes. Et cependant un doute nous reste sur la nature de l'infection primitive, sous-jacente à la grippe; tout d'abord, nous n'avons pu isoler le bacille d'Eberth; en outre, ces malades provenaient, nous l'avons dit, du foyer d'une épidémie bien particulière; enfin, dans des cas analogues où existait aussi la séroréaction, nous n'avons pu, *à l'autopsie*, ni constater les lésions de la fièvre typhoïde, ni en déceler le microorganisme spécifique. Voici quelques détails sur chacun de ces trois cas :

Une femme de trente ans fut prise, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, de frissons et de fièvre, avec épistaxis, douleurs musculaires et articulaires, ainsi que de céphalalgie. L'état était le même au moment où nous la vîmes. Un peu de submatité à la base des deux poumons; à l'auscultation, on percevait quelques râles sibilants disséminés; toux légère, expectoration muco purulente peu abondante. Le ventre était légèrement ballonné; la rate ne semblait pas augmentée de volume; langue humide; inappétence; température à 40°5. Ce n'est que le troisième jour qu'on observa sur le dos, les membres et l'abdomen de cette femme, des taches de couleur rouge foncé, disséminées, de la grosseur d'une lentille, disparaissant à la pression. Au bout d'une semaine, la situation s'aggrave : délire pendant la nuit,

langue chargée, température à 40°2; la patiente est plongée dans un état de prostration, reste inerte dans le décubitus dorsal; le ventre est ballonné, la fosse iliaque droite douloureuse. Deux jours après, la température tombe, l'état général s'améliore, l'éruption commence à disparaître. La malade est congédiée, tout à fait rétablie, quinze jours après son admission. La séroréaction de Widal, faite dès le premier jour, fut douteuse; une semaine plus tard, l'agglutination se montrait presque instantanément dans le mélange à 1/20; cinq jours avant le départ de la malade, on obtenait encore une agglutination très forte et rapide. Les ensemencements de matières fécales, d'après le procédé de Piorkowski, ne nous donnèrent pas des colonies d'aspect caractéristique. L'examen bactériologique des crachats nous montra, par contre, une quantité de bacilles de Pfeiffer, ainsi que des diplocoques et de petites chaînes à éléments en grain d'orge, prenant le Gram. Les ensemencements sur des milieux contenant du sang nous permirent d'isoler le bacille de Pfeiffer avec tous ses caractères.

C'est à peu près de la même façon que s'était déclarée l'affection chez un homme de cinquante-trois ans : début brusque avec frissons violents et répétés, épistaxis, nausées, grande fièvre, myalgies et arthralgies, anorexie, constipation, toux peu fréquente, état délirant. Le malade est admis à l'hôpital le septième jour; il est agité, se plaint de céphalalgie, de douleurs dans tout le corps; le pouls est faible et fréquent (138 pulsations par minute), la température atteint 39°3; on perçoit quelques râles sibilants disséminés: le ventre est ballonné, la rate grosse; toute la surface du corps, sauf le cou et la face, est couverte par une éruption maculeuse; ces taches, dont la grosseur varie d'un grain de millet à une lentille, ne sont pas proéminentes; elles ont une couleur rouge foncé (quelques-unes sont plus pâles) et disparaissent sous la pression du doigt. Pendant la nuit du surlendemain, le malade a un délire violent; il rejette des crachats striés de sang. L'éruption prend *un caractère péléchial des plus nets*, surtout sur l'abdomen et au dos; la température est à 39°8. Cinq jours après, légère amélioration; il n'y a plus de délire, la température descend à 37°5. L'éruption commence à disparaître, les macules rouge foncé sont remplacées par des taches verdâtres; le patient est renvoyé, complètement rétabli, deux semaines après son admission. La séroréaction, incertaine le surlendemain de l'entrée, s'est montrée positive quelques jours plus tard : agglutination forte, même dans la proportion de 1/50. Les ensemencements faits d'après le procédé de Piorkowski ne nous ont pas donné de résultat. L'examen des crachats purulents nous a montré la présence d'une grande quantité de bacilles très fins, ayant les caractères du bacille de Pfeiffer. Les ensemencements sur l'agar additionné de sang nous ont permis de cultiver et d'isoler ce bacille, qui ne pousse pas sur les milieux privés de sang.

Enfin, chez le dernier de ces trois malades, le tableau morbide fut encore à peu près le même; toutefois l'exanthème fut beaucoup moins accusé. Le patient, un jeune homme de dix-huit ans, se sentait indisposé depuis le mois de janvier; son état s'étant aggravé dans les derniers jours de mars, il se fit recevoir à l'hôpital le 4 avril; à ce moment, sa température est à 40°2, son pouls à 120; il se plaint de rachialgie, de douleurs musculaires dans les membres, de céphalalgie, de toux; le ventre est douloureux à la pression, surtout dans les fosses iliaques, et légèrement tympanisé; la rate ne semble pas augmentée de volume; râles de bronchite dans les deux poumons; crachats muco-purulents peu aérés. On voit, sur le dos, quelques *petites taches rougeâtres*, non proéminentes. Quatre jours après, la situation a peu changé : toux fréquente, expectoration muco-purulente striée de sang, ventre légèrement ballonné, constipation; un peu d'agitation; température à 39°5. Les jours suivants, le malade se sent mieux, la température tombe à la normale; il est congédié le 18 avril, complètement guéri. Le sérodiagnostic de Widal, fait à plusieurs reprises, est positif; l'agglutination, faible au commencement, s'est montrée très caractéristique par la suite; dans le mélange à 1/50, les bacilles forment, en cinq minutes, des amas confluents. Les crachats, examinés le 7 avril, contenaient en abondance des bacilles fins avec les caractères des bacilles de Pfeiffer, mêlés à d'autres microbes (streptocoques et bacilles ayant l'aspect des bacilles pseudo-diphtériques). Les ensemencements sur le milieu de Pfeiffer nous ont donné, à côté des colonies de streptocoque et de bacille pseudo-diphtérique, de nombreuses colonies en rosée formées par le bacille de l'influenza. Cette fois, le procédé de Piorkowski donna bien des colonies ressemblant à celles que décrit cet auteur, mais elles étaient formées par le colibacille, et non par le bacille typhique.

Jusqu'ici, dans les cas que nous avons passés en revue, il ne s'agissait que de l'association de deux infections, l'une de nature douteuse ou même inconnue, l'autre grippale. Mais, dans la même épidémie, il se produisit des combinaisons morbides bien autrement complexes, ainsi qu'en témoigne le fait d'une jeune fille de quinze ans, provenant du même foyer, et qui se présenta à l'hôpital, au quatorzième jour de son affection, avec une fièvre infectieuse ayant certains caractères de la dothiénentérie, donnant notamment la séroréaction de Widal à 1 pour 40; plus tard évolua une pneumonie, en même temps qu'un état septique de plus en plus prononcé qui entraîna la mort. Pendant l'agonie même, l'examen des crachats n'avait pas révélé le bacille de Pfeiffer, lequel fut cependant trouvé, à l'autopsie, dans le contenu des bronches, associé au staphylocoque, au streptocoque et au pneumocoque; des lapins inoculés avec le microbe de l'influenza restèrent bien portants. Il existait de plus un bloc de pneumonie, une récente gangrène pulmonaire, des foyers périphériques ramollis, pulpeux, formant une espèce d'abcès, et une zone hémorrhagique intermédiaire entre la masse pneumonique et le tissu pulmonaire; au microscope, la pneumonie offrait les caractères d'une pneumonie fibrineuse à grandes cellules pigmentaires, tandis que dans les parties gangrenées on notait une confluence des alvéoles extrêmement dilatés, remplis de leucocytes en fragmentation. L'analyse bactériologique décela dans les poumons le staphylocoque doré, un streptocoque et le pneumocoque, qu'on trouva aussi sur les coupes microscopiques; il n'existait pas d'anaérobies, mais nous rencontrâmes en grande abondance un microbe fusiforme, que nous ne pûmes cultiver. Comme autres particularités, il faut signaler l'état médullaire et tuméfié des ganglions médiastinaux, lesquels renfermaient un protée particulier à côté d'un pneumocoque; dans le péritoine on rencontrait le même microbe, ainsi qu'un streptocoque; du foie et de la rate on put isoler le staphylocoque doré. L'intestin grêle était hyperémié et tuméfié au niveau de segments limités; on constatait, en examinant l'anse intestinale coupée entre deux ligatures, que la tuméfaction était produite par une desquamation et une exsudation superficielle abondante, cellulaire et albumineuse, remplissant entièrement la lumière de cette partie de l'intestin; cet exsudat, de même que le sang et le contenu alvéolaire, contenaient une quantité de pigment jaune. A part une insignifiante tuméfaction des plaques de Peyer, il n'existait aucun des caractères anatomopathologiques ni bactériologiques de la fièvre typhoïde. De sorte qu'il semble y avoir eu dans ce cas une infection générale par le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque et le bacille de Pfeiffer, sans qu'on puisse établir le rôle de chacun de ces microorganismes.

Enfin, il peut se produire, chez un individu prédisposé par une maladie antérieure, une localisation particulière d'un des microbes qui interviennent dans une épidémie associée, microbe qui se généralise ensuite. Nous signalerons à ce point de vue l'observation d'un homme de cinquante-sept ans, provenant du second foyer épidémique, le Campul Teilor, qui fut envoyé à l'hôpital Colentina, au septième jour de son affection, en même temps que d'autres bohémiens avec lesquels il habitait, et qu'on croyait tous atteints de typhus exanthématique; les cinq individus occupant la même chambre que le malade en question étaient tombés malades l'un après l'autre. De fait, cet homme présentait les signes d'une fièvre infectieuse grave simulant le typhus exanthématique, mais sans éruption : dépression profonde avec fièvre vive (40°), facies cyanosé, expression d'anxiété, pouls accéléré (140 pulsations), faible et arythmique, rate grosse, ventre légèrement excavé, non douloureux; à l'auscultation on trouvait des râles ronflants et sibilants disséminés et quelques râles humides aux deux bases; la séroréaction fut négative à 1 pour 40 et même à 1 pour 20; le malade succomba au bout de trois jours. L'autopsie révéla une artériosclérose du cœur et un léger degré de néphrite, de nature également artérioscléreuse; mais les lésions les plus importantes consistaient en une bronchite hémorrhagique étendue. Aussi nous paraît-il très probable que l'infection s'est ici propagée par les voies aériennes, produisant les symptômes infectieux en même temps qu'une aggravation de l'état du cœur et des reins, qu'il s'est agi, en un mot, d'une infection bronchique hémorrhagique, causée vraisemblablement par le bacille de Pfeiffer qui existait, en culture presque pure, dans les bronches et les poumons, mais dont l'inoculation au lapin resta sans effet; à côté de ce microorganisme se trouvait, en petite quantité, un bacille ressemblant à celui de la morve, non pathogène, toutefois, pour la souris ni le cobaye.

IV

En résumé, les 8 cas que nous venons de relater se rapportent à une épidémie à deux foyers — malsains par excellence —, qui s'est déclarée parmi des chiffonniers mal nourris et mal logés, et qu'on n'eût pas hésité à considérer autrefois comme le typhus exanthématique; or, nos recherches nous ont révélé chez ces 8 malades la présence du bacille de Pfeiffer; chez la plupart d'entre eux, on constatait, en outre, la séroréaction de Widal, bien qu'on ne pût trouver la moindre lésion de fièvre typhoïde ni déceler le bacille d'Eberth.

On ne saurait expliquer ces particularités en admettant une fièvre typhoïde abortive passée inaperçue et guérie, car bien souvent la réaction agglutinante faisait défaut au début, ou du moins était mal caractérisée, tandis qu'elle devenait très nette plus tard. On ne saurait davantage accepter l'hypothèse d'une simple épidémie d'influenza anormale, puisque, dans quelques cas, le microbe de Pfeiffer ne se trouvait pas dans les premiers jours de l'affection, mais apparaissait ultérieurement; de plus, on rencontrait ce microorganisme, en grande quantité, dans les foyers plus anciens de pneumonie, de ramollissement et de gangrène pulmonaires. Toutes ces considérations nous indiquent plutôt que, dans cette épidémie, il devait y avoir un autre élément caché, représentant l'infection primitive dont le microbe nous a échappé, et que sur cette maladie s'est greffé le bacille de Pfeiffer, probablement aussi celui d'Eberth, ce dernier, par suite de circonstances particulières, ne s'étant pas suffisamment multiplié pour créer les lésions de la fièvre typhoïde et envahir le sang.

Peut-être même ne s'agissait-il pas d'une infection spécifique primitive — typhus exanthématique ou autre —, mais seulement du manque de résistance d'organismes affaiblis par des

conditions hygiéniques défectueuses, manque de résistance qui a pu permettre l'invasion de microbes banaux (streptocoque, etc.), lesquels auraient préparé le terrain aux germes spécifiques, tels que le bacille d'Eberth ou de Pfeiffer.

En tous cas, nos observations démontrent qu'il ne suffit pas, dans une épidémie, de trouver le bacille de Pfeiffer pour pouvoir affirmer qu'on a affaire à l'influenza, ni d'obtenir la séro-réaction pour déclarer que c'est la fièvre typhoïde qui est en cause; car il est possible de trouver à la fois l'un et l'autre de ces éléments de diagnostic dans l'évolution d'un syndrome particulier — épidémie associée —, qui n'est pas la grippe et qui n'est pas non plus la dothiénentérie. On pourrait même se demander si certains cas considérés comme du typhus exanthématique ne ressortiraient pas également aux épidémies associées.

Au point de vue épidémiologique, les faits que nous venons de relater prouvent que toute épidémie n'est pas produite par un seul microbe spécifique, mais que, bien au contraire — comme nous l'avons autrefois établi pour les maladies individuelles —, il existe des maladies épidémiques associées particulières, provoquées soit par des causes banales, soit par des facteurs associés, soit par des germes spécifiques greffés sur d'autres états infectieux également spécifiques encore indéterminés. Nul doute que, l'attention attirée sur ce point, la connaissance de ces faits ne fasse de rapides progrès.

Dr V. Babes, Professeur à la Faculté de médecine de Bucharest.

Dr G. Robin, Préparateur à l'Institut de bactériologie de Bucharest.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Tenon. — M. A. Broca.

Décollement épiphysaire de l'épitrochlée.

Parmi les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant, le décollement épiphysaire de l'épitrochlée mérite d'être étudié avec quelques détails : il est, en effet, assez fréquent, puisque, pendant qu'il faisait sa thèse, M. Mouchet en a recueilli 22 observations dans mon service et qu'aujourd'hui je peux vous présenter deux enfants qui en sont atteints. Chez tous les deux, nous n'avons vu la lésion que plusieurs jours après l'accident; mais les symptômes étaient encore assez nets pour nous permettre un diagnostic que la radiographie a confirmé de tous points. En examinant devant vous ces deux malades comparativement, j'espère vous faire comprendre certains faits relatifs aux entorses, aux luxations du coude, aux décollements épiphysaires de l'extrémité inférieure de l'humérus; c'est dans ces questions de mécanisme que réside le principal intérêt de la lésion, car le diagnostic est simple à établir.

La symptomatologie, en effet, est de celles que l'on pourrait inventer sans voir un malade : vous vous en rendrez compte sur l'enfant que je vous présente, chez lequel, pendant son séjour à notre salle Dolbeau, vous avez pu suivre l'évolution clinique très nette de la fracture, chez lequel vous trouverez aujourd'hui, après guérison, des signes encore évidents.

C'est un garçon de onze ans et demi, entré à l'hôpital il y a un mois. Rien n'est à relever dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Huit jours auparavant, étant sur un banc, il avait été poussé par un camarade et avait fait une chute sur le coude: tout de suite il avait ressenti une vive douleur à la région interne du coude, d'où une impotence fonctionnelle non pas absolue, mais notable, dont les parents ne s'inquiétèrent d'abord pas. La voyant persister, ils se décidèrent à nous amener l'enfant, et voici ce que nous constatâmes :

Le petit malade se présentait encore dans l'attitude habituelle des sujets atteints de lésions traumatiques du coude : flexion entre 130° et 140°, main en position intermédiaire à la pronation et à la supination, et soutenue par la main du côté opposé. Tout de suite, le regard était attiré sur la région interne du coude, car à ce niveau le gonflement était bien plus accentué qu'en dehors, et il s'accompagnait d'une forte ecchymose déjà parvenue, sur la périphérie, aux teintes jaunes finales, encore d'un violet noirâtre au centre de la région. On avait cet aspect caractéristique précisément parce que le trauma était déjà assez ancien, car le gonflement immédiat, dans les lésions traumatiques du coude, a coutume d'être à la fois intense et assez également réparti sur toute la circonférence du membre; il ne se localise qu'au bout de quelques jours, en même temps qu'apparaît l'ecchymose venue de la profondeur, ecchymose assez tardive comme celle de la plupart des fractures. Et quand, après l'action d'une violence sur le squelette, vous voyez se former une ecchymose intense et tardive, bien différente par conséquent de l'ecchymose immédiate de la contusion directe, vous pouvez être à peu près certains que le sang, venu de la profondeur, y a été versé par une fissure osseuse.

L'étude des mouvements communiqués confirmait cette première impression; la pronation avait son amplitude normale, l'excursion de la flexion et de l'extension était un peu diminuée; la supination surtout était limitée par la douleur qu'elle provoquait; et si, le bras étant fixé, l'avant-bras en supination, vous cherchiez à imprimer au coude des mouvements de latéralité, l'adduction était indolore, tandis que l'abduction était pénible en même temps qu'exagérée. Ce signe est fort important, car il révèle soit une déchirure du ligament latéral interne, c'est-à-dire une entorse par abduction du coude, soit un arrachement de l'épitrochlée : et, dans l'espèce, c'est à cette dernière hypothèse que devait vous amener l'ecchymose intense et tardive.

Restait à donner la preuve directe de ce diagnostic indirect. Or, quand on mettait le coude en flexion, une fois l'angle droit dépassé, on sentait que la synoviale, probablement distendue par un peu de liquide — un reste d'hydro-hémarthrose, sans doute —, bombait en dedans, faisant saillir un petit corps dur, mobile, gros comme un pois chiche; et si, le membre remis dans l'extension, on saisissait ce fragment d'avant en arrière entre le pouce et l'index, on lui imprimait facilement des mouvements anormaux, au cours desquels, si on le refoulait en même temps vers la diaphyse, on percevait de la crépitation. Enfin, sur cette ligne crépitante, la pression localisée était douloureuse en avant et en arrière.

J'avais donc raison de vous dire qu'aucune discussion diagnostique ne pourrait être soulevée par ce fait. Pas même pour déterminer s'il s'agissait d'une fracture de la trochlée ou de l'épitrochlée. C'est le seul diagnostic qui puisse, en principe, être délicat lorsque le gonflement est considérable, lorsque l'on peut mal saisir le fragment entre les doigts : mais ici aucun doute n'était possible. Pour les cas ambigus, sachez que la fracture du condyle interne — partant au-dessus de l'épitrochlée pour aboutir dans la gorge de la trochlée — est une lésion rare, puisque je ne l'ai jamais observée : vous ne devrez donc songer à elle, en dehors du secours de la radiographie, que si les signes sont nets. Ils le sont lorsque existe le déplacement typique du fragment trochléen en haut et en arrière, car alors il entraîne avec lui le crochet sigmoïdien du cubitus, en sorte que l'olécrâne remonte, accompagnant l'épitrochlée au-dessus de l'épicondyle, tandis que le radius se luxe et que le coude se met en cubitus varus. Quand existent les déplacements — plus rares — en avant ou en dedans, on peut saisir le fragment et apprécier son volume, ce qui met à l'abri de l'erreur. Mais, me direz-vous, il y a des cas sans déplacement, aussi bien pour les fractures du condyle interne que pour celles de l'épitrochlée, en sorte que, pour le diagnostic de ces deux fractures, non seulement entre elles, mais encore avec la simple contusion ou avec l'entorse du coude, on en est réduit au siège précis, à l'étendue de la douleur à la pression au niveau de la partie interne de l'humérus, en arrière et surtout en avant. Qu'importe, d'ailleurs, puisque dans ces conditions l'existence d'un trait de fracture sans déplacement ne change rien au traitement, qui devra consister en massage et mobilisation immédiats, sans réduction, sans appareil; ces traits étaient soupçonnés, mais non reconnus avec certitude, avant l'emploi des rayons X; depuis, leur existence est facile à démontrer, mais il n'en est résulté aucun progrès thérapeutique.

Chez le second malade que vous pouvez examiner ici, le fragment est un peu moins gros et un peu moins déplacé, en sorte que la lésion, déjà vieille de dix-neuf jours, aurait passé facilement inaperçue si le petit fragment épitrochléen, légèrement abaissé et porté en dehors, n'était encore mobile, et si dans les mouvements on ne sentait encore un peu de crépitation, aujourd'hui fort obscure, mais très aisément appréciable lorsque, au huitième jour de l'accident, l'enfant a été amené pour la première fois à notre consultation.

Dans les deux cas, le déplacement est le même, au degré près : c'est l'habituel déplacement en bas et en dedans, celui que M. Mouchet a trouvé 16 fois sur 22, les 6 autres cas concernant des fractures sans déplacement. Etant données les connexions du fragment avec les muscles épitrochléens et avec le ligament latéral interne, vous concevez que ces deux hypothèses soient à peu près seules réalisables et que le déplacement en haut, noté par Fallier, doive être tout à fait exceptionnel.

Lorsque l'arrachement osseux est complet, lorsque autour de lui il y a des déchirures capsulaires notables, le fragment peut se déplacer par en bas jusqu'au point de venir, pendant au bout du ligament latéral interne, tomber sur le bord interne de la coronoïde, frotter entre lui et la partie antérieure de la trochlée. De là, bien évidemment, une gêne considérable du mouvement de flexion et d'extension, ainsi que je l'ai observé il y a quatre ans sur une fillette dont l'accident — une chute sur le coude — remontait à huit jours; mais il fut inutile, pour restituer ses fonctions à la jointure, d'aller extraire le petit noyau osseux, car les massages et la mobilisation suffirent pour le reporter en haut et surtout un peu en dehors, en sorte que le retour des mouvements fut parfait, sauf une très légère diminution de l'extension. Deux radiographies successives nous ont montré la différence de position du fragment tout de suite et au bout d'un mois.

Le fragment étant abaissé, supposez que l'abduction exagérée de l'avant-bras continue : le cubitus — suivi ou non du radius — va se luxer en arrière et, au lieu de tomber seulement sur le bord interne de la coronoïde, le noyau osseux, fixé au cubitus par le ligament latéral interne au bout duquel il est appendu, va être comme aspiré à l'intérieur de l'articulation déboîtée, va se placer dès lors sur la face supérieure de la coronoïde. De là peut-être, comme je l'ai vu il y a quelques années, une cause d'irréductibilité primitive, susceptible de nécessiter l'arthrotomie. Le fait est rare: mais devons-nous le considérer comme une simple exception incapable de comporter un enseignement général, ou est-il lié à une disposition anatomique, à un mécanisme qui, légers ou accentués, sont typiques dans la fracture de l'épitrochlée, en sorte que la complication n'est qu'un degré extrême de la lésion habituelle ? De ces deux opinions, la seconde est la bonne : cela ressort des relations entre la fracture de l'épitrochlée, l'entorse et la luxation. L'expérimentation et la clinique nous apprennent, en effet, que la fracture de l'épitrochlée est une fracture par arra-

chement, qu'elle est, en somme, un intermédiaire entre l'entorse et la luxation.

Lorsque, en 1818, Benjamin Granger décrivit pour la première fois cette fracture, il pensa que la saillie osseuse était arrachée par l'action des muscles qui s'y insèrent. C'est une opinion difficilement compatible avec nos connaissances actuelles sur le mécanisme des fractures par arrachement : le rôle initial, dans ces fractures, appartient, on peut dire toujours, aux ligaments inextensibles, et non aux muscles. Ceux-ci se laissent distendre par les tractions et, quant à leur contraction active, elle n'est que tout à fait exceptionnellement capable de délabrer leurs points d'attache. En fait, depuis le mémoire de B. Granger, une seule observation est venue confirmer la possibilité de ce mécanisme : MM. de Saint-Germain et Hirtz ont soigné un enfant de neuf ans qui aurait ressenti une brusque douleur et aurait lâché la barre au moment de s'enlever au trapèze. Exception qui confirme la règle, car on peut dire que, toujours, il s'agit d'une chute soit sur le coude, soit sur la paume de la main, le membre supérieur étant en abduction : des deux petits malades que vous avez sous les yeux, chacun vous offre un exemple de l'un de ces mécanismes. Je vous ai dit tout à l'heure que le premier est tombé sur le coude; le second est tombé sur le poignet. On a dit que le choc direct sur la partie interne du coude était la cause la plus fréquente chez l'adulte; que, chez l'enfant, c'était la chute sur la main. D'après ce que j'ai observé sur des sujets au-dessous de quinze ans, je crois que les deux accidents sont à peu près d'égale fréquence.

D'ailleurs, il ne semble pas que dans la chute sur la partie interne du coude il y ait fracture de l'épitrochlée par violence directe; mais bien que, l'avant-bras étant fléchi et en abduction, le ligament latéral interne, brusquement tendu, arrache la saillie sur laquelle il s'insère. Ce n'est pas un mécanisme facile à réaliser expérimentalement; toutefois, sur le cadavre, on reproduit aisément la fracture si, le bras étant fixé dans un étau, on imprime un brusque mouvement d'abduction à l'avant-bras d'abord mis en supination; à la condition, toutefois, que le sujet ne soit ni trop jeune ni trop vieux, qu'il ait huit à treize ans, nous dit M. Mouchet : s'il est plus jeune, on détermine la déchirure du ligament latéral interne ou le décollement épiphysaire de l'olécrâne; s'il est très jeune, au-dessous de trois ans, l'apophyse inférieure de l'humérus subit parfois le rare décollement épiphysaire en masse dont je vous parlerai une autre fois; s'il est adulte, enfin, on obtient la déchirure des ligaments antérieur et interne et la luxation du coude en arrière.

Ces résultats expérimentaux ne sont pas faits pour nous surprendre, car la fracture de l'épitrochlée est, chez l'enfant, un décollement épiphysaire du point spécial épitrochléen, très bien séparé de la trochlée par un coin de la diaphyse; et nous savons que la plupart du temps les décollements épiphysaires sont des lésions indirectes et non point directes, par arrachement ligamenteux et non par choc, qu'ils sont à vrai dire les homologues, dans le jeune âge, des entorses et des luxations bien plutôt que des fractures.

Si bien que, dans l'espèce, l'association à la luxation n'est pas exceptionnelle. Pour M. Kocher, la fracture de l'épitrochlée est le premier ou le seul signe d'une luxation postéro-externe réduite d'elle-même ou inachevée : et deux fois le professeur de Berne, voulant faire vérifier par les élèves de sa clinique l'abduction exagérée dont sont susceptibles les coudes à épitrochlée arrachée, vit tout d'un coup le cubitus se luxer en arrière. Aussi ne fais-je aucune difficulté pour admettre l'histoire qui m'a été racontée par un petit malade, un garçon de dix ans et demi, dont j'ai à vous parler maintenant : le 4 juillet, il tomba sur le poignet gauche et sur la face postérieure du coude droit; un médecin appelé dix minutes après diagnostiqua et réduisit une luxation du coude, et la personne qui accompagna l'enfant à notre consultation au bout de quelques jours affirma nettement qu'en effet il s'était formé en arrière du coude une volumineuse saillie qui disparut aussitôt après les manœuvres de réduction, en même temps que les mouvements de pronation, de flexion et d'extension, auparavant impossibles, devenaient possibles, quoique douloureux. Mais, contrairement à la règle en cas de luxation simple, la flexion et l'extension ne furent pas vite et complètement restituées : et c'est parce qu'au bout de quinze jours elles conservaient une limitation anormale que le garçon me fut conduit. J'ai éveillé sur l'épitrochlée la douleur à la pression, j'y ai saisi le fragment mobile et crépitant que je vous ai décrit chez le premier malade : j'ai demandé à la radiographie la confirmation du diagnostic, et l'on voyait très clairement sur le cliché que l'épitrochlée était portée en bas et en dehors, moins cependant que dans le cas précédent. J'espère vous avoir fait comprendre pourquoi cette fracture, reliquat de l'ancien trauma, me fut un motif pour confirmer et non pour infirmer le diagnostic de luxation porté au moment même de l'accident.

Une fois déjà même histoire m'a été narrée par le père d'un garçon de huit ans qui, en jouant à saut de mouton, était tombé sur le coude gauche et avait été d'abord dirigé sur l'hôpital Lariboisière où on avait diagnostiqué une luxation avec fracture et réduit la luxation. Le lendemain, lorsque, pour sa fracture, l'enfant fut amené à l'hôpital Trousseau, je trouvai les signes de l'arrachement épitrochléen : demi-flexion et demi-pronation de l'avant-bras, gonflement avec ecchymose surtout marquée en dedans, gros épanchement sanguin à ce niveau, fragment mobile et crépitant, mobilité latérale externe accentuée. Cet enfant guérit tout à fait bien par le massage.

Deux fois j'ai eu l'occasion de voir par moi-même cette association de la luxation en arrière à la fracture épitrochléenne. Le 3 février 1898, on m'amenait un garçon de dix ans qui la veille avait été bousculé par un gamin; celui-ci l'avait fait tomber et lui avait piétiné le coude gauche. Nous vîmes un coude gonflé, ecchymotique en dedans, avec saillie postéro-externe surmontée d'une encoche, l'avant-bras étant en pronation et fléchi à 140°. Les deux os de l'avant-bras faisaient saillie en arrière, mais avec eux existait certainement un fragment huméral mobile et crépitant, en sorte qu'avec M. Mouchet nous crûmes à une fracture supracondylienne simulant la luxation; or, la radiographie nous prouva qu'il y avait luxation complète des deux os en arrière et en dehors, et fracture de l'épitrochlée avec déplacement en bas et en arrière. La luxation fut réduite, puis le massage du coude amena la guérison rapide. Dans mon autre observation, que vous trouverez également détaillée dans la thèse de M. Mouchet, la luxation en arrière et en dehors fut correctement diagnostiquée et réduite séance tenante; mais aussitôt elle se reproduisit, et on perçut alors une crépitation osseuse. Cette fracture — en raison surtout de la facilité avec laquelle la luxation récidiva — nous parut porter sur le condyle interne de l'humérus; mais la radiographie nous prouva qu'il s'agissait seulement de l'épitrochlée, très abaissée, jusqu'à descendre contre le côté interne de l'apophyse coronoïde. La luxation fut alors réduite sous le chloroforme, puis, en raison de la reproduction facile, le coude fut pris pendant huit jours dans un appareil plâtré avant d'être soumis au massage; mais c'est le seul cas dans lequel l'immobilisation préalable soit indiquée, et encore doit-elle être de courte durée.

Le fragment épitrochléen, chez ce malade, était tout contre le bord interne de l'apophyse coronoïde; il n'eût pas fallu grand'chose pour le faire passer au-dessus de cette apophyse, pour réaliser l'interposition dont je vous parlais tout à l'heure. Chez deux patients que j'ai soumis à l'arthrotomie pour luxation primitivement irréductible du coude — et dont les observations ont été publiées dans la thèse de M. Buthaud — j'ai constaté cette interposition comme cause d'irréductibilité. Je ne veux donc pas aller plus loin sur ce sujet, car ce serait entrer dans une discussion thérapeutique qui n'a rien à voir avec la fracture de l'épitrochlée; j'ai seulement voulu vous faire toucher du doigt les conséquences chirurgicales possibles de ce lien entre la luxation du coude et la fracture de l'épitrochlée.

L'arrachement que je viens de vous décrire est réalisable à partir du moment où apparaît le point osseux épitrochléen jusqu'au jour où il se soude à la diaphyse, c'est-à-dire en moyenne de cinq ans à dix-huit ans. Mais, comme pour toutes les soudures épiphysaires, cette moyenne est susceptible d'écarts importants, car, par exception, M. Mouchet a trouvé l'épitrochlée soudée chez une jeune fille de douze ans, tandis que MM. Rambaud et Renault l'ont vue encore indépendante chez un sujet de vingt-cinq ans. C'est probablement par ces soudures retardées qu'il faut expliquer une bonne part des fractures épitrochléennes — rares d'ailleurs — que l'on observe chez l'adulte; quelques-unes peut-être, lorsque l'apophyse est fortement saillante, sont dues à l'action directe d'une violence; d'autres sont de petits arrachements osseux à l'insertion du ligament, comme il s'en produit si souvent, dans les entorses du pied, à la pointe de la malléole externe.

En exposant à mesure devant vous quelques histoires de malades, je crois vous avoir suffisamment montré, d'une part, les symptômes grâce auxquels le diagnostic est incontestable, d'autre part, les cas où le diagnostic est obscur jusqu'à ne pouvoir être précisé que par la radiographie. Il me paraît donc inutile de revenir sur la manière de différencier l'entorse et la fracture sans déplacement, et sur les conditions où, en cas de luxation concomitante, on admettra à tort une fracture supracondylienne, une fracture du condyle interne.

Après avoir établi le diagnostic différentiel, vous devrez toujours avoir soin de rechercher si rien ne révèle une lésion du nerf cubital, et vous m'avez vu chez mes malades piquer avec une épingle la peau de l'annulaire et de l'auriculaire; vous m'avez entendu leur demander si aucun trouble moteur ou sensitif — paralysie, gêne, crampes, douleurs irradiées, fourmillement — n'existait dans le territoire du nerf. Je n'ai rien trouvé de suspect, et j'ajouterai qu'il en a été ainsi chez tous les patients que j'ai eus entre les mains, en particulier chez les 22 dont les cas ont été publiés par M. Mouchet. Mais les observations premières de B. Granger, celles de Richet, de Denucé, de Brandenburg, de Fallier, nous prouvent que, parmi les fractures du coude, celles de l'épitrochlée se compliquent assez volontiers de la sorte; B. Granger, avec ses trois cas initiaux, a seulement été desservi par un hasard de série. Et vous devrez surveiller attentivement les blessés à ce point de vue pendant plusieurs semaines, car si la lésion nerveuse est d'ordinaire immédiate, elle peut être tardive, due à la compression par l'épine osseuse d'un cal exubérant, comme l'a observé Denucé. Il faut alors, sans contredit, évider le cal à la gouge et libérer le nerf : c'est ce que fit Brandenburg, au bout de six semaines, chez une jeune fille de dix-neuf ans, et il obtint la guérison complète après un mois d'électrisation. Quant aux paralysies ou parésies immédiates du nerf cubital, elles ne constituent pas une indication à une intervention chirurgicale libératrice, car, malgré l'opinion de B. Granger, elles ne sont en général pas dues à la compression du nerf par le déplacement du fragment, mais à sa contusion directe au moment de l'accident ou à sa compression par l'épanchement sanguin. Recherchez toujours avec

soin les symptômes caractéristiques, avertissez bien les familles de la possibilité de cette complication, car sans cela on aura tendance, si la paralysie survient, à incriminer votre traitement, à vous accuser d'inpéritie, et, si cela peut être exact pour certaines paralysies tardives par cal exubérant, au moins mettez-vous à l'abri de tout soupçon pour les lésions nerveuses immédiates, montrez bien, si elles existent, qu'elles sont antérieures à votre intervention.

Lorsqu'il n'y a pas une luxation concomitante et se reproduisant au moindre mouvement — je vous renvoie pour ce cas à ce que j'ai dit plus haut —, le traitement doit consister en massages et mobilisation *immédiats;* aucun appareil inamovible ne sera appliqué et, entre les séances, le membre protégé par un peu de ouate sera seulement maintenu dans une écharpe. Vite on dira au patient de s'en servir peu à peu et il faut prédire qu'en cinq à six semaines le retour des fonctions sera parfait. Il est fort avancé chez notre enfant dont la fracture a dix-neuf jours de date; il est à peu près complet chez celui qui en est atteint depuis un mois. Chez ce dernier, vous constaterez une particularité utile à connaître : le fragment épitrochléen ne crépite plus, n'est plus douloureux, mais il est toujours un peu mobile. Cette absence de consolidation est rare, mais non point exceptionnelle. Elle se conçoit, lorsque le déplacement du fragment en bas est considérable : d'ordinaire, sous l'influence du massage, l'épitrochlée remonte peu à peu et se consolide, tout en restant, il est vrai, anormalement saillante, mais quelquefois elle ne se soude pas à la diaphyse humérale. Cela n'a d'ailleurs aucun inconvénient pour le fonctionnement du coude, et les quelques malades de ce genre que j'ai déjà observés ne souffraient aucunement de cette insignifiante pseudarthrose (1).

Le fragment déplacé ne cause une gêne que lorsqu'il tombe, comme je vous l'ai dit, sur le bord interne de l'apophyse coronoïde, entre elle et la trochlée; si quelquefois les massages peuvent l'en déloger, le résultat n'est pas toujours obtenu à si peu de frais. Peut-être quand ce déplacement si gênant pour la flexion persiste, est-ce que le traitement a été au début médiocrement dirigé. Mais il pourra vous arriver d'être consultés, sans être initialement responsables, par des malades en cet état. Alors le massage et la mobilisation pourront rendre à la jointure sa souplesse, ou à peu près : M. Paulet a montré à la Société de chirurgie une pièce où ce petit fragment formait « un petit os surnuméraire, recouvert de cartilage d'encroûtement et faisant, en réalité, partie des surfaces articulaires ». Mais dans un cas d'interposition entre la trochlée et l'olécrâne, il en résulta une ankylose à angle droit pour laquelle, chez un enfant de onze ans, Sprengel pratiqua la résection du coude. Il est toujours difficile de juger à distance la conduite d'un chirurgien, mais il me paraît probable que la résection du petit fragment aurait pu suffire : elle eût certainement suffi dans les premiers jours après l'accident; dès lors, surtout aujourd'hui que nous avons les ressources de la radiographie, vous seriez impardonnables de ne pas diagnostiquer et traiter tout de suite une semblable interposition.

Lorsqu'on étudie le pronostic d'une fracture du coude, le fait capital est le résultat fonctionnel, mais l'on doit tenir compte aussi du résultat esthétique; en particulier, lorsque les cartilages épiphysaires sont en jeu, on doit rechercher si, par perturbation de leur pouvoir ossifiant, le coude blessé n'est pas exposé à des déviations secondaires en dedans ou en dehors. Dans l'espèce, la diaphyse entrant comme un coin entre l'épitrochlée et la trochlée, en sorte que très vite l'épitrochlée devient une apophyse, on se demande comment la variété de fracture que nous étudions pourrait être suivie de cubitus valgus ou varus tardif, ostéogénique. Les faits qui lui sont attribués par Lesser pour le cubitus varus, par Berthomier pour le cubitus valgus nous paraissent douteux : il est bien possible que, par le trauma, d'autres régions du cartilage épiphysaire proprement dit aient souffert, en particulier vers le condyle externe. Car bien des décollements épiphysaires sans déplacement ou à très faible déplacement ne nous sont connus que depuis l'emploi des rayons de Röntgen; auparavant, on les prenait pour des entorses, pour des contusions.

Même à ce point de vue, donc, le pronostic éloigné de la fracture de l'épitrochlée est d'une bénignité parfaite. J'ai soigné de nombreux malades ainsi atteints : chez tous, par le traitement si simple que je vous ai conseillé, j'ai obtenu le retour complet des fonctions sans lésion du nerf cubital, sans difformité. Il m'est donc impossible d'accorder à M. Kocher que toujours, que la fracture soit récente ou ancienne, il faille extirper le fragment; il m'est impossible de trouver que Pauly ait bien fait de l'extirper chez un enfant de onze ans, parce qu'il craignait un cal difforme. L'opération est bénigne, elle ne nuira en rien au sujet : mais j'affirme — et les deux malades que je vous présente en font foi — que presque toujours elle est inutile, qu'elle devra être réservée aux cas exceptionnels, comme ceux de Denucé, de Brandenburg, où un cal vicieux comprime *secondairement* le nerf cubital.

(1) Quinze jours après cet entretien, le malade a été revu par moi, sans trace de raideur du coude, l'épitrochlée étant toujours abaissée et mobile.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 octobre 1901.

Traitement de l'ozène par le bleu de méthylène.

M. Hallopeau donne lecture, à propos d'un travail de M. Bonnet (de Massiac), d'un rapport que nous résumons ainsi :

Le traitement de l'ozène, préconisé par l'auteur, consiste en irrigations des fosses nasales avec une solution de bleu de méthylène à 2.50 ‰, pratiquées d'abord trois fois, puis une fois par jour; ces irrigations ont l'inconvénient de colorer en bleu l'orifice des narines, ainsi que la lèvre supérieure; toutefois, elles font disparaître assez rapidement l'odeur des fosses nasales et la guérison est généralement obtenue au bout de trois ou quatre semaines.

En ce qui concerne l'ozène syphilitique, le bleu de méthylène agit exclusivement sur les infections associées qui en sont la cause prochaine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 octobre 1901.

Plaie pénétrante du rachis par projectile de petit calibre.

M. Loison (médecin militaire). — Le 3 juin dernier, on amenait à l'hôpital du Val-de-Grâce un soldat qui avait reçu dans le dos une balle de carabine Flobert. Il n'existait qu'un orifice d'entrée; l'examen radioscopique à l'écran ne donna aucun résultat; la radiographie montra que le projectile se trouvait dans la région sacrée, à 2 centimètres environ de profondeur. D'après la situation de l'orifice d'entrée, on pouvait supposer que la balle avait pénétré dans la canal rachidien entre la deuxième et la troisième vertèbre lombaire et était tombée de là, par son propre poids, dans le fond du cul-de-sac arachnoïdien : des expériences sur le cadavre nous ont prouvé que ce mécanisme était parfaitement réalisable. La trépanation, pratiquée par M. Mignon, ne permit pas de trouver le projectile; cet insuccès fut expliqué par une nouvelle radiographie qui nous révéla que la balle était mobile. Nous eûmes alors recours à la méthode de M. Contremoulin, et, dans une nouvelle intervention, le 23 septembre, le projectile put enfin être enlevé.

M. Demoulin. — Comme M. Loison, j'ai pu récemment apprécier les avantages du procédé de M. Contremoulin. Il s'agit d'un homme qui, dans une tentative de suicide, s'était tiré un coup de revolver dans la région claviculaire. La radiographie montra que la balle était placée dans l'aisselle, au voisinage du bord axillaire de l'omoplate. Grâce à sa méthode, M. Contremoulin put localiser, à 1 millimètre près, la situation du projectile, ce qui m'a permis d'en pratiquer l'extraction avec la plus grande facilité et une précision rigoureuse.

Ecoulement considérable de liquide céphalo-rachidien par une plaie pénétrante de la colonne vertébrale.

M. Mathieu (médecin militaire) communique, au nom de M. E. Giss (de Thionville), l'observation d'un individu atteint d'une plaie par coup de couteau au niveau de la sixième vertèbre cervicale, à 3 centimètres de la ligne médiane. Moins de trente-six heures après la blessure, il se fit un écoulement très abondant de sérosité au niveau de la plaie, en même temps que survenaient des phénomènes parétiques du côté du bras droit. M. Giss porta le diagnostic de plaie pénétrante du rachis, avec écoulement de liquide céphalo-rachidien, et remarqua qu'une partie de la lame du couteau était restée dans la plaie, à 4 centimètres de profondeur. Ce fragment de lame fut alors extrait, non sans peine, par notre confrère; il mesurait 7 centimètres 5 de longueur.

A certains moments, la quantité de liquide céphalo rachidien qui s'écoulait a été évaluée à 3 ou 4 litres par vingt quatre heures. Cet écoulement a fini par se tarir spontanément au bout d'environ cinq semaines : M. Giss estime que le blessé avait dû perdre en tout au moins 30 litres de liquide céphalo-rachidien. La convalescence fut longue; la guérison se maintient depuis deux ans.

Fracture du crâne, par coup de feu, avec trépanation immédiate.

M. Picqué. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été communiquée par M. Toubert (médecin militaire), et qui a trait à un cas de fracture du crâne, par coup de feu, avec trépanation immédiate. Il s'agissait d'un déserteur qui s'était tiré un coup de revolver dans la région temporale. Notre confrère se borna, une fois la trépanation faite, à pratiquer un tamponnement; la mort survint trois jours plus tard, après une hyperthermie considérable. L'autopsie montra que la balle était située au voisinage de la bandelette optique gauche; la bandelette optique droite était sectionnée. On avait noté chez le blessé de la glycosurie et de l'albuminurie, vraisemblablement en rapport avec le passage du projectile au voisinage du plancher du quatrième ventricule.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Le travail des glandes digestives, par M. J.-P. PAWLOW. In-8°, 287 p. Paris, 1901.

Nous avons publié il y a trois ans une analyse détaillée de la traduction allemande des leçons de M. le professeur Pawlow (de Saint-Pétersbourg) (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 299). Aussi n'eussions-nous fait que mentionner la traduction française que viennent de donner de cet ouvrage MM. V. Pachon et J. Sabrazès, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Bordeaux, si cette nouvelle édition ne renfermait une neuvième leçon absolument originale, rédigée par les traducteurs d'après des notes de M. Pawlow lui-même et d'après un discours prononcé en l'honneur de Botkine.

Dans ce chapitre, le physiologiste russe étudie plusieurs points encore obscurs de la sécrétion des sucs digestifs. En ce qui concerne le suc gastrique, ses expériences ont été faites sur des chiens porteurs d'un cul-de-sac stomacal isolé, et dont le grand estomac était séparé du duodénum par un septum formé de mu-

queuse; en outre, pour que la nutrition fût possible, ils étaient munis d'une fistule stomacale et d'une fistule duodénale communiquant par des tubes extérieurs. Sur ces animaux, M. Pawlow a pu s'assurer que la deuxième période ou période chimique de la sécrétion gastrique est provoquée par un réflexe ayant un point de départ stomacal; il a vu aussi que l'estomac est doué d'une véritable auto-régulation de sa fonction sécrétoire, une quantité suffisante d'acide chlorhydrique exerçant une action inhibitrice sur la sécrétion gastrique.

Il est peu de sucs organiques auxquels on ait attribué des fonctions aussi multiples qu'à la bile : c'est là une raison de supposer que l'on sait fort peu de chose sur le rôle exact de ce liquide. Pour étudier cette question, l'auteur, au lieu de pratiquer une fistule de la vésicule biliaire — manière de procéder qui fournit continuellement de la bile et ne permet par conséquent pas de déterminer les conditions présidant normalement à la sécrétion de ce suc digestif —, a eu soin de respecter l'intégrité des voies biliaires, en fixant à la paroi abdominale le fragment d'intestin qui porte l'orifice du cholédoque; de cette façon, il a constaté que l'écoulement de la bile est intermittent et n'a lieu qu'un certain temps après le repas; en outre, la graisse, les produits de digestion de l'albumine et les substances extractives de la viande ont seuls la propriété de provoquer cette sécrétion. L'action de la bile sur les aliments, pour certaine qu'elle soit, n'en est pas moins peu importante; aussi est-ce sur l'influence de la bile à l'égard des autres sucs digestifs qu'ont porté spécialement les recherches de M. Pawlow; elles lui ont montré que la bile exerce une action d'arrêt sur le suc gastrique, tandis qu'elle favorise l'action du suc pancréatique, et particulièrement celle du ferment saponifiant de ce suc. Dès lors, le rôle de la bile se trouve éclairé d'un jour nouveau : ce liquide sert d'intermédiaire entre la digestion gastrique et la digestion pancréatique.

C'est à des résultats analogues qu'arrive l'auteur pour le suc intestinal, qui se montre doué de propriétés favorisantes à l'égard du suc pancréatique, surtout de son ferment tryptique, et cela au moyen d'un ferment spécial, l'*entérokinase*. D'autre part, le suc pancréatique représente l'excitant spécifique de la sécrétion du suc intestinal; une excitation mécanique de l'intestin provoque, en effet, une sécrétion abondante, mais renfermant très peu d'entérokinase. Quant au suc pancréatique lui-même, l'auteur a pu s'assurer qu'il ne contient de la trypsine qu'après un repas riche en albumine; après l'ingestion de graisses et d'hydrates de carbone, ce ferment est sécrété surtout à l'état de zymogène; le suc pancréatique ne possède alors qu'une action immédiate très faible sur les substances albuminoïdes, mais il est très vivement renforcé par le suc intestinal. Il semble que ce phénomène soit destiné à rendre plus facile l'action des deux autres ferments (le saponifiant et l'amylolytique) du suc pancréatique, surtout utiles dans le cas d'une alimentation pauvre en albumine.

Une question également fort mal connue est celle du mécanisme de la progression des aliments dans le tube digestif, particulièrement en ce qui concerne le passage de la bouillie alimentaire de l'estomac dans le duodénum. On savait bien que le réflexe qui règle l'ouverture et la fermeture du pylore a son point de départ dans le duodénum, mais on le supposait de nature mécanique; or, M. Pawlow a pu s'assurer qu'il est, au contraire, de nature chimique, et que c'est l'acidité du chyme, au moment où ce dernier arrive dans le duodénum, qui le provoque; en effet, il est possible de retenir indéfiniment dans l'estomac d'un chien une solution alcaline, en versant d'une façon continue dans le duodénum, par une fistule, une solution étendue d'acide chlorhydrique ou du suc gastrique; mais l'estomac se vide aussitôt, si l'on introduit dans le duodénum, au lieu de la liqueur acide, une solution alcaline. Il est clair que ce mécanisme a pour objet d'empêcher le passage, dans le duodénum, d'une trop grande quantité de suc gastrique, dont l'acidité entraverait l'action du suc pancréatique. Dans le même ordre d'idées, l'auteur a constaté que l'ingestion d'aliments a pour effet d'inhiber les mouvements d'évacuation dont l'estomac est normalement le siège, même à jeun; ces mouvements ne reparaissent qu'au bout d'un certain temps, jugé suffisant par l'organisme pour que les *ingesta* aient subi les modifications nécessaires.

Enfin, M. Pawlow a appliqué sa méthode du cul-de-sac stomacal isolé à l'étude de quelques points de la pathologie expérimentale de l'estomac. Il a noté ainsi que l'application sur la muqueuse gastrique d'irritants énergiques détermine une sécrétion énorme de mucus ne contenant pas de pepsine; c'est là un processus de défense dévolu à l'épithélium de recouvrement, et destiné à éliminer ou à englober la substance nuisible; l'ingestion de viande réalise la dissociation inverse des fonctions sécrétoires de l'épithélium stomacal, en mettant exclusivement en jeu l'activité des cellules à pepsine. Mais l'application plus prolongée de l'agent irritant finit par intéresser tous les éléments de la muqueuse, et l'on peut obtenir alors deux types morbides différents qu'il serait sans doute possible de retrouver au lit du malade : l'un, (type *labile*), est caractérisé par une sécrétion plus abondante, au début, que la normale, mais diminuant plus rapidement et donnant au total une quantité de suc gastrique inférieure à la moyenne (nitrate d'argent à 10 %); l'autre (type *inerte*), correspond à une sécrétion plus faible tout d'abord, puis augmentant d'intensité et aboutissant à une sécrétion totale plus considérable que d'ordinaire (froid intense). — F. F.

De l'influence de l'irrigation rectale à double courant sur la température animale normale et pathologique, par Mlle A. Atabékiantz.

Dans sa thèse inaugurale, Mlle Atabékiantz rend compte des expériences qu'elle a instituées sur un certain nombre de chiens, dans le but de savoir si le passage, à travers le rectum, d'un courant d'eau à température variable est susceptible de modifier la température du corps. Elle s'est servie pour cela d'un dispositif très simple, consistant en deux sondes uréthrales accolées, l'une destinée à l'introduction du liquide, l'autre à sa sortie; la première communique avec un récipient placé à une certaine hauteur, l'autre avec un baquet posé par terre.

Elle a pu s'assurer tout d'abord par ce moyen que, même en employant de l'eau relativement chaude (à 24°), une irrigation continuée pendant quarante minutes seulement suffit à diminuer notablement (de 1°20) la température axillaire; en abaissant ou en élevant un peu la température de l'eau, de même qu'en faisant des séances plus longues ou plus courtes, les résultats sont à peu près identiques : dans tous les cas, le thermomètre s'abaisse de 1°20 à 2°10.

Par un calcul très simple, il est facile de s'assurer qu'il ne s'agit pas là d'un simple phénomène physique, car le nombre de calories perdues par l'organisme est de beaucoup supérieur à celui des calories soustraites par l'échauffement de l'eau : il est en général de plus du double. Mais il y a plus : pratiquée avec de l'eau à une température *supérieure* à celle du corps, l'irrigation continue produit encore les mêmes effets. Aussi l'auteur croit-il qu'il faut voir là l'intervention d'un phénomène réflexe, ayant pour résultat soit de diminuer la production de calorique, soit d'en activer la déperdition.

En outre, ces recherches ont permis à Mlle Atabékiantz de constater un fait curieux; la température normale des animaux en expérience étant en moyenne comprise entre 38° et 39°, l'irrigation produit d'abord une chute brusque de la courbe thermique; puis celle-ci remonte, même si l'irrigation est continuée, jusque vers 38°, et se tient aux environs de ce point. Pour expliquer cette particularité, l'auteur admet que la température normale du corps se compose de deux parties, une température *constante*, inférieure à celle que donne le thermomètre chez l'individu sain, et à peu près invariable d'un individu à l'autre (elle serait de 38° environ chez le chien); et une température *de réserve*, essentiellement variable selon les sujets, voire, pour le même sujet, d'un moment à l'autre.

Chez des chiens rendus pyrétiques par injection sous-cutanée de pus ou de substances putrides, l'irrigation continue donna 14 fois sur 16 des résultats analogues : elle produisit, au bout d'une demi-heure, un abaissement plus ou moins notable de la fièvre; 2 fois seulement, elle échoua. Ce n'est qu'une ou deux heures après la fin de l'irrigation que la température remonte à son niveau primitif. Ici comme chez l'animal sain, l'organisme perd plus de calories que ne lui en enlève l'échauffement de l'eau introduite dans le rectum.

Il est permis d'espérer, avec Mlle Atabékiantz, que la méthode de l'irrigation rectale à double courant — qui s'est montrée absolument inoffensive dans les expériences que nous venons de relater — pourra passer dans le domaine de la thérapeutique clinique, et rendre des services dans le traitement de l'hyperthermie. (*Thèse de Genève*, 1901.) — F. F.

Impétigo pédiculaire mortel, par M. Laurent.

L'observation relatée par M. Laurent concerne une fillette de trois ans, d'ailleurs bien constituée, qui était absolument envahie par les poux; le corps était couvert de plaies produites par le grattage; dans tous les points de la surface cutanée accessibles aux mains de l'enfant, on remarquait des croûtes impétigineuses et des traînées cicatricielles; la nuque et une partie du dos étaient le siège d'érosions suintantes à contenu rouge, à fond blanc piqueté de rouge, et avaient l'aspect de l'épiderme macéré dans de l'urine ayant subi la fermentation ammoniacale; les yeux étaient atteints de conjonctivite, le nez rempli de croûtes; la petite malade, en proie à une diarrhée abondante et à une soif ardente, avait une température de 37°8. Sous l'influence d'un grand bain savonneux et de pansements à la vaseline boriquée, la situation s'améliora sensiblement, mais, dès le lendemain de son admission, cette fillette succombait dans l'hypothermie (35°8).

A l'autopsie, outre l'absence du rein droit compensée par l'hypertrophie du rein gauche et l'existence d'un foyer ancien et cicatrisé de bronchopneumonie, on ne constata que les lésions du foie infectieux : dégénérescence graisseuse prononcée de la périphérie des lobules, inflammation récente localisée au pourtour des parois vasculaires.

L'auteur estime que la mort est survenue, dans ce cas, par le même mécanisme qu'après une brûlure étendue; on ne peut l'expliquer que par les vastes lésions cutanées déterminées par les parasites et aggravées par le grattage. (*Arch. méd. de Toulouse*, 1er août 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Pneumothorax par éternument chez un homme ayant les poumons intacts, par M. B. Stiller.

Le cas relaté par l'auteur a trait à un jeune homme atteint de dyspepsie nerveuse, qui fut pris, après un éternument violent, de douleurs gastriques insupportables. A l'examen de la région épigastrique, on trouva une tumeur volumineuse, occupant toute la partie supérieure de l'abdomen et qui, à la percussion, donnait partout un son mat. M. Stiller ne tarda pas à se convaincre que cette tumeur n'était autre que le foie, descendu au-dessous de l'ombilic et accessible à la palpation dans presque toute son étendue. La glande hépatique avait subi une véritable luxation en bas et en dedans avec torsion en avant autour de son axe transversal. La cause de ce phénomène bizarre ne fut mise en évidence que par l'exploration du thorax, laquelle démontra que toute la moitié droite de la cage thoracique, excessivement dilatée, était complètement sonore à la percussion et restait immobile pendant la respiration. Le cœur se trouvait repoussé à gauche. L'auscultation du côté droit dénotait partout de la respiration amphorique. Il s'agissait évidemment d'un pneumothorax tellement accentué qu'il avait amené l'enfoncement de la voûte du diaphragme avec luxation du foie. Sous l'influence de la morphine, administrée d'abord en injection sous-cutanée, puis par la bouche, les douleurs se calmèrent; le lendemain, la glande hépatique avait à peu près repris sa situation normale, et au bout de huit jours toute trace d'épanchement gazeux avait disparu.

Ce fait est intéressant à plusieurs titres. En effet, M. Stiller n'a pas trouvé, dans la littérature médicale, une seule observation où la pression de l'air contenu dans la cavité pleurale fût assez considérable pour amener l'effacement de la concavité du diaphragme et la luxation consécutive du foie. D'autre part, le cas que nous venons de rapporter offre un exemple typique

de pneumothorax à clapet ou à soupape, où une nouvelle quantité d'air est emmagasinée à chaque inspiration, sans que l'expiration en laisse sortir la moindre portion. Au moment où M. Stiller fut appelé à donner ses soins au patient, l'orifice pleuro-bronchique se trouvait probablement déjà fermé par suite de l'exagération de la pression intérieure, puisque l'auscultation ne permit pas de déceler l'existence d'une communication entre la plèvre et les poumons. La résorption rapide de l'épanchement témoigne de l'oblitération définitive de la fistule.

Ajoutons que le patient dont il s'agit n'avait jamais présenté la moindre lésion du côté de l'appareil respiratoire. L'auteur est, cependant, porté à croire qu'il devait exister une adhérence pleurale, laquelle se déchira sous l'influence du mouvement respiratoire exagéré occasionné par l'éternument. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 mai 1901.) — L. CH.

De la rupture sous-cutanée du foie et de son traitement par la laparotomie immédiate, par M. F. FRÄNKEL.

A l'occasion de deux malades atteints de rupture du foie et opérés par lui dans le service chirurgical de M. Göschel (de Nuremberg), l'auteur a réuni les faits de même nature publiés jusqu'à ce jour; il arrive ainsi à un total de 31 cas.

La première de ses observations personnelles se rapporte à un homme de trente et un ans ayant reçu la veille un coup de pied de cheval dans la région hépatique. Au moment de son transport à l'hôpital, le patient était dans un état de collapsus anémique prononcé. L'intervention fut pratiquée huit heures et demie après l'accident; elle permit de constater une déchirure du tissu hépatique ayant 8 centimètres de longueur et plusieurs autres mesurant de 1 à 2 centimètres. L'hémorrhagie parenchymateuse continuait encore; on fit la suture des déchirures à l'aide d'anses de catgut fort, embrassant une portion étendue de tissu hépatique. Le malade succomba, après une amélioration passagère, aux suites de son anémie; l'autopsie montra qu'il n'y avait eu aucune hémorrhagie nouvelle.

Le deuxième cas se rapporte à un homme de vingt-quatre ans, opéré onze heures après une chute avec contusion de l'abdomen. On trouva une grande déchirure longitudinale intéressant le lobe hépatique droit dans toute son épaisseur, et le séparant pour ainsi dire en deux parties. M. Fränkel établit une suture à l'aide de catgut épais traversant toute la glande hépatique et tamponna la surface inférieure du foie, qui était le siège de contusions considérables. Le malade se rétablit malgré une pneumonie passagère et l'existence d'une tuberculose pulmonaire.

Les 31 cas opérés jusqu'à ce jour ont eu 17 fois une issue favorable; 3 fois on avait fait la suture, 10 fois le tamponnement, 1 fois on avait combiné ces deux méthodes; dans un cas, on avait eu recours à l'irrigation à l'eau chaude; dans un autre, on s'était abstenu de toute intervention sur le foie, la lésion étant peu étendue; dans le dernier, enfin, le procédé employé n'est pas indiqué.

Quant aux 14 malades ayant succombé, il convient de faire remarquer que, pour 5 d'entre eux, la lésion hépatique n'avait pas été constatée, l'opération n'ayant visé que d'autres lésions intra-abdominales, et que, chez 7 autres, la déchirure du foie était associée à diverses lésions graves. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 2.) — F. DE Q.

Contribution à l'étude des paralysies faciales dans les accouchements spontanés, par M. E. FRANK.

Les paralysies faciales, si communes après les applications de forceps, sont d'une très grande rareté dans les accouchements spontanés. En pareil cas, s'il s'agit d'un bassin rétréci, on peut, avec Vogel, supposer qu'il y a eu compression par une exostose pelvienne. Mais, dans les bassins normaux, cette hypothèse n'est plus admissible; l'observation relatée par M. Frank permet d'entrevoir, pour ces derniers faits, un mécanisme non encore soupçonné.

Un enfant, d'ailleurs bien conformé et assez volumineux, vint au monde avec une paralysie faciale gauche. La mère était une multipare de trente-cinq ans, obèse, avec un ventre en besace. L'enfant s'était présenté par le front, en deuxième position; l'accouchement avait été assez laborieux, mais s'était terminé spontanément. En examinant le fœtus aussitôt après sa naissance, on constata que les parties molles, au-dessous de l'oreille gauche, en regard du trou stylo-mastoïdien, portaient une fossette qui figurait exactement le moule de l'épaule du même côté. Aussi M. Frank admet-il, après avoir vérifié la possibilité de ce fait sur le mannequin, que, par suite de la procidence du ventre maternel, le cou de l'enfant s'était fortement infléchi à gauche et que l'épaule de ce côté était venue comprimer la région stylo-mastoïdienne et, par suite, le nerf facial. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 mai 1901.) — R. DE B.

De l'hydarthrose intermittente, par M. A. LINBERGER.

L'auteur relate deux faits d'hydarthrose intermittente, dont l'un fut observé à la clinique chirurgicale de M. von Bruns, à Tubingue.

Le premier concerne un sujet chez lequel, à la suite d'une violente contusion du genou, apparut un épanchement articulaire qui se reproduisait tous les treize jours et durait trois jours. L'administration de salicylate de soude n'eut aucun résultat; après une saison thermale, l'hydarthrose empira tout d'abord, puis elle céda presque entièrement pendant deux années. Une nouvelle récidive fut traitée par la ponction et le lavage de l'articulation à l'eau phéniquée, ce qui amena la guérison du genou gauche; mais un an plus tard survinrent des accès de goutte articulaire typique. Quelques années après, ce fut le tour du genou droit, qui était également le siège d'un épanchement tous les treize jours; une nouvelle cure hydro-minérale fit disparaître définitivement toute manifestation articulaire.

Dans la deuxième observation, le patient, âgé de vingt ans, attribuait la tuméfaction de ses deux genoux à un refroidissement. Cette tuméfaction, à ce qu'il prétendait, avait fini par prendre un caractère périodique — avec des intervalles de quatre à cinq jours —, affectant d'abord le genou gauche, puis régulièrement, deux jours après, le genou droit. Un séjour de cinq semaines à la clinique chirurgicale de Tubingue permit de vérifier les assertions du malade. On put constater cependant que l'exsudat ne manquait complètement que durant un ou deux jours. Cette hydarthrose intermittente était accompagnée de douleurs plus ou moins intenses, sans élévation de la température. L'examen bactériologique du contenu articulaire demeura négatif. Les moyens médicaux ayant complètement échoué, on institua le traitement par la stase artificielle selon la méthode de M. Bier : il se produisit une amélioration incontestable, mais la guérison complète ne fut pas obtenue.

M. Linberger discute les différentes théories qui ont été proposées pour expliquer cette affection singulière, dont on a publié jusqu'ici 68 cas. Il estime qu'il ne s'agit pas, en l'espèce, d'une entité morbide, mais plutôt d'un symptôme d'affections très diverses, et que, l'hydarthrose intermittente présentant le plus souvent un caractère nettement inflammatoire, on ne saurait la considérer comme une simple névrose vasomotrice. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 2.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ESPAGNOLES

Los quistes hidatídicos en la República Argentina. In-8°, 466 p. avec fig. Buénos-Ayres, 1901. — **Les kystes hydatiques dans la République Argentine,** par MM. HERRERA VEGAS et DANIEL J. CRANWELL.

Les terres classiques de l'échinococcose étaient jusqu'ici l'Islande et l'Australie; l'ouvrage de MM. Vegas et Cranwell montre qu'il faut compter maintenant avec la République Argentine; l'infection hydatique y a fait depuis quelques années des progrès énormes : alors qu'en 1877, dans tous les hôpitaux du territoire, on ne comptait qu'un seul kyste hydatique, en 1898 on n'en relevait pas moins de 197. C'est ainsi que les auteurs ont pu baser leur monographie sur une statistique de 970 cas, représentant la presque totalité des observations recueillies dans les hôpitaux argentins de 1877 à 1900.

De cet ensemble imposant de faits, on peut tirer quelques données importantes au point de vue de l'histoire de l'échinococcose; signalons d'abord cette particularité, que les kystes multiloculaires seraient encore inconnus dans la République Argentine; en outre, contrairement à ce que l'on observe ailleurs, le sexe ne paraît pas avoir une grande influence, puisque la statistique en question comprend 490 hommes et 480 femmes; enfin, si les adultes sont de beaucoup les plus frappés, les enfants fournissent néanmoins un contingent plus important que ne l'admettent les classiques, car 135 des 970 cas relatés par MM. Vegas et Cranwell sont relatifs à des sujets de moins de dix ans.

En ce qui concerne la localisation des lésions, c'est, bien entendu, le foie qui tient la tête (644 cas); puis viennent, par ordre de fréquence, les poumons, les muscles et le tissu cellulaire, le petit bassin et les organes génitaux de la femme, la rate, le cerveau, etc.

Outre ces données numériques, l'ouvrage que nous analysons renferme des remarques intéressantes au point de vue du traitement, lequel présente des indications fort diverses selon la région occupée par la poche kystique.

C'est ainsi que, pour les *kystes du foie*, les auteurs proscrivent énergiquement les ponctions, qu'ils admettent tout au plus comme premier temps d'une intervention. En effet, sans parler des accidents graves qu'elles peuvent provoquer, les ponctions amènent presque infailliblement la suppuration du kyste : si le contenu de ce dernier est généralement stérile, il n'en est pas de même de sa coque, laquelle contient de nombreux microbes; ceux-ci, à la première effraction de la paroi, vont infecter le kyste.

Comme procédé opératoire, MM. Vegas et Cranwell se prononcent pour la marsupialisation et le drainage de la poche. L'extirpation sans drainage expose aux hémorrhagies immédiates et aux suppurations secondaires; beaucoup de malades, opérés radicalement, reviennent en effet quelque temps après avec tous les signes d'une collection suppurée développée au lieu et place de l'ancien kyste. Les données statistiques des hôpitaux argentins le démontrent clairement : sur 125 cures radicales, il y eut 86 guérisons, 7 morts et 32 suppurations secondaires. La marsupialisation est plus sûre et, malgré sa lenteur, plus radicale : des 254 sujets opérés par ce dernier procédé, 11 seulement succombèrent (dont 2 à des causes étrangères à l'intervention); les 243 autres guérirent parfaitement.

Quant à la voie à suivre (abdominale ou transpleurale), tout dépend de la direction prise par le kyste; pour ce qui est de l'opération transpleurale, les auteurs n'attribuent qu'une médiocre importance aux procédés destinés à prévenir le pneumothorax qui serait une complication sans conséquence, à leur avis.

Les *kystes du poumon* sont d'un diagnostic assez difficile; toutefois, à Buénos-Ayres, la maladie hydatique est si fréquente que l'on songe à eux dès qu'on se trouve en présence d'un sujet rejetant quelques crachats sanguinolents, mais dont l'état général est bon et qui ne présente aucun signe de tuberculose ni de cardiopathie. L'extirpation sans drainage ne paraît pas offrir ici les mêmes dangers qu'au foie : sur 23 marsupialisations, il y eut 21 guérisons et 2 décès; sur 13 opérations radicales, on compta 11 guérisons, 1 pyothorax secondaire et un cas de mort par infection.

Pour les *kystes de la rate*, le meilleur procédé est encore la marsupialisation : 30 interventions de ce genre n'ont donné que 4 décès, tandis que la splénectomie, à n'en juger que par les faits jusqu'ici publiés, a une léthalité de 25 % (3 morts sur 15 opérations).

En cas de *kystes du rein*, l'importance de l'organe lésé impose également une thérapeutique conservatrice; l'incision du kyste par voie lombaire est la méthode de choix; la néphrectomie n'est indiquée que pour les cas de kystes multiples.

Enfin, MM. Vegas et Cranwell relatent 26 observations de *kystes de l'abdomen*; ce sont eux qui offrent le pronostic le plus sombre, car ils sont très souvent multiples et l'intervention demeure forcément incomplète; aussi les guérisons signalées ne sont-elles bien souvent que

des guérisons opératoires. C'est ainsi que sur ces 26 cas, les auteurs ont compté 10 morts, 9 guérisons, 3 améliorations et 2 états stationnaires; pour les deux autres faits, le résultat n'est pas connu. — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Le sang chez les individus porteurs de tumeurs malignes, par M. DONATI.

Au cours d'une clinique publiée récemment dans ce journal même et consacrée à l'hémodiagnostic de l'appendicite (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 209), M. Tuffier insistait sur l'importance des modifications du sang pour différencier les unes des autres les diverses affections chirurgicales (suppurations, tumeurs bénignes ou malignes, etc.). Aussi ne nous parait-il pas inopportun de signaler l'importante contribution que vient d'apporter M. Donati à l'étude du sang des cancéreux.

Ses recherches ont comporté la détermination de la richesse du sang en hémoglobine, la numération des globules blancs et rouges, le rapport des hématies aux leucocytes, l'appréciation de la valeur globulaire, la recherche des globules rouges colorables par le *neutralroth* et par le bleu de méthylène, enfin la proportion des diverses variétés de globules blancs; elles ont été faites sur 31 sujets, dont 5 atteints d'épithélioma, 22 de carcinome et 4 de sarcome. Voici les conclusions générales qu'il en a tirées :

Chez les individus affectés de tumeurs malignes, les principales altérations du sang sont la diminution de la teneur en hémoglobine, ainsi que l'abaissement du nombre des globules rouges; mais celui-ci étant d'ordinaire moins marqué que celle-là, il en résulte que la valeur globulaire est inférieure à l'unité (type chlorotique); en outre, on peut noter des modifications de la forme et du volume des hématies; l'apparition dans le torrent circulatoire, en certains cas, d'érythroblastes; l'augmentation absolue et relative du nombre des globules blancs; des changements divers du rapport des différentes variétés de leucocytes entre elles; la présence de cellules iodophiles, notamment dans les formes graves; la diminution du poids spécifique du sang, de sa teneur en albumine et en résidu sec; enfin l'élévation du taux du sucre.

Mais il s'en faut que ces altérations soient constantes, et que l'on puisse établir une formule du sang cancéreux valable pour tous les cas. A ce point de vue, M. Donati estime que le *siège* de la tumeur importe beaucoup plus que sa nature, son volume, son extension, etc., et que c'est surtout pour le diagnostic de localisation que l'hématologie est susceptible de fournir des indications utiles.

Les principales données qui lui paraissent découler de ses expériences, à ce point de vue, peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

Dans l'*épithélioma de la peau*, les altérations sanguines sont rares; la valeur globulaire peut être quelque peu abaissée, les cellules éosinophiles devenir assez abondantes.

Le *carcinome du sein* diminue légèrement le taux de l'hémoglobine, le nombre des hématies et la valeur globulaire; l'hyperleucocytose porte, non sur les polynucléaires, plutôt diminués de nombre, mais sur les éosinophiles.

En cas de *carcinome de l'œsophage*, on observe surtout des altérations des hématies (polychromatophilie, dégénérescence granuleuse, macro et microcytose); en ce qui concerne les leucocytes, le taux des gros mononucléaires et des éosinophiles est augmenté, celui des neutrophiles un peu abaissé.

Le *cancer de l'estomac* se caractérise par une diminution notable de la proportion d'hémoglobine, du nombre des globules rouges et de la valeur globulaire; on y constate fréquemment la présence d'hématies polychromatophiles, de poikilocytes, de macro et de microcytes; dans 50 % de cas, il s'accompagne d'hyperleucocytose; dans 80 % des cas, la leucocytose digestive normale fait défaut; souvent on trouve de gros lymphocytes; ce sont ces tumeurs qui abaissent le plus la densité du sang, sa teneur en albumine, le poids de résidu sec, etc.

Le *carcinome de l'intestin* détermine une diminution de la valeur globulaire, avec micro, macro et poikilocytose; les globules cyanophiles sont parfois abondants.

Le *cancer utérin* a d'ordinaire pour effet une anémie intense, explicable par la fréquence des hémorrhagies.

Quant aux *sarcomes*, les modifications qu'ils impriment au sang varient essentiellement selon leur siège : ceux qui intéressent le système osseux ou le tube digestif diminuent la valeur globulaire et le taux de l'hémoglobine; l'hyperleucocytose y est habituelle, et porte surtout sur les lymphocytes; en cas de sarcomes multiples, on rencontre des normo et des mégaloblastes. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, juin 1901.) — F. F.

Sur les hyperthermies de la convalescence de la fièvre typhoïde, par M. A. OLIARI.

On observe parfois, chez les dothiénentériques à la période de convalescence, de petits mouvements fébriles ne dépassant guère 1°, survenant brusquement, sans motif apparent ou sous l'influence de causes tout à fait minimes (station debout, légère émotion), et disparaissant en quelques heures sans entraver en rien le processus de guérison (*fièvre de fatigue* et *fièvre idiopathique* de Potain, *Nachfieber* des auteurs allemands). Ces manifestations pyrétiques sont, somme toute, assez rares, et l'interprétation pathogénique n'en est pas des plus simples. M. Oliari en rapporte 5 cas qu'il a eu l'occasion de recueillir, l'an passé, dans le service de M. le professeur A. Riva (de Parme).

Il s'agit, dans ces observations, de jeunes gens de douze à vingt-deux ans, dont 3 filles et 2 garçons, qui, un certain temps après la défervescence de fièvres typhoïdes n'ayant rien présenté d'anormal dans leur évolution, eurent de petits accès fébriles, précédés d'un frisson peu intense et caractérisés par une élévation de la température à 38°, 38°2, 38°7 au maximum, et cela à l'occasion de la visite de parents, de l'ingestion de quelques sucreries, du séjour hors du lit pendant une demi-heure, etc., etc. Au bout de quelques heures, le thermomètre redescendait à la normale, et la convalescence poursuivait son cours régulier.

Un fait intéressant, et sur lequel l'auteur insiste à juste titre, c'est que cette « fièvre idiopathique » des typhoïdiques convalescents n'entraîne pas les modifications urinaires habituelles en cas d'hyperthermie : au contraire, les urines sont remarquables par leur abondance, leur poids spécifique faible, l'absence d'albuminurie et le taux peu considérable de l'urée, caractères qui les rapprochent des urines émises après les paroxysmes hystériques, surtout à forme thermogène. Aussi, M. Oliari n'hésite-t-il pas à imputer à ces petits accès fébriles une origine nerveuse : il les attribue à la fatigue des centres thermo-régulateurs, épuisés par une longue pyrexie. Il reconnaît que peut-être l'absorption, au niveau de l'intestin, de minimes quantités de substances toxiques joue un certain rôle dans la production de ce phénomène; mais, même alors, force est d'admettre un état de faiblesse irritable des cellules nerveuses qui président à la régulation de la température. (*Rendiconti della Assoc. med.-chir. di Parma*, juin 1901.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Dangers du dégagement des épaules par tractions sur la tête.

On sait que dans les cas de présentation du siège, lorsque — la partie sous-ombilicale du fœtus étant hors la vulve et les épaules se trouvant encore retenues plus ou moins haut dans la filière pelvienne — on essaye de dégager les membres supérieurs, il se produit parfois une fracture de la clavicule, soit par pression directe sur cet os, soit par violence indirecte. Or, un accoucheur allemand, M. le docteur E. Schröder (de Königsberg), a eu récemment l'occasion de constater que le même accident peut survenir, dans les présentations du sommet, au moment où l'on procède au dégagement des épaules en tirant sur la tête.

Notre confrère fut appelé pour un accouchement gémellaire chez une primipare de vingt-sept ans : après avoir fait une application de forceps pour le premier fœtus, il vit, au bout de vingt minutes, sortir la tête du second; mais, comme les épaules étaient retenues sur le plancher pelvien et que l'expulsion du tronc tardait à se faire, M. Schröder, se conformant à la conduite classique en pareille occurrence, saisit la tête fœtale entre les deux mains et la tira d'abord en bas, ensuite en haut. Au cours de cette manœuvre, destinée à faciliter le dégagement de l'épaule postérieure (gauche), on entendit un léger craquement qui fit immédiatement cesser les tractions, et l'on termina sans difficulté l'accouchement au moyen d'une pression sur le fond de l'utérus. En examinant l'enfant, notre confrère fut à même de percevoir une crépitation nette au niveau de la réunion du tiers moyen et du tiers externe de la clavicule gauche. Or, en dehors des tractions exercées sur la tête, rien ne pouvait être invoqué pour expliquer la production de cette fracture : en effet, il n'existait pas de rétrécissement pelvien chez la mère, et les épaules de l'enfant n'étaient pas démesurément développées. D'autre part, les tractions avaient été très modérées, les voies génitales ayant déjà été en quelque sorte préparées par l'expulsion du premier fœtus.

Si l'on tient compte, d'autre part, que, d'après les recherches publiées, il y a trois ans et demi, par M. le docteur G. Fieux, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de médecine de Bordeaux, les paralysies obstétricales des nerfs du membre supérieur seraient dues, non pas à la compression du point d'Erb, comme on l'admet généralement, mais à l'élongation que les filets nerveux subissent lorsqu'on tire sur la tête, et que c'est encore au même mécanisme qu'on a rapporté la formation de l'hématome du sterno-cléido-mastoïdien, on voit que les manœuvres de traction sur la tête fœtale sont loin d'être exemptes d'inconvénients. M. Schröder, propose, en conséquence, de leur substituer un procédé tout aussi simple et efficace, à savoir l'expression de l'utérus : dans les cas où, la tête ayant été expulsée, le tronc tarde à se montrer, même après qu'on a engagé la femme à pousser, il suffirait d'exercer une pression sur le fond de la matrice pour amener, sans aucune difficulté, le dégagement des épaules.

Traitement du favus par le formol.

Bien que les premiers essais de traitement des teignes par l'aldéhyde formique remontent déjà à plusieurs années, il nous parait intéressant, en raison des échecs fréquents de ce moyen (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 329), de signaler les excellents résultats que M. le docteur P. Soloviev (médecin militaire russe) a obtenus à l'aide de badigeonnages du cuir chevelu à la formaline dans 12 cas de favus, dont 4 avaient été, sans succès, traités antérieurement par d'autres méthodes. Notre confrère a employé le procédé préconisé, l'année dernière, par un autre médecin militaire russe, M. le docteur Demidov, et qui consiste en ceci : on commence par graisser le cuir chevelu avec un mélange contenant une partie d'acide phénique pour trente parties d'huile d'olive; puis on applique sur la tête, pendant la nuit, une compresse imbibée d'eau boriquée à 3 %. Le cuir chevelu étant ainsi débarrassé des croûtes, on pratique un badigeonnage avec une solution de formaline, dont le titre varie, suivant le degré des lésions, de 5 à 8 %, voire même à 10 %. On applique ensuite un bonnet doublé d'une couche d'ouate à l'intérieur.

Sous l'influence de ce traitement, il ne resterait, au bout de trois jours, que quelques godets faviques et les croûtes ne se reformeraient plus. Une semaine après, la peau reprendrait sa coloration normale, en même temps qu'on constaterait la disparition complète du champignon. Les parties qui avaient été atteintes commenceraient alors à se couvrir de cheveux que rien ne permettrait, dans la suite, de différencier d'avec les cheveux sains. On obtiendrait de la sorte, dans l'espace de deux à trois semaines, une guérison complète et durable de la teigne faveuse, sans avoir à pratiquer l'épilation, qui, excessivement pénible pour le malade et très fastidieuse pour le médecin, constitue cependant une des méthodes les plus employées dans le traitement du favus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Procédé simple pour mesurer le volume de la cavité d'un pneumothorax.

I

L'auscultation et la percussion, la radioscopie, permettent d'apprécier en quelque mesure les dimensions de la cavité d'un pneumothorax; toutefois elles ne fournissent que des données approximatives, qui suffisent pour établir le diagnostic des grands écarts, mais qui sont insuffisantes pour suivre avec précision les variations successives de son volume. Dans les pneumothorax externes, après les pleurotomies, les indications que l'on tire de l'auscultation et de la percussion, et même celles que donne la radioscopie, présentent de graves causes d'erreur, dues tant à l'état du poumon qu'à l'existence de fausses membranes ou d'épaississements de la plèvre.

Dans les cas de pneumothorax interne, s'il est parfois utile de suivre les changements de volume de la cavité, il est rare que ce soit indispensable; par contre, dans les pneumothorax externes, il est le plus souvent très important de savoir si la cavité subit la diminution progressive de volume qui en signale la guérison régulière, ou si, au contraire, après une première période de diminution, elle est dans un état stationnaire qui pose l'indication des interventions secondaires.

La connaissance des modifications de volume permet aussi d'apprécier l'influence des moyens de traitement employés, tels que l'application du siphon aspirateur de Revilliod; elle montre s'il y a lieu d'en continuer l'usage ou s'il devient nécessaire de recourir à des opérations sanglantes. Dans ce cas, il importe de connaître, avec une approximation suffisante, le volume de la cavité persistante, non seulement pour juger du degré de sa curabilité, mais encore pour fixer le choix et l'étendue de l'intervention à pratiquer.

On ne dispose actuellement d'aucun procédé direct de mesure de ce volume pour les pneumothorax internes; pour les pneumothorax externes, on peut avoir recours à l'exploration de la cavité par une sonde ou à son remplissage par un liquide.

L'exploration par la sonde renseigne sur les dimensions et la forme des prolongements de la cavité; elle peut être indispensable à ce point de vue, mais elle ne permet pas de suivre les progrès de la guérison; de plus, elle n'est inoffensive que dans les vieux pneumothorax à parois épaissies.

Le remplissage par un liquide est difficile et trompeur; les renseignements ne peuvent être exacts que dans le décubitus latéral, et seulement si l'orifice de pénétration dans la plèvre peut être amené alors au point culminant. Des accès de dyspnée ou des quintes de toux, provoqués par l'exploration elle même, en interrompent la marche ou en interdisent l'emploi; il est tout à fait contre-indiqué quand on peut craindre l'existence d'une fistule pleuro-pulmonaire.

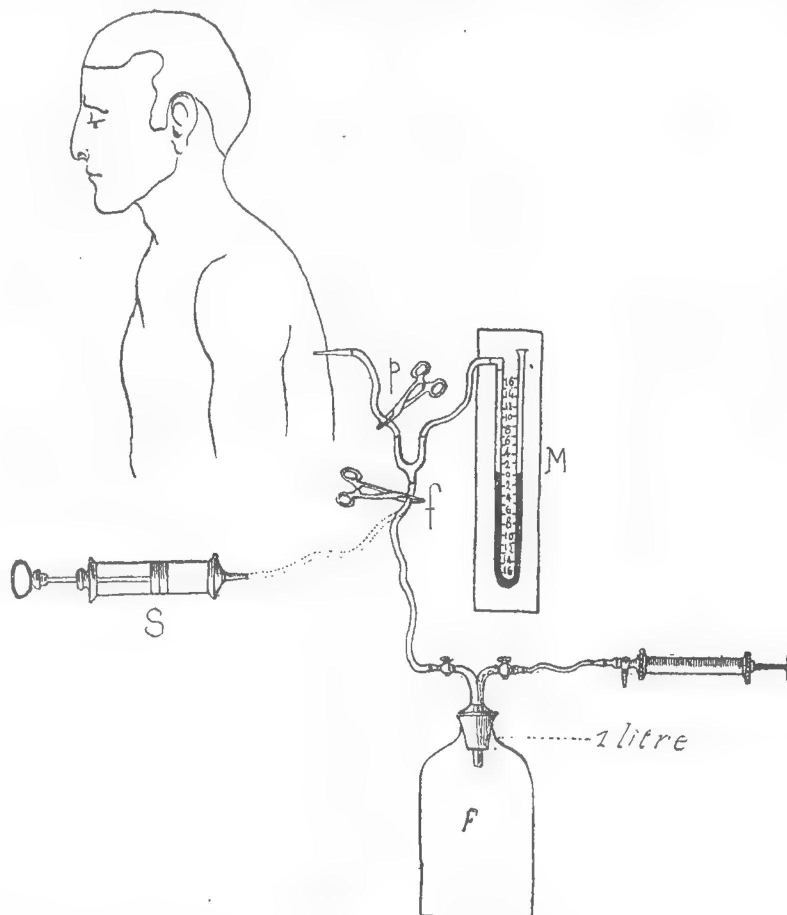
II

A la suite de recherches cliniques et expérimentales que je poursuis depuis quelques mois sur les pressions intrapleurales dans les pneumothorax et dans les épanchements liquides (1), j'ai eu l'idée d'employer, pour mesurer le volume de la cavité pleurale en cas de pneumothorax, un procédé inspiré par la loi de Mariotte sur le rapport constant qui existe entre les changements de volume des gaz et les variations de leur force élastique, révélée par les modifications de la pression qu'ils exercent.

(1) Une partie de ces recherches a été publiée récemment: voir : L. BARD. Recherches expérimentales et cliniques sur la pression intrapleurale dans le pneumothorax. (*Rev. de méd.*, juin et juillet 1901, p. 449 et 576.) — Une seconde partie, portant sur les épanchements liquides, le sera prochainement.

Le procédé consiste essentiellement dans des comparaisons de pressions :

On prend la pression des gaz intrapleuraux (spontanée ou artificiellement produite) par l'intermédiaire d'une canule, dans le cas de pneumothorax interne; d'un drain à parois épaisses entrant à frottement dans la plaie intercostale, en cas de pneumothorax externe. Le drain, ou la canule, est relié (Voir la figure ci-dessous) par



M, manomètre à mercure divisé en millimètres; *p*, *f*, pinces à pression servant à comprimer les tubes de caoutchouc correspondants, de façon à isoler à volonté la plèvre ou le flacon; *S*, seringue ordinaire; le pointillé indique le mode d'emploi de la seringue pour établir artificiellement dans la plèvre une pression positive ou négative; *F*, flacon de l'appareil aspirateur de Potain.

un raccord de verre en Y, d'une part à un manomètre, d'autre part à un flacon de Potain, de capacité totale exactement connue; des pinces placées sur les tubes de caoutchouc permettent de régler à volonté les communications des trois appareils : plèvre, manomètre et flacon. Ces pinces permettent aussi, en détachant temporairement de leurs connexions les tubes appropriés, d'établir à volonté, par aspiration ou par refoulement d'air, dans la plèvre et dans le flacon, des pressions positives ou négatives, différentes et exactement déterminées. On met ensuite en communication la plèvre et le flacon, et on prend la pression nouvelle qui résulte du mélange de leurs gaz.

Toute l'opération se fait en quelques minutes, sans danger et sans fatigue pour le malade; elle peut même être pratiquée sans aucun appareillage spécial. Il est possible en effet, sans beaucoup diminuer la commodité des manœuvres, de remplacer le manomètre par un tube de verre plongeant dans une éprouvette, les pinces par une compression digitale, le flacon de Potain par un flacon quelconque fermé par un bouchon de caoutchouc que traverse un tube de verre, la pompe de l'appareil par une simple seringue. Il est facile de déterminer la capacité des appareils employés (flacon, tubes de verre et de caoutchouc), soit avant, soit après les mensurations elles-mêmes, en les remplissant d'eau et en mesurant cette eau dans un récipient gradué.

On peut dès lors, du volume connu du flacon et des tubes, des trois pressions également connues de la plèvre, du flacon et du mélange, déduire le volume inconnu de la plèvre. La formule qui permet ce calcul est facile à dégager des lois connues régissant la pression des mélanges gazeux, lois que je rappelle ici :

La pression d'un mélange gazeux est égale au total des pressions propres à chacun des gaz qui le composent;

Dans un mélange gazeux, chaque gaz présente la même pression que s'il occupait seul le volume total;

Une quantité donnée de gaz développe une pression inversement proportionnelle au volume qu'elle occupe.

La plèvre et le flacon renferment des gaz portés d'avance à des pressions différentes; lorsque ces cavités sont mises en communication, leurs gaz se mélangent et prennent une pression nouvelle, régie par les lois précédentes. Un calcul très simple (1) démontre que, dans ces conditions, pour obtenir le volume de la plèvre, il suffit de faire deux opérations d'arithmétique élémentaire :

1° *De multiplier le volume connu du flacon, par la différence entre la pression connue du flacon et celle, également connue, de l'ensemble;*

2° *De diviser ce produit par la différence entre les pressions, également connues, de l'ensemble et de la plèvre.*

Ces deux opérations ne présentent aucune difficulté; la formule dont elles découlent est applicable quel que soit l'appareil utilisé pour la mensuration des pressions (manomètre à eau, à mercure, ou de toute autre espèce), à condition que le même appa-

(1) Si l'on désigne, en effet, par x, le volume inconnu de la plèvre, qu'il s'agit de déterminer; par F, le volume connu du flacon; par p, la pression initiale des gaz de la plèvre, déterminée au cours de l'expérience; par a, la pression inconnue que ces gaz prennent ultérieurement dans le mélange; par p', la pression initiale des gaz du flacon, déterminée au cours de l'expérience; par b, la pression inconnue que ces gaz prennent ultérieurement dans le mélange; par P, la pression totale des gaz de l'ensemble de la plèvre et du flacon après leur réunion, déterminée aussi au cours de l'expérience, il est facile d'établir les relations suivantes :

1° Le volume de la plèvre (x) est au volume de l'ensemble ($F + x$) comme la pression des gaz de la plèvre dans cet ensemble (a) est à leur pression initiale dans la plèvre seule (p); soit

$$\frac{x}{F + x} = \frac{a}{p}$$

2° Le volume connu du flacon (F) est au volume de l'ensemble ($F + x$) comme la pression des gaz du flacon dans cet ensemble (b) est à leur pression initiale dans le flacon seul (p'); soit

$$\frac{F}{F + x} = \frac{b}{p'}$$

3° Enfin, la pression des gaz réunis dans l'ensemble du flacon et de la plèvre (P) est égale à la somme des pressions présentées dans cet ensemble par les gaz propres de la plèvre (a) et du flacon (b); soit

$$P = a + b$$

Or, les trois formules ainsi établies constituent un système de trois équations du premier degré à trois inconnues seulement (x, a, b); j'indique ci-dessous, sans y insister davantage, les étapes de leur résolution :

De 1°, on tire

$$a = \frac{px}{F + x}$$

De 2°, on tire

$$b = \frac{p'F}{F + x}$$

Dès lors, 3° devient

$$P = \frac{px}{F + x} + \frac{p'F}{F + x} = \frac{px + p'F}{F + x}$$

d'où

$$x = \frac{F(p' - P)}{P - p}$$

dernière formule qui donne x en fonction de valeurs toutes connues et déterminées. Il est inutile d'indiquer la résolution des formules qui donneraient les valeurs de a et de b, qu'on n'a aucune utilité à connaître, mais qui seraient tout aussi faciles à calculer si on le désirait.

reil soit employé pour les trois pressions, et que celles-ci soient exprimées toutes les trois en valeurs de même nature : centimètres ou millimètres, d'eau ou de mercure.

J'ajouterai, pour les médecins peu familiarisés avec les mathématiques, que, pour obtenir les *différences*, dans la formule dont il est question ci-dessus, les chiffres de pression indiqués par le manomètre doivent être retranchés l'un de l'autre, lorsque les pressions dont on cherche la différence sont de même signe, c'est-à-dire toutes les deux positives ou négatives; tandis qu'ils doivent être additionnés, lorsque les pressions sont de signe contraire, c'est-à-dire l'une positive et l'autre négative.

III

Le principe et la base de la méthode une fois déterminés, il importait de rechercher et de préciser les difficultés et les causes d'erreur que leur application pouvait rencontrer dans la pratique. Dans ce but, j'ai eu recours tout à la fois, d'une part, à des opérations de mesure répétées chez les mêmes malades en variant les détails et les conditions de l'expérience; d'autre part, à des expériences multipliées, à l'aide de flacons de capacité connue, dont l'un représentait la plèvre, ce qui permettait d'apprécier l'existence et l'étendue des erreurs commises; enfin, à quelques mensurations sur le lapin, vivant ou fraîchement tué.

Les causes d'erreur peuvent être divisées en deux groupes qu'il faut envisager séparément, les unes relevant des conditions physiques générales de l'expérience, les autres étant la conséquence des conditions toutes particulières que les mouvements respiratoires imposent à la plèvre.

A. Les causes d'erreur du premier groupe, c'est-à-dire relevant des conditions physiques générales de l'expérience, sont, les unes impossibles ou très difficiles à éviter, mais fort heureusement à peu près négligeables; les autres, beaucoup plus graves si on n'est pas prévenu, mais faciles à éviter quand on a appris à les connaître.

Les premières résultent des différences de température et de degré hygrométrique des gaz contenus dans la plèvre et de ceux que renferme le flacon employé comme mesure. On sait, en effet, que la loi de Mariotte n'est applicable qu'aux gaz permanents et non aux vapeurs, et, en outre, que la dilatation des gaz par la chaleur change leur pression quand l'expansion qui en résulte ne trouve pas à se satisfaire.

En fait, pour les approximations dont la clinique peut se contenter, ces deux influences sont négligeables. La quantité de vapeur d'eau est trop faible pour changer beaucoup les résultats; les différences de température ne sont que de 15° à 20° au maximum entre la plèvre (à 37° ou 40°) et l'air d'une chambre de malade; dès lors, elles ne jouent pas un rôle bien important, le coefficient de dilatation des gaz, entre 0° et 100°, étant sensiblement le même pour tous, soit de $^{1}/_{273}$e par degré.

Pour plus de sécurité, je me suis assuré directement, en me servant comme plèvre artificielle d'un flacon maintenu à 37° par immersion dans l'eau chaude, que cette cause d'erreur pouvait être négligée. J'ai même cherché à l'éviter en maintenant le flacon-mesure lui-même à 37°, mais sans obtenir ainsi de résultats encourageants; non seulement on complique beaucoup l'opération, mais encore on commet en fait plus d'erreurs qu'on n'en corrige, par suite de la difficulté d'obtenir une température et une pression constantes dans ces conditions.

Des erreurs plus graves peuvent provenir de l'insuffisance de précision des mesures manométriques, lorsque les écarts des pressions observées sont exprimés par des chiffres trop faibles, ou quand il existe une disproportion trop accusée entre le volume de la plèvre à mesurer et celui du flacon qui lui est comparé.

Les expériences avec les flacons, de même que le calcul appliqué aux divers chiffres possibles, démontrent également, en effet, que les conditions de la mensuration sont d'autant plus favorables et fournissent des résultats d'autant plus précis que la différence des pressions initiales de la plèvre et du flacon est exprimée par des chiffres plus élevés, et que les volumes des deux cavités sont plus rapprochés l'un de l'autre.

L'écart absolu des pressions n'importe pas en lui-même; il ne devient important que par le nombre des subdivisions mesurables dont il est susceptible, c'est-à-dire par le nombre des unités de mesure qu'il peut contenir. Quelle que soit, en effet, l'unité adoptée, outre les erreurs accidentelles, la lecture se fait toujours avec une approximation qui peut comporter une erreur en plus ou en moins d'une fraction de cette unité, erreur qui aura une influence très variable suivant les cas.

D'une part, une erreur de détermination commise sur la pression de l'ensemble produit un effet double de la même erreur commise sur la détermination de l'une ou l'autre des deux pressions initiales; d'autre part, l'effet d'une même erreur diminue à mesure qu'augmente le nombre des unités qui séparent les pressions initiales, et cela d'autant plus vite que l'erreur modifie à la fois le numérateur et le dénominateur dans la formule servant à calculer le volume cherché.

Si l'on suppose, par exemple, entre les deux pressions initiales, un écart de 60 unités (millimètres de mercure) et entre les deux cavités l'égalité de volume, la pression du mélange sera exactement la moyenne des deux autres; une erreur de détermination de 1 dans l'une ou l'autre des pressions extrêmes n'entraînera qu'une erreur insignifiante de 3.3 % dans le volume cherché; une erreur égale de lecture dans la pression du mélange causera une erreur à peu près double, soit seulement de 6.5 % (1).

Si l'écart des pressions initiales n'eût été que de 40 unités, cette même erreur de lecture dans la pression de l'ensemble eût entraîné une erreur de 10 % dans le calcul du volume; erreur qui serait montée à 14 % en cas d'écart initial de 30 unités, et à 22 %, en cas d'écart initial de 20 unités seulement.

La disproportion de volume entre le flacon et la plèvre joue le même rôle que l'abaissement des écarts initiaux; elle attribue aux effets des erreurs de lecture commises une valeur qui croît progressivement avec cette disproportion. En effet, la pression de l'ensemble se rapproche de plus en plus de l'une des pressions initiales, à mesure que s'accroît l'écart des volumes des deux cavités, et il résulte des calculs que les erreurs de détermination exercent une influence d'autant plus considérable que la pression résultante s'écarte davantage de la moyenne des pressions initiales.

En admettant le même écart initial de 60 unités, une erreur de détermination de 1 faite sur la pression de l'ensemble entraîne sur la valeur du volume cherché une erreur de 6.5 % environ, si la plèvre est égale au flacon; une erreur de 7.6, si elle est égale à la moitié, et une erreur de 10.4, si elle n'est égale qu'au quart du flacon (1).

Les différences sont encore plus accusées si les écarts initiaux s'abaissent. Avec une disproportion entre les deux cavités, telle que l'une ne soit que le quart de l'autre, les mêmes erreurs de lecture de la pression de l'ensemble entraîneraient des erreurs de 10 % pour l'écart initial de 60 unités, de 16 % pour 40 unités, de 33 % pour 20 unités; avec une disproportion encore plus accusée, les erreurs sont telles que la mensuration perd toute précision et devient sans valeur.

Il est facile de comprendre les conséquences qu'il y a lieu de tirer de ces données dans la pratique du procédé que je propose.

B. Les causes d'erreur du second groupe, c'est-à-dire celles qui tiennent aux conditions spéciales que les mouvements respiratoires imposent à la plèvre, sont elles-mêmes de deux ordres : les unes proviennent des variations de pression dues aux mouvements respiratoires, les autres des changements de volume de la plèvre sous l'influence des variations de pression des gaz que celle-ci contient.

Les premières sont représentées par les erreurs de lecture plus ou moins étendues que l'on peut commettre par suite des difficultés que l'on éprouve à fixer les chiffres des pressions, au milieu des irrégularités dont elles sont l'objet par le fait de la variabilité des mouvements et des efforts respiratoires. Il ne faut pas se hâter de lire et d'adopter les premiers chiffres observés; il faut, au contraire, laisser s'établir des respirations calmes, tranquilles, bien régulièrement rythmées. D'ailleurs, comme il s'agit de chiffres comparatifs, il suffit que les deux déterminations, sur la plèvre seule et sur la plèvre réunie au flacon, soient faites l'une et l'autre dans des conditions de rythme et d'intensité respiratoire bien comparables.

Les variations du volume de la plèvre au cours des opérations de mensuration constituent une cause d'erreur plus grave, plus difficile à éliminer et dont il est cependant indispensable de tenir compte. La formule sur laquelle repose toute la méthode suppose la fixité du volume de la plèvre dans les deux mensurations de pression successives; elle n'est exactement applicable que dans ce cas. En réalité, rien ne permet d'affirmer *a priori* qu'il en est rigoureusement ainsi; il est même certain que la plèvre présente des variations de volume; celles-ci sont de deux sortes :

Les unes ont lieu sous l'influence des mouvements respiratoires; elles déterminent les variations correspondantes de la pression; elles peuvent être négligées, la moyenne des deux

---

(1) Un exemple suffit à le démontrer : si l'on emploie un flacon de 1,000 c.c., si l'écart des pressions initiales est de 60, et si la plèvre a un volume de 1,000 c.c., la pression de l'ensemble devra être de 30, et l'application de la formule donnera

$$x = \frac{1,000\ (60 - 30)}{30} = 1,000.$$

Si l'on a fait une erreur de 1 sur l'une des pressions initiales, on aura

$$x = \frac{1,000\ (59 - 30)}{30} = 966$$

ou

$$x = \frac{1,000\ (61 - 30)}{30} = 1,033$$

c'est-à-dire qu'on commettra dans un cas une erreur de 3.4 et dans l'autre une erreur de 3.3 % dans l'appréciation du volume réel cherché.

Si la même erreur a été commise sur la lecture de la pression moyenne, les formules deviendront

$$x = \frac{1,000\ (60 - 29)}{29} = 1,068$$

ou

$$x = \frac{1,000\ (60 - 31)}{31} = 935$$

l'erreur serait alors de 6.8 % dans un cas et de 6.5 dans l'autre, soit le double des cas précédents.

Les autres pourcentages indiqués dans le texte s'établissent et se justifient de la même manière.

(1) Un exemple, ici encore, suffit à le démontrer : si on emploie un écart initial de 60 unités, avec un flacon de 1,000 c.c., et qu'on ait affaire dans un cas à une plèvre de 500 c.c. et dans un autre à une plèvre de 250 c.c. (au lieu de la plèvre de 1,000 c.c. de l'exemple cité dans la note précédente), la pression de l'ensemble sera respectivement de 40 dans le premier cas et de 48 dans le second.

S'il se produit une erreur de lecture dans cette pression, les résultats seront :

1° Dans le cas de la plèvre de 500 c c.

$$x = \frac{1,000\ (60 - 39)}{39} = 538 \text{ (erreur de 7.6 \%)}$$

ou

$$x = \frac{1,000\ (60 - 41)}{41} = 463 \text{ (erreur de 7.4 \%)}$$

2° Dans le cas de la plèvre de 250 c.c.

$$x = \frac{1,000\ (60 - 49)}{49} = 224 \text{ (erreur de 10.4 \%)}$$

ou

$$x = \frac{1,000\ (60 - 47)}{47} = 276 \text{ (erreur de 10.4 \%)}$$

pressions extrêmes, inspiratoire et expiratoire, correspondant au volume moyen, dont la connaissance suffit au but poursuivi.

Les autres, plus difficiles à apprécier, peuvent résulter des différences de pression des gaz que la plèvre contient; on peut penser que l'expansion pulmonaire varie avec la pression des gaz intrapleuraux, et que par suite la cavité pleurale doit en quelque mesure augmenter ou diminuer en raison inverse de cette pression. Or, la méthode de mensuration de la cavité par la mesure des pressions exigeant précisément des différences de pression intrapleurale aux deux phases de l'exploration, on doit penser que la plèvre peut ne pas présenter le même volume à ces deux phases.

En fait, les différences de ce volume aux deux phases, dans les limites des pressions employées, sont assez faibles pour ne pas influencer gravement les résultats, au moins dans les cas de pneumothorax partiel, limité par des adhérences, tels que ceux qui résultent de la réparation partielle du pneumothorax total bientôt après la pleurotomie.

Il est d'ailleurs possible, dans tous les cas, de corriger cette cause d'erreur; le calcul démontre qu'il suffit, pour cela, de faire deux opérations successives complémentaires : dans l'une, on établira dans le flacon une pression supérieure à celle de la plèvre, dans l'autre une pression inférieure; les erreurs se produisant en sens inverse dans les deux opérations, la moyenne de leurs résultats donnera avec une approximation suffisante le volume cherché (1).

Si le volume calculé est à peu près égal dans les deux cas, on en conclura que la plèvre ne subit pas de changement notable de volume, ce qui paraît être la règle dans les pneumothorax partiels un peu anciens. Si le volume calculé est très différent dans les deux explorations, on en déduira, au contraire, que la plèvre subit de grandes variations de volume au cours de chaque exploration; dans ce cas, les résultats devront être considérés comme moins sûrs et plus approximatifs que dans le cas contraire.

IV

En tenant compte des données théoriques et expérimentales qui précèdent, après un assez grand nombre d'essais et de tâtonnements, je suis arrivé à régler de la façon suivante la manière de procéder aux mensurations, en prenant pour type le cas de pneumothorax externe, partiel, consécutif à une pleurotomie, le seul d'ailleurs où j'aie employé cette méthode jusqu'à présent :

Le drain placé dans la plèvre (il doit être en caoutchouc un peu gros, à parois épaisses, et entrer à frottement) est relié par le raccord en Y d'une part au flacon et de l'autre au manomètre (Se reporter à la figure). On isole la plèvre en fermant le tube p par une pince. On établit dans le flacon, par la pompe de Potain, une pression *négative* de 60 millimètres de mercure environ; on note exactement la valeur de cette pression, et on s'assure qu'elle se maintient sans fuites. On isole le flacon en fermant le robinet d'accès au tube f; on détache ce tube et on enlève la pince p, pour ramener la pression à 0 dans le manomètre et dans la plèvre. Cela fait, on raccorde le tube au flacon, on s'assure que les oscillations respiratoires se font bien autour de 0 et à peu près également dans chaque sens; on établit alors la communication de l'ensemble, et on termine l'opération en relevant sur le manomètre la pression terminale, celle-ci s'obtenant en prenant la moyenne des pressions inspiratoire et expiratoire des respirations calmes.

Dans cette expérience, la pression initiale de la plèvre étant égale à 0, on calcule simplement le volume de la plèvre en *multipliant le volume du flacon par la différence entre les deux pressions relevées, et en divisant le produit par la pression du mélange.*

On fait ensuite une seconde opération complémentaire identique, avec cette seule différence que l'on établit dans le flacon une pression *positive*, de chiffre à peu près égal à celui de la pression négative de la première.

La moyenne des deux résultats donne le volume cherché, en se rappelant, toutefois, que ce volume est celui de la plèvre plus les tubes de caoutchouc; il suffit de retrancher la capacité de ces derniers pour obtenir le volume réel.

Bien entendu, il faut observer au cours de l'expérience les diverses précautions précédemment indiquées; de plus, il faut s'assurer qu'il ne s'est pas produit de fuite par la plaie intercostale; en écoutant attentivement, au moment de la mise en communication du flacon avec la plèvre, on perçoit un sifflement au niveau de la plaie quand elle n'est pas étanche; dans ce cas, naturellement, il y a lieu de recommencer toute l'opération. J'ai pu constater que l'étanchéité est plus certaine et plus facile à obtenir pour une pression intrapleurale négative que pour une pression positive.

Un flacon de 1 litre peut suffire à tous les besoins et simplifie tous les calculs; il sera nécessaire cependant de le remplacer par un flacon plus petit quand on aura affaire à des cavités déjà très rétrécies.

Il est toujours utile de connaître exactement la capacité des tubes employés et d'en tenir compte dans les calculs; cependant, quand ils sont réduits à la longueur minima indispensable, et quand flacon et plèvre leur sont très supérieurs en volume, ils peuvent être négligés sans inconvénient sérieux.

Toutes les variétés de manomètres peuvent être utilisées; je préfère ceux à mercure pour leur commodité et la facilité de leur lecture, mais ceux à eau ont l'avantage d'élever les chiffres qui expriment les écarts, et on devra y avoir recours quand on voudra utiliser des écarts absolus, entre la plèvre et le flacon, inférieurs à 50 ou 60 millimètres de mercure. J'ai déjà dit qu'un simple tube de verre plongé dans l'eau suffit au besoin, pourvu qu'il soit assez long et le récipient d'eau assez profond.

Les détails de l'opération peuvent d'ailleurs être variés de bien des manières, dont chacune pourra convenir à certains cas particuliers ou à certaines formes de pneumothorax. On peut établir une pression artificielle dans la plèvre, par le tube f détaché du flacon et adapté à une seringue, et raccorder la plèvre à un flacon laissé à 0. On peut aussi établir dans la plèvre et dans le flacon successivement une pression artificielle de sens contraire; et c'est ainsi qu'il faudra procéder quand on voudra accentuer les différences de pression extrêmes. On peut même se passer de flacon, et se contenter d'une seringue graduée, bien étanche, dont la manœuvre produit à la fois les différences de pression et les variations de volume de l'ensemble; l'opération est alors plus rapide, mais d'une conduite plus délicate.

En utilisant le manomètre pour mesurer successivement les pressions artificielles initiales de la plèvre et du flacon, on n'oubliera pas que les tubes doivent, suivant les détails et l'ordre de la manœuvre, tantôt être comptés avec le flacon, tantôt avec la plèvre et être alors retranchés du volume trouvé; un instant de réflexion suffit pour s'en rendre compte; en fait, *ils doivent être comptés avec la cavité dont la pression a été déterminée immédiatement avant celle de l'ensemble*, c'est-à-dire immédiatement avant la mise en communication de la plèvre et du flacon. Il est toujours préférable d'ordonner l'expérience de façon que les tubes comptent avec la plèvre plutôt qu'avec le flacon; on réduit ainsi au minimum l'effet des erreurs que l'on a pu commettre dans la mensuration de leur capacité.

Dans les cas de pneumothorax interne, une canule remplacera le drain; mais on procédera avec prudence, en ne dépassant pas des pressions de 8 à 10 centimètres d'eau dans chaque sens. L'existence d'une fistule pleuropulmonaire se révélera par l'impossibilité d'obtenir une pression négative persistante, tant dans la plèvre isolée que dans l'ensemble de la plèvre et du flacon.

V

Il faudra sans doute attendre que la méthode ait été appliquée à un plus grand nombre de cas pour bien juger de la valeur des services qu'elle peut rendre en clinique; elle renseigne sur les variations persistantes du volume de la cavité pleurale, mais elle donne aussi des indications sur l'état du poumon, par l'étude de la manière dont le volume de la cavité est influencé par des pressions différentes, soit temporaires, au cours des mensurations, soit rendues permanentes par l'application d'un siphon de Revilliod.

Rien n'est plus instructif et plus capable de convaincre que de suivre comparativement, presque de jour en jour, comme je l'ai fait récemment, l'évolution de deux pneumothorax externes de nature différente : l'un, consécutif

---

(1) Si l'on suppose, en effet, que le volume de la plèvre est différent aux deux phases de la mensuration, les formules doivent être modifiées. Désignons par x le volume de la plèvre lors de la première mensuration de pression, et par x' son volume lors de la seconde mensuration, après sa réunion au flacon; les formules deviennent :

$$1° \quad \frac{x}{F + x'} = \frac{a}{p}, \quad \text{d'où} \quad a = \frac{px}{F + x'}$$

$$2° \quad \frac{F}{F + x'} = \frac{b}{p'}, \quad \text{d'où} \quad b = \frac{p'F}{F + x'}$$

$$3° \quad P = a + b = \frac{px + p'F}{F + x'}$$

D'où

$$4° \quad Px' - px = F\,(p' - P)$$

L'équation à laquelle on arrive contenant deux inconnues ne pourrait être résolue que si elle était complétée par une équation de plus, indiquant les rapports de grandeur de x et de x', qui sont précisément inconnus; toutefois, la discussion des diverses hypothèses qui peuvent régler ces rapports permet d'arriver indirectement à une solution satisfaisante.

Envisageons, en effet, successivement les deux hypothèses possibles : $x < x'$ et $x > x'$.

Dans la première, Px sera $< Px'$ et $px < px'$. Dès lors si l'on remplace dans 4° l'une de ces valeurs par l'autre, on obtiendra les données suivantes :

$$Px - px < F\,(p' - P)$$

D'où

$$x < \frac{F\,(p' - P)}{P - p}$$

De même, dans cette hypothèse,

$$Px' - px' < F\,(p' - P)$$

D'où

$$x' < \frac{F\,(p' - P)}{P - p}.$$

Il résulte de ces données que, dans cette première hypothèse, la formule qui sert au calcul du volume fournit une valeur plus grande que le volume réel, pour les deux valeurs initiale et terminale de la plèvre.

Dans la seconde hypothèse, c'est-à-dire $x > x'$, les formules deviennent,

$$Px - px > F\,(p' - P),$$

D'où

$$x > \frac{F\,(p' - P)}{P - p}$$

De même

$$Px' - px' > F\,(p' - P)$$

$$x' > \frac{F\,(p' - P)}{P - p}.$$

Il en résulte que, dans cette seconde hypothèse, la formule fournira une valeur plus petite que la valeur réelle aux deux phases de l'expérience.

Dès lors, la valeur vraie étant plus grande que la valeur obtenue dans l'une des expériences et plus petite que celle qu'on trouve dans l'autre, il devient facile de circonscrire l'erreur résultant de la variabilité du volume de la plèvre aux deux phases de chaque expérience : il suffit, pour cela, de faire deux mensurations successives répondant respectivement à l'une des deux hypothèses $x < x'$ et $x > x'$.

Or, si l'on admet que le volume de la plèvre est modifié par la pression des gaz qu'elle contient, il ne peut l'être que dans le sens de l'augmentation de volume en rapport avec l'augmentation de pression, et réciproquement. Par suite, x sera $< x'$ toutes les fois que la pression du flacon (p') sera supérieure à celle de la plèvre (p), puisque, dans ce cas, il en sera de même de la pression du mélange, qui, elle, est toujours, par le fait même des conditions de l'expérience, intermédiaire aux deux autres. Par contre, et pour des motifs inverses, x sera $> x'$ toutes les fois que la pression du flacon sera inférieure à celle de la plèvre.

à une vieille pleurésie tuberculeuse devenue purulente et pleurotomisée depuis trois mois, restait immuable au voisinage de 500 c.c.; l'autre, consécutif à une pleurésie purulente aiguë métapneumonique, mesuré tous les deux ou trois jours, diminuait de 150 à 200 c.c. à chaque mensuration nouvelle.

Assurément, le procédé que je propose est exposé à diverses causes d'erreurs et exige quelques à peu près; les résultats qu'il fournit ne peuvent pas être considérés comme rigoureusement exacts dans tous les cas; toutefois, en observant avec soin les précautions indiquées, il fournit des résultats d'une approximation très suffisante pour les besoins de la clinique.

Dr L. Bard,
Professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Genève.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 octobre 1901.

Sur la palatoplastie en deux temps.

M. Ehrmann (de Mulhouse). — Dans les divisions étendues du voile du palais, et surtout quand les tissus sont minces comme chez les jeunes enfants, il arrive souvent qu'à la suite de la palatoplastie ordinaire des points nécrotiques se développent autour des sutures et font échouer la réunion en totalité ou en partie. La palatoplastie en deux temps assure beaucoup mieux la réunion d'emblée: elle consiste à décoller les tissus dans une première séance pour ne les réunir par la suture qu'au bout de cinq à sept jours, quand les lambeaux, vascularisés par la fluxion collatérale, se trouvent dans des conditions de vitalité qui assurent une cicatrisation correcte.

Ce procédé, imaginé par J. Wolf, a été appliqué par moi chez 41 sujets d'âges divers, dont 8 de moins de deux ans, 17 de deux à cinq ans, 10 de six à douze ans et 6 de quatorze à trente-sept ans.

J'ai obtenu 27 guérisons d'emblée; il y a eu 13 insuccès partiels qui ont été réparés par des opérations complémentaires et 1 insuccès complet.

Ces résultats sont notablement supérieurs à ceux que m'ont donnés 85 opérations par le procédé habituel en un temps, surtout en ce qui concerne les deux catégories de sujets les moins âgés. Pour les opérés de six à douze ans et pour les adultes, les différences, quoique restant à l'avantage de l'opération en deux temps, sont moins importantes.

La substitution à l'opération unique de l'intervention à deux temps atténue dans de notables proportions l'hémorrhagie et le shock. Les malades souffrent bien moins, car, dès le lendemain, les lambeaux se sont rétractés vers leur place primitive et les incisions latérales se sont agglutinées; en outre, la tuméfaction qui envahit les tissus ne gêne pas la déglutition, de sorte que les patients sont déjà remontés quand arrive le moment de faire la suture. Celle-ci étant pratiquée au déclin de la période fluxionnaire, on peut serrer les fils sans craindre de les voir ulcérer les tissus. Enfin, la cicatrisation rapide des incisions latérales met le malade à l'abri des infections et des longues suppurations, dont les conséquences sur le développement ultérieur des maxillaires sont si fâcheuses.

Ces avantages sont assez importants pour que je me croie autorisé à considérer la palatoplastie en deux temps comme l'opération de choix pour les enfants âgés de moins de six ans.

Au-dessus de cet âge, cette intervention me semble également indiquée chez les sujets de complexion délicate, à muqueuse palatine mince, à voile mal étoffé; puis, d'une manière générale, dans les très grandes divisions dont les parois ne fournissent que tout juste les matériaux du double pont obturateur.

Quant à la limite d'âge inférieure de cette opération, j'estime qu'elle doit être fixée aux environs de la deuxième année.

Traitement expérimental du tétanos par la méthode de Baccelli.

M. Josias. — J'ai expérimenté sur des chèvres le traitement qui a été préconisé par Baccelli contre le tétanos; la toxine tétanique dont je me suis servi était mortelle pour la chèvre à la dose de 0 gr. 12 centigr. par kilogramme. Trois de ces animaux ayant reçu un peu plus de 3 c.c. de cette toxine, je leur ai fait, dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie, une ou plusieurs injections sous-cutanées de 2 c.c. d'une solution d'acide phénique à 2 %; tous sont morts, de même qu'un témoin, au bout de quatre ou cinq jours, après avoir présenté les accidents habituels du tétanos : trismus, raideur des membres, secousses convulsives, etc.

Cette série d'expériences prouve que l'acide phénique n'a aucune influence favorable sur l'évolution et l'issue du tétanos; les chèvres qui ont reçu les plus fortes doses d'acide phénique (0 gr. 24 centigr. et 0 gr. 12 centigr. par jour) sont mortes plusieurs heures avant le témoin, qui paraissait beaucoup plus malade qu'elles au moment où le traitement a été commencé. C'est la chèvre ayant reçu les plus faibles doses d'acide phénique (0 gr. 06 centigr. par jour) qui a résisté le plus longtemps.

Bien que la chèvre supporte impunément, pendant plusieurs semaines, des doses quotidiennes de 0 gr. 40 à 0 gr. 50 centigr. d'acide phénique pur (Nocard), on pourrait supposer que de meilleurs résultats auraient été obtenus avec de plus faibles doses d'acide phénique; c'est ce que j'ai essayé dans une seconde série d'expériences, sans plus de succès d'ailleurs.

Je me crois donc autorisé à dire que le traitement de Baccelli ne semble pas influencer favorablement l'évolution du tétanos déclaré, même quand ce traitement est institué dès l'apparition des premiers symptômes.

Sur un cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique.

M. Vallin communique, au nom de M. Brault (d'Alger), une observation de fièvre bilieuse hémoglobinurique chez un sujet n'ayant jamais quitté l'Algérie.

Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est, d'une part, que le malade n'avait pris qu'un seul gramme de sulfate de quinine les jours qui ont précédé l'attaque et que, contrairement aux assertions de M. R. Koch, l'emploi modéré de la quinine paraît avoir contribué à la guérison.

D'autre part, M. Brault a trouvé dans le sang de cet homme des corps sphériques de l'hématozoaire de Laveran, en même temps qu'une lymphocytose manifeste avec de grands mononucléaires à noyau en fer à cheval contenant du pigment; ces diverses constatations plaident en faveur de la nature paludéenne de cette fièvre hémoglobinurique.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 octobre 1901.

Recherches expérimentales sur l'excitabilité de la moelle épinière.

M. A.-N. Vitzou. — On admet généralement que la substance grise de la moelle est inexcitable. Des recherches que j'ai entreprises à ce sujet m'ont montré que cette opinion est erronée et que, tout comme le revêtement gris des circonvolutions, l'axe gris de la moelle réagit aux excitants.

Si l'on met à découvert, chez une oie, le sinus rhomboïdal (on sait qu'en ce point, chez les oiseaux, les cordons blancs s'écartent, circonscrivant un espace quadrangulaire au fond duquel la substance grise est à nu), l'excitation mécanique ou électrique de cette région produit des contractions dans le train postérieur. De même, chez le cheval, si l'on sectionne la moelle lombaire, on s'aperçoit que la substance grise réagit, et qu'elle réagit autrement, et plus vivement, que les cordons antéro-latéraux, car son excitation par des courants électriques, même peu intenses, produit des mouvements tétaniques. Par contre, les excitants mécaniques se montrent ici inefficaces, en raison de l'hémorrhagie provoquée par l'opération.

Influence de la spermotoxine sur la reproduction.

Mlle C. de Leslie. — Une souris blanche mâle ayant reçu en injection du sérum spermotoxique fourni par le cobaye perd, pour un laps de temps de seize à vingt jours, toute aptitude à la reproduction, et cela bien que la sécrétion du sperme, ainsi que la copulation, se fassent normalement. On peut prolonger pour une seconde période de seize à vingt jours la durée de cette stérilité, en pratiquant une nouvelle injection avant que l'effet de la première ait pris fin. Des animaux témoins, injectés avec du sérum spermotoxique privé de son alexine (sensibilisateur), ou avec du sérum alexique (sérum frais d'un animal neuf), restent au contraire aptes à la reproduction.

D'autre part, si l'on injecte à un cobaye le sperme des animaux ainsi rendus stériles, on ne détermine pas, bien que ce sperme contienne des spermatozoïdes vivants, la formation de substances spermotoxiques dans le sérum de ce cobaye.

L'interprétation la plus rationnelle de ces faits est que la substance toxique agit en modifiant les relations d'osmose du spermatozoïde avec le milieu ambiant, supprimant ainsi et la chimiotaxie positive de cet élément à l'égard de l'ovule, et sa capacité d'inciter le leucocyte étranger à déverser dans le sang les principes qu'il contient.

Contribution expérimentale à l'étude des signes physiques de l'intelligence.

M. N. Vaschide et **Mlle M. Pelletier** adressent une note dans laquelle ils relatent une série de recherches qu'ils ont faites sur plus de 300 enfants des deux sexes fréquentant les écoles primaires du département de la Seine, recherches démontrant que, d'une façon générale, la hauteur auriculo-bregmatique est plus considérable chez les sujets intelligents; il en est de même du demi-produit des trois diamètres crâniens (indice cubique).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 octobre 1901.

Accidents épileptiformes consécutifs à une trépanation pour fracture du crâne et ayant disparu après une nouvelle opération.

M. Rochard. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été adressée par M. Frogé (de Saint-Brieuc). Notre confrère, ayant été appelé à donner ses soins à un homme de trente-cinq ans, atteint d'une plaie ouverte du crâne avec hémiplégie gauche, fit une trépanation qui lui permit d'enlever quelques esquilles détachées de la table interne et de nettoyer le foyer traumatique. L'hémiplégie disparut complètement à la suite de cette intervention, mais, au bout de quelques mois, survinrent des accidents épileptiformes qui se répétèrent au point que le malade n'hésita pas à réclamer une nouvelle opération. M. Frogé pratiqua alors une deuxième trépanation, deux ans après la première, pensant trouver une esquille abandonnée dans la substance cérébrale; le résultat de son exploration fut absolument négatif, et cependant la guérison fut obtenue : les accidents épileptiformes n'ont jamais reparu. Il s'agissait peut-être dans ce cas d'une psychose post-opératoire consécutive à la première trépanation.

M. Broca. — Il se peut aussi que les accidents épileptiformes aient été déterminés par une cicatrice vicieuse.

M. Reclus. — J'ai observé plusieurs faits analogues à celui de M. Frogé, et où l'épilepsie a disparu sans que la trépanation ait permis de constater une lésion qu'on pût considérer comme la cause des troubles convulsifs.

M. Tuffier. — Je pense que la première opération a pu, chez le malade de M. Frogé, être épileptogène, en créant une cause d'irritation cérébrale que la deuxième intervention a fait disparaître.

Pseudo-néoplasmes inflammatoires du corps thyroïde.

M. Ricard. — Différentes opinions ont été émises par nos collègues, au cours de la discus-

sion qui a suivi ma communication sur certaines tumeurs thyroïdiennes pseudo-cancéreuses : les uns considèrent ces tumeurs comme devant être rangées parmi les affections de nature purement inflammatoire, d'autres, avec M. Poncet, affirment qu'elles constituent véritablement des néoplasmes carcinomateux, bien que les constatations histologiques soient en désaccord absolu avec cette opinion (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 220, 237, 245 et 253). Pour ma part, je me rallie plus volontiers à l'hypothèse qui fait de ces tumeurs thyroïdiennes des productions inflammatoires.

Au point de vue thérapeutique, les reproches qu'on a adressés à l'intervention ne me paraissent pas justifiés : celle ci est légitimée, s'il s'agit de tumeurs malignes, par les résultats obtenus; elle n'est pas moins indiquée si l'on considère ces tumeurs comme bénignes, étant donnés les troubles qu'elles provoquent par leur siège.

M. Berger. — Je crois cependant que, en présence d'une tumeur thyroïdienne de nature indéterminée, il n'y a pas lieu de procéder trop hâtivement à l'ablation. Dans le cas que je vous ai rapporté au cours de la discussion (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 245), j'ai pu me dispenser d'intervenir, et j'espère que l'amélioration persistera, ce qui évitera au malade une opération en réalité assez grave.

Incrustation calcaire de l'urèthre consécutive à des injections d'eau de chaux.

M. Bazy. — Je dois vous faire un rapport sur une observation qui nous a été envoyée par M. Dupraz (de Genève). Il s'agit d'un cas curieux d'incrustation calcaire du canal uréthral, consécutivement à des injections répétées d'eau de chaux que le malade avait eu l'idée de se faire pour combattre une blennorrhagie. Notre confrère a pu faire disparaître ces calculs uréthraux en pratiquant des lavages à l'aide d'une solution d'acide chlorhydrique à 1 ‰.

Je me souviens d'un cas analogue que j'ai observé autrefois dans le service de M. Guyon, chez un prostatique auquel son médecin avait conseillé des injections de sous-nitrate de bismuth pour calmer les douleurs dont il se plaignait.

Recherche d'un projectile dans un cas de plaie pénétrante du thorax

M. Loison (médecin militaire). — Chez un homme qui présentait dans la région claviculaire une cicatrice consécutive à un coup de feu, j'ai pu constater, par la radiographie, que le projectile était logé à peu près au niveau de la deuxième côte ou du deuxième espace intercostal, en avant, à 3 centimètres environ de profondeur. Malgré cette indication, l'intervention pratiquée par M. Mignon resta sans résultat, le projectile n'ayant pu être trouvé. On eut alors recours à M. Contremoulin qui, par sa méthode, confirma, en le précisant, mon diagnostic radiographique, et ce matin M. Mignon a pu retirer la balle, située superficiellement dans le poumon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 octobre 1901.

Sur un cas de pneumothorax avec vomique survenu au cours d'une thoracentèse.

M. Roy communique, au nom de M. Variot et au sien, l'observation d'une fillette de onze ans qui dut subir la thoracentèse pour un épanchement pleural ancien, ne manifestant aucune tendance à la résorption. Au cours de cette thoracentèse, et après évacuation de 120 grammes environ d'un liquide séreux, la petite malade fut prise de quintes de toux qui se continuèrent une partie de la journée et s'accompagnèrent du rejet brusque, par la bouche, d'un liquide spumeux, rosé, exactement semblable à celui qu'avait fourni la ponction. L'examen de la poitrine permit en même temps de constater l'existence d'une sonorité exagérée et d'un souffle amphorique au lieu et place des signes de l'épanchement; à aucun moment on ne perçut la succussion hippocratique. La formation d'un pneumothorax avec vomique pulmonaire avait donc été la conséquence de l'évacuation du liquide contenu dans la plèvre.

Pas une goutte de sang ne s'étant écoulée par le trocart au cours de cette évacuation, on peut affirmer que le poumon n'a pas été lésé par l'aiguille du trocart; aussi ne peut-on guère expliquer la production de ce pneumothorax que par une déchirure spontanée du poumon, au niveau d'une ancienne lésion ou de brides pleurales, l'aspiration ayant simplement joué le rôle de cause favorisante. Quoi qu'il en soit, la petite malade, après avoir présenté pendant quelques jours des phénomènes assez alarmants (crises dyspnéiques avec accès de suffocation, cyanose de la face, hyperthermie, etc.) a fini par se rétablir complètement; elle n'offre plus actuellement aucun signe d'une affection pleuro-pulmonaire.

M. Galliard. — Je crois également que le pneumothorax qui survient au cours de la thoracentèse doit être attribué, presque toujours, à la rupture d'anciennes adhérences pleurales. L'explication admise par M. Roy me semble donc très plausible; toutefois, en ce qui concerne l'origine du liquide expectoré à diverses reprises par sa malade, je suis d'avis qu'il faut être un peu plus réservé; peut-être s'agissait-il là simplement d'une banale expectoration albumineuse, telle qu'on en observe si souvent à la suite de la thoracentèse : ce qui tendrait à le faire croire, c'est que ce liquide était rosé et que l'examen de la poitrine n'a jamais permis de constater la succussion hippocratique.

M. Variot. — Ce qui nous a semblé, à M. Roy et à moi, plaider en faveur d'une vomique, c'est que le rejet du liquide par la bouche a eu lieu d'une façon brusque, en masse. Ce rejet n'avait pas du tout le caractère d'une expectoration. Cependant, l'analyse chimique de ce liquide n'ayant pas été pratiquée, il est permis de conserver quelques doutes sur sa nature et sur son origine.

M. Rendu. — Chez un malade qui avait également un épanchement pleural torpide, sans tendance à la résorption, pour lequel je pratiquai une thoracentèse il y a sept ou huit mois, je ne fus pas peu surpris de voir se produire, presque immédiatement après, un pneumothorax. J'eus l'explication du fait en apprenant que cet homme avait déjà eu autrefois une première atteinte de pneumothorax : la petite déchirure, probablement mal cicatrisée, du poumon, s'était rompue à la suite de la décompression provoquée par l'évacuation du liquide contenu dans la plèvre; d'où l'indication de respecter les épanchements dans les cas où il y a lieu de soupçonner l'existence de vieilles lésions pulmonaires. Si je rapporte ce fait, c'est parce que celui de MM. Variot et Roy est peut-être susceptible de la même interprétation. Rien n'empêche d'admettre, en effet, que leur petite malade, sur laquelle ils ne possèdent que peu de renseignements et dont l'épanchement datait déjà de deux à trois mois lorsqu'ils sont intervenus, ait eu antérieurement un premier pneumothorax.

Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans la méningite chronique alcoolique.

M. Dufour. — J'ai eu l'occasion d'examiner récemment, au point de vue cytologique, le liquide céphalo rachidien d'une alcoolique ayant succombé à une méningite chronique; ce liquide contenait des lymphocytes en très grande abondance. D'autre part, l'examen histologique des centres nerveux ne m'ayant permis de constater aucune des lésions caractéristiques, soit de la paralysie générale, soit de la syphilis, j'estime que la méningite était d'origine alcoolique. Il résulte de ce fait que la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ne peut pas être considérée comme un signe d'une valeur absolue pour le diagnostic du tabes ou de la paralysie générale, puisqu'elle peut s'observer également au cours de la méningite chronique d'origine alcoolique.

M. Widal. — Je crois devoir rappeler que la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien témoigne seulement de l'existence d'une irritation des méninges et que, par elle-même, elle ne peut fournir aucune indication sur la nature de ce processus irritatif.

Dyssymétrie thermique au cours de la paralysie générale.

M. Souques dépose, au nom de MM. Vaschide et Meunier, une note dans laquelle ces auteurs disent avoir étudié la température périphérique, prise simultanément des deux côtés du corps, chez 9 femmes atteintes de paralysie générale, maintenues au lit et indemnes — pendant le temps qu'ont duré ces recherches — de toute espèce d'ictus apoplectiforme ou épileptiforme. Ils ont toujours constaté une différence de température dans les points symétriques du corps. Cette dyssymétrie thermique, qui n'avait pas encore été signalée, semble indiquer que les troubles vasomoteurs ont une importance plus grande qu'on ne l'admet généralement chez les paralytiques généraux, et qu'ils sont à peu près permanents chez ces malades.

Cytologie du liquide d'une arthropathie tabétique.

M. Dufour. — L'examen cytologique du liquide contenu dans le genou d'un tabétique atteint d'arthropathie m'a permis d'y constater, après centrifugation, la présence d'un nombre considérable d'hématies, bien que ce liquide fût séreux. Rapproché de cette autre constatation que les arthropathies tabétiques se produisent brusquement, ce fait me semble prouver que le liquide qui accompagne ces déformations articulaires est toujours constitué, au début du moins, par une quantité notable de sang.

M. Galliard relate l'observation d'une femme de cinquante-huit ans, atteinte d'une pleurésie purulente métapneumonique, qui a guéri à la suite d'une seule ponction évacuatrice. L'examen bactériologique du contenu de la plèvre y a démontré la présence de pneumocoques et de streptocoques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 5 et 12 octobre 1901.

Le cytodiagnostic des urines albumineuses ou hématiques.

M. Milian. — L'examen cytologique d'un certain nombre d'urines albuminuriques ou hématuriques nous a permis de faire quelques constatations intéressantes :

Dans un cas d'hématurie par tuberculose rénale d'origine sanguine, l'hémorragie s'accompagnait d'une élimination marquée de mononucléaires et de lymphocytes, alors que les polynucléaires étaient l'exception; il y avait, en outre, quelques cylindres pigmentés. Au contraire, chez un individu atteint d'épithélioma du rein, on ne trouvait ni éléments figurés, ni cylindres; il n'y avait, en plus des hématies, que les cellules épithéliales plates desquamées qu'on observe dans toutes les urines, surtout dans celles des femmes. Dans un cas d'hématurie par néphrite aiguë, l'urine renfermait un grand nombre de polynucléaires.

Dans l'albuminurie cardiaque ou albuminurie par stase on ne constate, dans les cas aseptiques, d'autres éléments cellulaires que des hématies. La sclérose rénale ne donne aucun élément figuré pendant les périodes analbuminuriques. Un homme atteint, depuis un mois, d'une néphrite subaiguë dont la cause nous a échappé présentait, dans son urine, une quantité assez considérable de leucocytes : polynucléaires et mononucléaires en nombre égal, avec une proportion relativement élevée d'éosinophiles.

Les albuminuries fébriles se comportent de deux façons différentes : les unes s'accompagnent d'éléments cellulaires migrateurs, les autres en sont dépourvus. Parmi les premières (avec leucocytes), il faut signaler les albuminuries du rhumatisme articulaire aigu et de la diphtérie; dans l'albuminurie rhumatismale, nous avons trouvé de nombreux polynucléaires. Parmi les secondes (sans leucocytes), il convient de citer les albuminuries de la dothiénentérie et de la pneumonie. Cette distinction indique nettement que, au cours des différentes infections, et sans doute aussi de la même infection, le mécanisme pathogénique de l'albuminurie n'est pas constant. L'albuminurie typhique et l'albuminurie pneumonique sont peut-être des albuminuries par stase, la première grâce à l'hypotension artérielle, la seconde par l'intermédiaire de la stase veineuse.

Notons enfin que, dans les urines des femmes, surtout chez les tuberculeuses, on trouve souvent dans le culot de centrifugation le *trichomonas vaginalis* en assez grande abondance,

ce qui pourrait peut-être servir à différencier, au point de vue médico-légal, une urine d'homme d'avec une urine de femme.

Sur une épilepsie réflexe provoquée par la miction et la défécation.

M. Féré. — J'ai observé un homme de soixante-deux ans qui, au mois de janvier dernier, perdit tout à coup connaissance, resta une demi-heure dans le stertor, puis revint graduellement à lui, mais avec une hémiplégie complète du côté gauche. Au bout de quelques jours les mouvements volontaires se rétablirent en partie dans les membres paralysés; toutefois, le malade conserva une irritabilité réflexe exagérée, laquelle s'accrut encore, au mois de mai, au cours d'une atteinte d'influenza : les mouvements réflexes du bras et de la jambe devinrent spasmodiques et gagnèrent le côté opposé du corps et de la face en s'accompagnant de perte de connaissance; mais ces attaques d'épilepsie ne se produisaient jamais qu'à l'occasion de la miction ou de la défécation.

Le traitement par le bromure de potassium, qui avait été institué, n'a peut-être été pour rien dans la disparition des attaques, puisque celles-ci s'étaient produites à propos d'une infection passagère; en tout cas, il a atténué considérablement les phénomènes réflexes préexistants.

Septicémie expérimentale par le coccobacille de Pfeiffer.

M. Slatineano. — Pour rendre virulent le coccobacille de Pfeiffer, nous avons utilisé la propriété que possède l'acide lactique d'éloigner les leucocytes et d'empêcher la phagocytose. On injecte dans le péritoine d'un cobaye 4 gouttes d'acide lactique diluées dans 2 c.c. d'eau distillée stérilisée; une demi-heure après, on injecte une culture pure de bacille de Pfeiffer. Au bout de dix heures, l'animal meurt dans l'hypothermie, par péritonite à exsudat hémorrhagique. Le sang du cœur, ensemencé sur gélose, donne une culture pure de coccobacille de Pfeiffer.

En faisant des passages en série dans lesquels on emploie des doses progressivement décroissantes d'acide lactique, on arrive à tuer l'animal par le microbe seul, sans injection préalable d'acide lactique.

Détermination des doses minima d'émétine mortelles pour certains vertébrés.

M. Maurel. — Il résulte de mes expériences que la dose minima mortelle de chlorhydrate d'émétine administré en injection hypodermique (sous forme d'une solution de 5 à 10 %) est de 0 gr. 15 centigr. par kilogramme pour le congre, le pigeon et le lapin, et de 0 gr. 25 centigr. pour la grenouille.

J'ai constaté, d'autre part, que, pour le lapin, la dose minima mortelle est sensiblement la même qu'on opère par la voie gastrique ou par la voie sous-cutanée, tandis qu'elle est cinq fois moindre lorsqu'on utilise la voie intraveineuse (0 gr. 03 centigr. au lieu de 0 gr. 15 centigr. par kilogramme).

Les solutions de peptone comme excitant de la motricité de l'estomac.

M. Ch. Roux. — J'ai étudié récemment l'action des solutions de peptone sur la motricité de l'estomac; pour cela, j'ai comparé la quantité d'huile normalement contenue dans l'estomac au bout d'un certain temps, avec celle que l'on trouve dans l'estomac du même sujet quand on lui a fait ingérer, en même temps que l'huile, une solution de peptone. J'ai toujours constaté dans ces conditions que l'estomac renferme moins d'huile dans le second cas que dans le premier. Il semble donc que la peptone puisse être considérée comme un des excitants moteurs de l'estomac; toutefois, l'évacuation du contenu gastrique n'a pas lieu en bloc; elle reste toujours, malgré l'injection de peptone, lente et progressive.

Hémoglobinurie par action toxique de l'urine.

MM. Tuffier et Milian. — Chez une femme qui fut atteinte, consécutivement à une brûlure grave, d'une néphrite aiguë avec albuminurie, hémoglobinurie et présence de leucocytes dans l'urine, nous avons constaté, d'une part, qu'il n'y avait pas d'hémoglobinhémie, et, d'autre part, que l'action hémolytique de l'urine disparaissait par le chauffage à 120°, pour réapparaître après abandon à l'air libre. On peut admettre que, dans ce cas, l'action hémolytique de l'urine était due à ses propriétés toxiques et non à son osmonocivité.

Action anticoagulante des injections intraveineuses de lait sur le sang.

M. L. Camus. — J'ai poursuivi dans ces derniers temps mes recherches relatives à l'action du lait sur la coagulabilité du sang (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 14). Les animaux sur lesquels j'ai expérimenté étaient des chiens et des chiennes en lactation. J'ai constaté, comme dans mes précédentes expériences, que l'injection dans la veine fémorale d'un chien d'une certaine quantité de lait de vache exerce une action anticoagulante manifeste et, de plus, que le lait de chienne jouit de la même propriété, même lorsqu'on l'injecte à l'animal qui l'a fourni. Les chiennes en lactation sont donc sensibles à leur propre lait, aussi bien qu'au lait de vache.

Effets de l'albumine sur les phénomènes d'hématolyse.

M. Julliard (de Genève) adresse une note de laquelle il résulte que l'albumine en solution n'a pas d'action spécifique sur les hématies : elle n'agit qu'en raison de sa tonicité, n'abaisse le point de congélation que d'une façon très restreinte et provoque le laquage du sang même à des concentrations relativement très élevées; à ce double point de vue, une solution d'albumine à 50 ‰ correspond à une solution de chlorure de sodium à 27 ‰.

MM. Nobécourt et **Delamare** déposent une note sur la cryoscopie des urines chez les femmes enceintes non albuminuriques.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Observations faites à l'hôpital des enfants de Bâle sur la tuberculose dans la première année de l'enfance, par M. A. Parel.

On n'est pas encore bien fixé sur la fréquence de la tuberculose dans les premiers mois de la vie, point qui emprunte un intérêt tout spécial à la récente communication de M. R. Koch (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 250 251). Aussi, sur le conseil de M. le professeur Hagenbach-Burckhardt, M. Parel vient-il de consacrer sa thèse inaugurale à l'étude de cette question, en se basant sur les observations recueillies à l'hôpital des enfants de Bâle durant trente ans (de 1868 à 1898) : dans cette période, on reçut 1.385 enfants tuberculeux, dont 84, soit 6.06 %, étaient des nourrissons de moins d'un an; c'est sur ces 84 faits qu'est basé le présent travail.

En ce qui concerne d'abord la mortalité de la tuberculose de la première année, 50 des petits malades dont il s'agit ont succombé (59.52 %), dont 35 avant leur douzième mois, et les 15 autres au début de leur seconde année; les 34 ayant survécu étaient pour la plupart atteints de tuberculose osseuse. C'est surtout dans les premiers mois de la vie que la léthalité est le plus élevée : ainsi, pour les nourrissons au-dessous de quatre mois, elle atteint 100 %.

Comme date du début de l'affection, le plus jeune de ces enfants avait six semaines au moment de son admission; deux autres étaient respectivement âgés de deux mois et de dix semaines. Le sexe ne paraît pas sans influence, puisque la statistique de M. Parel comprend 50 garçons (59.52 %) et 34 filles seulement (40.48 %).

Si maintenant l'on envisage la localisation des lésions dans ces cas, l'auteur conclut que, durant les quatre premiers mois de la vie, on ne peut que reconnaître l'existence de la tuberculose générale, et que ce n'est qu'à partir du cinquième mois que les poumons sont spécialement atteints. A l'autopsie, on trouva des lésions pulmonaires dans 88 % des cas; les ganglions trachéo-bronchiques étaient intéressés dans 74 % des cas, le foie dans 52 %, les os et les articulations dans 44 %, les ganglions mésentériques dans 42 %, l'intestin dans 34 %, etc. Mais si l'on considère non plus la proportion dans laquelle chaque appareil était intéressé, mais bien le nombre de cas où les lésions de ce même appareil dominaient le tableau clinique, ces chiffres changent singulièrement, et l'on voit, par exemple, que ce n'est que 3 fois sur 84, soit 3.57 %, que l'on avait porté, du vivant du petit malade, le diagnostic de tuberculose intestinale.

Au point de vue étiologique, l'auteur a examiné seulement deux questions importantes. La première est celle du rôle que jouent les maladies antérieures dans la tuberculisation; des 84 petits patients qui font l'objet de la présente statistique, 31 avaient eu une affection intestinale, 10 une pneumonie, 6 de la bronchite, etc.; les infections paraissent moins efficaces qu'on ne l'admet d'ordinaire (5 cas seulement de rougeole, 2 de varicelle, 1 de scarlatine); dans 21 cas enfin, la tuberculose semblait spontanée. La seconde concerne l'influence de l'hérédité ; 38 de ces enfants avaient des antécédents familiaux, et la mortalité, chez eux, a été particulièrement élevée, puisque 29 ont succombé; l'hérédité maternelle a une gravité toute spéciale : sur 18 nourrissons dont les mères étaient entachées de tuberculose, 14 moururent, tandis que 5 seulement furent emportés, de 15 dont la prédisposition venait du côté paternel. (*Thèse de Bâle*, 1901.) — F. F.

Sur la détermination des divers principes sucrés qui peuvent exister dans l'urine diabétique, par MM. R. Lépine et Boulud.

Les trois principales méthodes employées en clinique pour le dosage du sucre dans les urines diabétiques (polarimétrie, réduction de la liqueur de Fehling, fermentation) sont entachées de certaines causes d'erreur, si bien qu'en règle générale il existe un écart assez considérable — pouvant s'élever à 10 % — entre les chiffres fournis par chacune d'entre elles pour une même urine.

Ces causes d'erreur proviennent : 1° en ce qui concerne la polarimétrie, de la présence dans l'urine soit de substances lévogyres (oxybutyrates, acide glycuronique *conjugué*) — alors que le glucose, majeure partie du sucre éliminé par le rein, est dextrogyre —; soit de sucres plus dextrogyres que le glucose (maltose); soit de sucres inactifs sur la lumière polarisée (pentoses); 2° en ce qui concerne la réduction de la liqueur cupro-potassique, du pouvoir inégal de réduction des divers sucres et de l'existence dans l'urine de substances réductrices qui ne sont pas des sucres; 3° enfin, en ce qui concerne la fermentation, de la différence de rendement en acide carbonique des divers sucres, voire d'un même sucre selon les conditions dans lesquelles se fait la fermentation, et du fait que certains sucres ne sont pas fermentescibles.

Au point de vue pratique, trois cas peuvent se présenter :

Ou bien le chiffre des matières réduisant la liqueur de Fehling, exprimé en glucose, dépasse sensiblement le chiffre de sucre indiqué par le polarimètre, également évalué en glucose; cette éventualité, assez fréquente dans le diabète grave, indique qu'il existe dans les urines de l'*acide oxybutyrique* (ce dont on s'assure à ce que la valeur polarimétrique diminue à la suite du chauffage de l'urine acidifiée) ou de l'*acide glycuronique* (reconnaissable à ce que le pouvoir rotatoire s'abaisse par la même opération) ou enfin un *pentose* (dans ce cas, le chauffage de l'urine acidifiée ne modifie pas la valeur polarimétrique, mais diminue le pouvoir réducteur);

Ou bien le chiffre de sucre obtenu à l'examen polarimétrique, et compté en glucose, est plus élevé que le chiffre des substances réductrices, également ramenées à l'état de glucose; il s'agit alors de *maltose*, que l'on peut caractériser à l'état de maltosazone, après action de la phénylhydrazine;

Ou bien enfin, et c'est l'éventualité la plus commune, les indications fournies par le polarimètre et la réduction du cuivre sont à peu près concordantes; on en peut conclure généralement qu'il n'y a, dans les urines, que du *glucose;* toutefois, il arrive parfois que l'hydrolysation de l'urine à 105° amène une forte diminution de la valeur polarimétrique et une augmentation

très sensible du pouvoir réducteur, ce qui révèle encore la présence de *maltose*. (*Rev. de méd.*, juillet 1901.) — F. F.

Décollement des ongles, par MM. W. DUBREUILH et D. FRÈCHE.

La séparation de la lame unguéale d'avec son lit est un phénomène qui accompagne, à titre secondaire, un grand nombre d'affections de l'ongle, telles que le psoriasis et l'eczéma unguéaux, les onychomycoses, etc. Mais les faits que MM. Dubreuilh et Frèche visent dans leur travail sont tout différents, puisque le décollement de l'ongle y est primitif, et ne coïncide avec aucune altération des téguments environnants. Les malades dont il s'agit — les auteurs relatent les observations de 7 d'entre eux — peuvent d'ailleurs être répartis en deux groupes distincts, les uns étant des névropathes, ou tout au moins des « gens nerveux », chez lesquels l'altération unguéale acquiert la signification d'un trouble trophique, tandis que pour les autres l'étiologie et la pathogénie de l'accident en question demeurent tout à fait obscures.

Dans tous les cas, la lésion est à peu près identique; la lame unguéale, parfois un peu surélevée, est ordinairement appliquée sur le lit, mais ne lui adhère plus, ainsi qu'en témoigne la présence de poussières que l'on aperçoit par transparence; ce décollement peut être plus ou moins étendu; chez certains malades, il ne s'arrête qu'à quelques millimètres de la lunule; ni la lame unguéale ni les tissus sous-jacents ne présentent d'altérations; tout au plus constate-t-on, dans quelques cas, un peu d'hyperkératose. Ce décollement, souvent indolore, peut cependant s'accompagner de sensibilité à la pression, voire même de douleurs spontanées assez vives pour empêcher le sommeil; on peut, en pareille occurrence, le voir progresser après chaque crise douloureuse; ailleurs, il rétrocède en hiver — non que l'ongle se recolle, mais parce qu'il se forme une nouvelle lame ayant avec le lit ses adhérences normales —, pour se reproduire pendant la saison chaude.

Le traitement, chez les malades dont les observations sont relatées par MM. Dubreuilh et Frèche, a consisté en topiques (pommades au thiol, à l'ichtyol, à la chrysarobine), auxquels on associait, dans les cas où il y avait lieu d'incriminer un *substratum* névropathique, une médication reconstituante (hydrothérapie, arsenic) et calmante (antipyrine, valérianate d'ammoniaque); il ne paraît pas avoir eu grande efficacité. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 juin et 7 juillet 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur la claudication intermittente, par M. S. GOLDFLAM.

Depuis sa première publication sur ce sujet, en 1895, M. Goldflam a eu l'occasion d'observer 21 nouveaux cas de claudication intermittente; cette affection n'est donc pas précisément rare, mais le tout est de la diagnostiquer. Le syndrome en question est très facile à reconnaître dans certains cas : quand un malade se plaint de douleurs ou de paresthésies dans les jambes, se renouvelant à la suite d'une marche plus ou moins longue pour disparaître après un peu de repos, il suffit d'examiner l'état des artères tibiales postérieures et pédieuses; l'absence de pulsations dans l'une ou l'autre de ces artères ou dans les deux à la fois permet d'affirmer la claudication intermittente, et d'éliminer du coup le rhumatisme, la sciatique, la névralgie, que l'on confond encore si souvent avec l'affection qui nous occupe. Le plus souvent, on constate en outre, à côté de la lésion artérielle, différents troubles de la circulation dans les membres malades, tels que sensation de froid, cyanose, gonflement, dilatation des veines cutanées, taches et ecchymoses de la peau, thromboses veineuses et phlébolithes. Fréquemment les muscles présentent un tremblement fibrillaire intense, analogue à celui que l'on observe dans l'atrophie musculaire spinale; parfois même les mollets sont le siège de convulsions tétaniques.

L'endartérite est d'ordinaire symétrique et frappe simultanément les deux jambes; parfois, cependant, l'affection est unilatérale, et le membre sain fonctionne parfaitement durant des années. Sur 21 cas, l'auteur a noté 13 fois l'absence de pulsations dans les deux pédieuses; 10 fois le pied droit ou le pied gauche était seul atteint; une fois, enfin, l'artère battait encore faiblement des deux côtés. Chez 7 de ces malades, le pouls faisait, en outre, défaut dans les tibiales postérieures, chez 4 dans la tibiale postérieure droite seule et chez 4 dans la gauche; pour les 9 autres, les pulsations étaient sensibles aux tibiales, quoique manquant aux pédieuses. Plusieurs de ces patients n'éprouvaient les symptômes de claudication que d'un côté, bien que les troubles circulatoires fussent bilatéraux.

L'artérite, tout en étant la cause essentielle de l'affection, n'en est cependant pas l'unique facteur. A la lésion des artères se joignent des troubles vasomoteurs qui ont pour effet d'aggraver les troubles circulatoires. C'est ainsi que l'on observe fréquemment une pâleur intense, envahissant subitement le pied entier ou seulement une partie du membre, et disparaissant au bout d'un certain temps pour faire place à la coloration normale. On est autorisé à admettre que, lorsqu'une seule des artères afférentes est oblitérée, les paroxysmes douloureux survenant au repos sont dus à une constriction active des vaisseaux. D'autres symptômes présentés par certains malades atteints de claudication doivent, du reste, être considérés comme résultant de troubles vasomoteurs; c'est ainsi que la sténocardie n'est pas rare; or, les sujets en question sont d'ordinaire relativement jeunes et sans artériosclérose, de sorte qu'on ne peut rapporter à cette dernière les accès d'angine de poitrine.

Le symptôme caractéristique de l'endartérite des jambes, la claudication, peut faire défaut; les douleurs spontanées, surtout nocturnes, occupent alors le premier plan. Le pronostic de ces cas est généralement grave en raison de la gangrène qui est parfois la conséquence de l'oblitération des artères. L'insuffisance de la circulation peut se manifester aussi par des paresthésies; celles-ci ne manquent pour ainsi dire jamais dans la claudication intermittente et se manifestent sous forme de sensation de froid, d'engourdissement, de picotement, etc. Dans quelques cas, rares, du reste, ces paresthésies sont très accentuées, tandis que les douleurs spontanées et la claudication sont légères ou même n'existent pas.

Il est exceptionnel que, la pulsation de la pédieuse étant encore perceptible, quoique affaiblie, il se produise néanmoins les symptômes de la claudication intermittente; M. Erb a cité un cas de cette nature; M. Goldflam, de son côté, a observé un malade présentant de la claudication dans le pied gauche — où l'on percevait encore les battements de la pédieuse —, alors que le pied droit, dont la pédieuse et la tibiale postérieure ne battaient plus, ne faisait nullement souffrir le patient; plus tard, cependant, ce pied devint le siège de douleurs et de paresthésies, en même temps qu'on notait une certaine amélioration dans l'état du pied gauche.

Tous les cas de M. Goldflam concernent des hommes de race israélite dont la majorité n'avaient pas atteint l'âge de quarante ans. Au point de vue de l'étiologie, on doit écarter la syphilis et les excès alcooliques; le tabagisme, auquel M. Erb avait attribué une importance prépondérante, joue peut-être un rôle prédisposant, de même que le froid et l'humidité. L'hérédité nerveuse, par contre, est fréquente chez les sujets en question.

Le traitement doit se borner à des prescriptions hygiéniques et diététiques; l'emploi de bains chauds soulage parfois les douleurs spontanées; dans un cas, le même résultat a été obtenu par des applications froides. L'iodure de potassium, la trinitrine, le nitrite de sodium n'ont pas d'action appréciable. Quand les malades évitent soigneusement le froid, la fatigue, les émotions, l'affection peut rester stationnaire pendant des années. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.) — A. J.

Sur un cas de dystopie testiculaire transverse, par M. P. LINSER.

Parmi les nombreuses anomalies congénitales de l'appareil uro-génital, la dystopie transverse, c'est-à-dire la situation des deux testicules dans la même moitié de scrotum, constitue l'une des plus rares. L'auteur en fait connaître un exemple qu'il a observé à la clinique de M. von Bruns, à l'occasion d'une cure radicale de hernie, chez un petit garçon de deux ans et demi. On remarqua au cours de l'opération que la loge droite du scrotum renfermait, dans une poche séreuse commune, deux testicules fixés à la paroi postérieure de cette poche et recouverts d'une séreuse mince; tous deux étaient munis d'un épididyme normal et d'un cordon spermatique; la bourse gauche était vide. Les deux testicules furent isolés et poursuivis jusqu'à l'anneau inguinal externe, sans qu'on pût constater la réunion des deux canaux déférents en un seul. Quant au sac herniaire, il était indépendant de la poche séreuse renfermant les testicules, et contenait de l'intestin grêle. L'exploration rectale pratiquée après l'opération ne révéla aucune autre anomalie de l'appareil génital; la palpation du canal inguinal gauche permit de s'assurer qu'il n'existait pas de testicule à ce niveau.

Il s'agissait donc, en somme, d'une duplicité du testicule droit avec absence de la glande correspondante du côté gauche. Les deux testicules étant normalement conformés et possédant des cordons spermatiques séparés, M. Linser admet qu'il y avait probablement eu transposition du testicule et du cordon spermatique gauches vers le côté droit.

Deux cas analogues ont seulement été publiés jusqu'ici : l'un par M. Lenhossek, l'autre par M. Jordan; mais, dans le dernier de ces faits, les canaux déférents étaient réunis en un seul conduit. Il en était de même dans une observation due à M. Lane, où il existait cependant un testicule normal du côté opposé.

Les anomalies de l'appareil génital coexistant fréquemment avec un appareil urinaire normal, l'auteur rechercha, en outre, si son petit malade avait deux reins; à l'aide de la palpation sous narcose et de l'examen radiographique, il put constater que le rein gauche faisait probablement défaut ou que, du moins, il était sensiblement plus petit que le rein droit. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 2.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ITALIENNES

La lombricose à forme typhoïde, par M. F. SCHUPFER.

Depuis près de six ans que M. Chauffard a décrit, dans ce journal même, la *lombricose à forme typhoïde* (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 505), il ne semble pas que cette forme morbide ait attiré beaucoup l'attention des cliniciens, soit à cause de sa rareté, soit qu'elle reste souvent méconnue. En tout cas, on trouve fort peu de faits de ce genre dans la littérature médicale, ce qui nous engage à faire connaître celui que M. Schupfer vient de publier.

Il concerne une jeune femme de vingt-trois ans, mariée depuis peu, ayant eu dans son enfance une fièvre typhoïde et des accès paludéens. Vers le quarantième jour de sa première grossesse, cette femme éprouva un violent frisson avec céphalée et fièvre intense, contre laquelle elle absorba une forte dose de quinine; le lendemain elle avortait. Sa santé se rétablit à peu près; cependant, comme elle était restée faible, elle se mit à manger beaucoup, si bien qu'une dizaine de jours après sa fausse couche, elle fut prise d'un malaise général et bientôt d'une élévation de température qui, d'abord intermittente, ne tarda pas à devenir continue et à s'accompagner de céphalée, d'inappétence et de grands frissons.

C'est au douzième jour de cette affection qu'elle entra à l'hôpital; elle présentait alors un état typhoïde léger : prostration, yeux caves, aspect fuligineux des dents, enduit blanchâtre de la langue, haleine fétide, etc.; on relevait, en outre, la présence, sur le tronc et notamment à l'abdomen, de petites taches rosâtres, mal délimitées, ne rappelant que d'assez loin les taches rosées des dothiénentériques; la rate était grosse, mais dure et lisse; on percevait, à la base des deux poumons, quelques râles secs.

Pendant une semaine environ, le thermomètre atteignit ou même dépassa chaque jour 39°; durant toute cette période, la recherche de la séro-réaction de Widal et de la diazo-réaction d'Ehrlich demeura négative; par contre,

le sang contenait de nombreux éosinophiles. Alors que la température commençait à baisser, cette femme ressentit un jour une douleur subite à l'épigastre, point où la palpation était douloureuse et révélait l'existence d'une petite tuméfaction dure et élastique; cette douleur persista plusieurs jours, puis s'atténua progressivement. En même temps, elle rejetait un lombric par la bouche et expulsait plusieurs de ces parasites par le rectum; des vermifuges furent dès lors administrés, et peu à peu tout rentra dans l'ordre.

Discutant la pathogénie de ces troubles typhoïdiques provoqués par les ascarides, M. Schupfer estime que l'hyperthermie, en pareil cas, n'est pas due à l'action directe des nématodes en question, les expériences de divers auteurs ayant prouvé que ceux-ci sécrètent des substances irritantes et convulsivantes, mais nullement pyrétogènes. Aussi estime-t-il qu'il s'agit en l'espèce d'une infection par le colibacille : la virulence de ce microbe s'exalte dans les conditions spéciales que crée la présence d'helminthes plus ou moins nombreux, en même temps que son inoculation est facilitée par les petites ulcérations intestinales causées par l'ascaride lui-même. (*Gazz. degli Osped.*, 12 mai 1901.) — F. F.

Intervention couronnée de succès dans un cas de plaie du pancréas, par M. G. Ninni.

La question des interventions sur le pancréas figurait à l'ordre du jour de la section de chirurgie du dernier Congrès international de médecine; on se rappelle que la plupart des orateurs qui ont pris la parole sur cette question se sont montrés fort pessimistes en ce qui concerne le traitement des plaies récentes de cet organe, que M. Michaux considérait comme le plus souvent au-dessus des ressources du chirurgien (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 270-271). Cette opinion paraît toutefois devoir être modifiée, à en juger d'après le cas que publie M. Ninni.

Il s'agit d'un homme ayant reçu une balle de revolver dans la région lombaire; transporté à l'hôpital au bout de quelques heures, on remarquait chez lui un orifice d'entrée sur la ligne paraspondylienne gauche, au niveau de l'apophyse épineuse de la deuxième lombaire, et un orifice de sortie à la région épigastrique droite, entre les lignes mamillaire et parasternale, à deux travers de doigt au-dessous des dernières côtes. L'abdomen était tendu et douloureux; il y avait eu deux vomissements durant le transport.

Une laparotomie ayant été pratiquée, on sutura *six* plaies de l'intestin grêle, et une du côlon transverse, au voisinage de l'angle hépatique. Après que la toilette du péritoine eut été faite, on s'aperçut qu'il s'écoulait, entre le côlon transverse et l'estomac, du sang mêlé d'un autre liquide; l'incision verticale primitive fut alors complétée par une incision transversale; on traversa l'épiploon gastro-colique et, l'estomac ayant été soulevé, on constata que l'hémorrhagie provenait du pancréas, lequel avait été perforé de part en part; cette plaie fut refermée au moyen de deux points de suture profonds, comprenant presque toute l'épaisseur de l'organe avec son revêtement péritonéal, puis l'abdomen fut suturé à trois plans. Le blessé quittait l'hôpital au bout de trente-cinq jours.

A propos de ce fait, M. Ninni pose, pour les cas de blessure du pancréas, les indications opératoires suivantes : les plaies par armes blanches (de taille ou de pointe), de même que les ruptures, doivent être traitées par la suture; dans les plaies par armes à feu, quand il n'y a pas de délabrement trop considérable, on fera la suture en masse, péritoine compris; s'il y a destruction partielle de la glande, on aura recours à la résection; enfin, ce n'est que lorsque la lésion sera très étendue qu'on pourra se contenter du tamponnement. (*Riforma med.*, 26 avril 1901.) — F. F.

Un cas de dégénérescence amyloïde ayant évolué rapidement au cours d'une diphtérie gangreneuse grave du pharynx, par M. C. Comba.

L'observation relatée par M. Comba est intéressante d'abord parce que la dégénérescence amyloïde n'a pas encore été signalée à la suite de la diphtérie, ensuite parce que cette dégénérescence était très prononcée au bout de quelques jours, alors que d'ordinaire elle ne se développe qu'en plusieurs mois.

Un enfant de huit ans contracte une diphtérie qui, du jour au lendemain, devient extrêmement grave : tout le pharynx et les fosses nasales sont envahis par le processus infectieux; celui-ci revêt rapidement la forme gangreneuse, produisant des destructions profondes des tissus et déterminant un gonflement considérable des ganglions cervicaux. A ces symptômes locaux viennent bientôt se joindre des troubles généraux non moins inquiétants, tels qu'abattement précoce, délire, symptômes bulbaires, myocardite, néphrite, et, pendant les derniers jours, hémorrhagies sous-cutanées, épistaxis et melænas abondantes. L'enfant meurt au bout de onze jours; à l'autopsie, on constate une dégénérescence amyloïde prononcée du foie, de la rate et des reins.

L'auteur se demande si la dégénérescence amyloïde était dans ce cas réellement consécutive à la diphtérie. Il répond à cette question par l'affirmative, car, jusqu'au moment où le petit malade contracta la diphtérie, il était des mieux portants, ne souffrait d'aucune affection chronique et se développait d'une façon normale.

Autre question, mais que M. Comba laisse en suspens : la dégénérescence amyloïde est-elle due au bacille de la diphtérie seul ou aux nombreuses associations microbiennes qui ne pouvaient manquer d'exister dans un cas aussi grave? On a injecté à des animaux des cultures et des toxines provenant des espèces microbiennes les plus diverses, dans le but de produire la dégénérescence amyloïde; c'est le staphylocoque doré qui s'est montré sous ce rapport le plus actif; des expériences n'ont pas encore été tentées avec le bacille de la diphtérie.

Au cours de son examen histologique, l'auteur a eu l'occasion de vérifier une observation faite antérieurement par Kravkov : la solution iodée, qui colore d'une façon très nette les morceaux frais de foie, de rate et de rein, ne donne plus qu'une réaction très faible ou même nulle, quand les pièces ont été durcies et laissées quelque temps dans l'alcool. En outre, la réaction iodo sulfurique qui, d'après Davidsohn, serait caractéristique d'une dégénérescence amyloïde parfaitement développée, lui a toujours donné des résultats négatifs. (*Sperimentale*, LV, 3.) — S. J.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Injections sous-cutanées de sérum gélatiné dans le traitement des pleurésies hémorrhagiques.

M. le docteur R. Bernard, professeur agrégé à l'Ecole d'application de médecine militaire, à Paris, a essayé d'utiliser les propriétés hémostatiques du sérum gélatiné pour transformer les pleurésies hémorrhagiques en épanchements simplement séro-fibrineux. La première tentative de ce genre fut faite sur un jeune soldat atteint de tuberculose pleuro-péritonéale et chez lequel deux ponctions aspiratrices, pratiquées à huit jours d'intervalle, permirent d'évacuer 3 litres de liquide hémorrhagique, sans qu'on parvînt pourtant à tarir l'épanchement. L'état du patient restant à peu près stationnaire, notre confrère eut recours à une troisième thoracentèse qu'il fit suivre d'une injection hypodermique de 200 grammes de sérum gélatiné. Une ponction aspiratrice, effectuée cinq jours après cette intervention, fournit 150 grammes environ de liquide hémorrhagique; mais six jours plus tard on ne put retirer que 2 c.c. de sérosité claire verdâtre. Depuis lors, M. Bernard a eu l'occasion d'appliquer la même médication dans trois autres cas de pleurésie tuberculeuse hémorrhagique, et toujours il a pu constater que le sérum gélatiné exerce une influence favorable sur l'évolution de la maladie, non seulement en modifiant le caractère de l'épanchement, mais encore en manifestant une action modératrice sur la transsudation pleurale elle-même, comme notre confrère a pu aussi s'en assurer sur un certain nombre de pleurétiques vulgaires.

En ce qui concerne la réaction locale et générale provoquée par les injections de sérum gélatiné, elle serait, à en juger d'après les observations de M. Bernard, passagère et inoffensive. Il est bon, toutefois, de faire remarquer que les essais en question n'ont porté que sur de jeunes soldats exempts de toute lésion du cœur, du rein et du foie, et n'ayant, en fait de tare organique, que la tuberculose.

Rappelons, en terminant, que les injections hypodermiques de sérum gélatiné ont également donné de bons résultats entre les mains de M. le docteur Davezac, médecin des hôpitaux de Bordeaux, chez des tuberculeux atteints d'hémoptysies (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 8).

Le bleu de méthylène contre les otites moyennes suppurées chroniques.

D'après l'expérience de M. le docteur H. Gaudier, professeur agrégé, chargé de la clinique laryngologique à la Faculté de médecine de Lille, les instillations d'une solution tiède de bleu de méthylène à 2 ‰ dans le conduit auditif rendraient d'excellents services dans le traitement de certaines formes d'otite moyenne suppurée chronique et, en particulier, dans les otorrhées odorantes de l'enfance, qui se montrent souvent rebelles aux agents antiseptiques usuels. Voici quel est le procédé adopté par notre confrère :

Après avoir lavé le conduit auditif et la caisse du tympan en y injectant de l'eau savonneuse tiède, on engage le patient à renverser la tête sur le côté et on instille dans l'oreille de quinze à vingt gouttes de la solution ci-dessus désignée. Ce bain d'oreilles dure cinq minutes, et pendant ce temps le malade pratique, deux ou trois fois, la manœuvre de Valsalva, qui consiste, comme on le sait, à faire pénétrer de l'air dans l'oreille en exécutant un mouvement expiratoire forcé, le nez et la bouche restant fermés. Ce barbotage fait passer le bleu de méthylène du conduit auditif dans la caisse du tympan.

M. Gaudier a eu l'occasion d'appliquer le procédé en question — associé au traitement de l'affection rhino-pharyngée primitive, cause de l'affection — dans 9 cas d'otite ancienne avec large perforation tympanique, sans bourgeonnement de la muqueuse de la caisse ni signes de carie des osselets, et donnant lieu à un écoulement très abondant et fétide : chez 7 de ces malades, la guérison complète a été obtenue en l'espace de vingt-cinq à trente jours; un a été perdu de vue, et quant au dernier on fut obligé de suspendre les instillations en raison de l'apparition d'accidents mastoïdiens.

D'après notre confrère, c'est surtout en tant que désodorisant que le bleu de méthylène se montrerait supérieur aux antiseptiques usuels; en outre, l'écoulement purulent semblerait diminuer plus vite sous l'influence de ce médicament.

Dangers de l'élongation des tendons au cours des amputations de doigt.

M. le docteur C. Lauenstein, médecin en chef de l'hôpital du port de Hambourg, a eu l'occasion d'observer, après des amputations de doigt pour lésions traumatiques de la main, des phlegmons des gaines tendineuses à distance, survenus par suite de l'élongation plus ou moins considérable qu'on avait fait subir aux tendons avant de les sectionner. En pareil cas, le moignon du tendon coupé se rétracte profondément dans sa gaine, souvent à une distance de 5 centimètres, et, alors même qu'on laisse la plaie opératoire ouverte, on ne tarde pas à voir se déclarer de la fièvre avec douleurs et tuméfaction de la région. Au bout de quelques jours, on finit par découvrir la cause de ces phénomènes dans la suppuration de la gaine abandonnée par le moignon tendineux : c'est que le tendon, infecté au moment où il fut tiré au dehors, a ensuite, en se retirant, propagé l'infection et donné naissance à un phlegmon dont on conçoit toute la gravité sans qu'il soit nécessaire d'y insister. Aussi notre confrère recommande-t-il de s'abstenir, au cours des amputations de doigt, de toute traction sur les tendons qui doivent être sectionnés.

Il va sans dire que ce mode d'infection, que M. Lauenstein a surtout observé pour les tendons fléchisseurs de la main, peut également se trouver réalisé à la suite des amputations d'orteil.

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital Trousseau. — M. Louis Guinon.

Les formes rares de la tétanie.

La tétanie est chose trop rare dans nos hôpitaux pour que je n'attire pas votre attention sur le cas que présente une de nos petites malades.

Cette enfant, âgée de quatre ans et demi, est entrée il y a quatre mois dans le service pour une coqueluche compliquée de polynévrite; puis elle a eu successivement un érythème noueux, une scarlatine associée à une diphtérie; enfin, elle vient de traverser un état infectieux mal caractérisé, qui n'est pas la fièvre typhoïde, puisque la séroréaction fait défaut, ni la tuberculose, dont nous ne trouvons aucune trace, mais qui paraît être un état septique suite tardive de la fièvre scarlatine, partiellement expliqué par la présence d'ulcérations lymphangitiques des fesses et de la grande lèvre droite.

La tétanie s'est manifestée tout à coup par la raideur des extrémités. Depuis huit jours, les mains et les pieds ont pris et gardé l'attitude classique. L'avant-bras est fléchi sur le bras; la main, fléchie sur l'avant-bras, a l'aspect de la « main d'accoucheur », les doigts serrés les uns contre les autres de façon à former un cône, le pouce fortement porté en dedans au point que son extrémité passe entre le médius et l'index. Les pieds sont en extension forcée et en adduction, les genoux légèrement fléchis. La raideur est telle que l'on ne peut redresser la main ou le pied sans arracher à l'enfant des cris violents. Les hanches, comme les épaules, ont cependant tous leurs mouvements; aucune raideur du tronc, du cou ni de la nuque. Mais la face présente un aspect tout spécial: déjà pâle antérieurement, cette fillette a encore pâli depuis quelques jours; ses traits sont comme affinés, effilés « en lame de couteau », les paupières rétrécies, le nez pincé, le sillon nasogénien profondément marqué, les lèvres pincées et portées en avant.

La raideur tétanique s'exaspère par moments; sous l'influence d'un contact, de l'examen médical, ou spontanément, apparaît une contracture plus violente: les bras se serrent contre la poitrine, les cuisses et les jambes se fléchissent sur le bassin, les mains, violemment raidies, sont agitées d'un léger tremblement, l'enfant pousse des cris: c'est la crise paroxystique de la tétanie. On peut la provoquer d'ailleurs en comprimant soit le faisceau vasculo nerveux d'un membre, soit le membre lui-même: c'est ce qu'on désigne sous le nom de signe de Trousseau. Quand on percute doucement la région pré-auriculaire ou frontale, on provoque, comme l'ont montré Weiss et Chvostek, une contraction des muscles de la face (signe du facial).

Nous n'avons pas recherché l'état de l'excitabilité faradique, toujours exagérée en pareil cas. Ajoutez que la petite malade est morose, triste et déprimée, qu'elle pleure aussitôt qu'on l'interpelle, qu'elle perd ses urines et ses matières, et vous aurez le tableau à peu près complet de la tétanie classique d'intensité moyenne. Depuis deux jours, la raideur diminue un peu, les crises sont moins fréquentes, et la guérison s'établirait rapidement si nous n'avions une complication assez singulière: c'est une arthropathie double et symétrique de l'articulation métacarpo-phalangienne des index; la peau y est rouge, amincie et distendue par l'œdème périarticulaire qui donne une véritable fluctuation. J'espère cependant que tout cela va céder facilement, comme d'ailleurs les pyodermites que je vous ai signalées en commençant.

Vous n'ignorez pas que l'on a discuté, et qu'on discute actuellement plus que jamais, sur les causes et la pathogénie de la tétanie. Notre cas n'éclaircira pas beaucoup cette question; notre jeune malade, il est vrai, est très rachitique, et pour certains auteurs, Kassowitz entre autres, la tétanie fait partie du syndrome rachitique. Mais elle a quatre ans et demi, et, à cet âge, le rachitisme n'étant plus en évolution, on ne peut lui attribuer la tétanie. Vous vous rappelez qu'elle a eu la coqueluche, la scarlatine, la diphtérie; chacune de ces maladies peut se compliquer de tétanie, sans parler des troubles digestifs que cette fillette présente actuellement: elle a le ventre ballonné, la langue blanche, et j'ai dû, à plusieurs reprises, lui donner du calomel pour désinfecter son intestin. La tétanie étant le plus souvent, comme tous les accidents convulsifs, une manifestation nerveuse des toxi-infections, vous voyez que ce fait confirme la règle, et rien de plus.

Il y eut une époque, au temps de Tonnelé, de Dance, où la tétanie était très fréquente en France, et particulièrement à Paris. Actuellement, au contraire, elle est devenue très rare; on peut parcourir pendant plusieurs mois les services, tant d'adultes que d'enfants, des hôpitaux parisiens sans en trouver aucun cas, et on n'observe plus d'épidémie comme autrefois. En Allemagne, en Autriche, par contre, dans certaines régions de l'Italie comme à Padoue, c'est une affection banale. On voit, par exemple, Escherich (de Gratz) en rassembler facilement 30 cas personnels et son assistant, Loos, en relater 42 autres.

Cette inégalité de fréquence entre notre clinique parisienne et les autres est-elle bien réelle? N'accepte-t-on pas ailleurs ce diagnostic avec trop de facilité? N'y fait-on pas rentrer, par exemple, des phénomènes hystériques?

A ce compte, on peut faire le même reproche aux médecins français de la première moitié du siècle passé; il n'y a qu'à lire leurs observations pour s'en convaincre. Cela est si vrai que le professeur Raymond et son élève Zaldivar ont voulu faire de la tétanie une affection hystérique, ce qui n'est admissible que pour un très petit nombre de cas chez l'enfant.

Mais beaucoup de médecins étrangers rattachent à la tétanie des affections ou des troubles auxquels nous ne donnons peut-être pas en France l'importance qu'ils méritent; tels sont le laryngospasme, l'excitabilité musculaire exagérée, le signe du facial, la surexcitabilité faradique des muscles. Pour Escherich, le laryngospasme suffirait presque à lui seul à justifier le diagnostic de tétanie. Ce qui le prouverait, c'est que chez les enfants qui en sont atteints, on peut provoquer le phénomène du facial et on constate une hyperexcitabilité électrique. Vous concevez que dans cette voie on peut aller loin et qu'on peut arriver ainsi à décrire des *tétanies sans tétanie*.

Toutefois, ce n'est pas cette forme qui m'arrêtera; je veux vous parler d'une variété dans laquelle les phénomènes prennent une telle intensité et se généralisent à tel point que la tétanie disparaît pour prendre le masque formidable du tétanos; c'est ce type clinique que Escherich a décrit sous le nom de *pseudo-tétanos*. Il se distingue des autres par ce fait qu'il atteint les muscles du tronc et respecte, au contraire, relativement les extrémités.

Je me suis trouvé un jour en présence d'un cas de ce genre, et je dois dire que j'en ai au premier moment méconnu la nature, comme d'ailleurs tous ceux de mes collègues qui l'ont vu avec moi.

C'était un jeune garçon de quatre ans et demi appartenant à une famille de névropathes dans laquelle quatre enfants étaient morts de convulsions. Un jour, le 6 septembre, en sortant d'un bain chaud, il est pris d'une douleur qui remonte des genoux à l'épigastre. Il tombe à terre sans pousser un cri, a quelques mouvements convulsifs, puis reste comme hébété, respirant bruyamment. Pendant trois jours, il est mal en train, sans nouvel accès, mais le 9 septembre il en a trois successivement. Dans l'un, il se mord la langue; dans un autre, il tombe sur le nez et en garde une ecchymose. La crise dure environ cinq minutes pendant lesquelles l'enfant continue à parler.

Je le vois le 10 septembre; il est couché sur le dos, l'aspect hostile, se refusant à mon examen. Les traits sont immobiles, la bouche est rétrécie, les mâchoires fortement serrées par un trismus qui permet cependant d'écarter un peu les dents pour nourrir le malade; les paupières sont à moitié fermées comme si ce garçon clignait des yeux, le sillon nasogénien est plus marqué, les lèvres sont rapprochées et saillantes, simulant « le bec de carpe », suivant la comparaison de Soltmann. Le ventre est dur; les muscles abdominaux contracturés rendent la palpation impossible. Si on les explore avec prudence, on voit que le tronc, le cou et même les membres ont conservé une certaine souplesse. On peut asseoir l'enfant et le faire boire. Il a toute son intelligence et répond bien aux questions.

Les jours suivants, cet état s'exagère, la contracture se généralise au dos et à la nuque, l'opisthotonos est des plus nets, on soulève le petit malade tout d'une pièce. Si l'on veut fléchir un membre, il se raidit brusquement, puis la contracture s'étend à tout le corps, et la face se congestionne. Les orteils se mettent en extension forcée quand on touche à la jambe; la main, qui avait eu jusqu'alors une attitude normale, se contracte violemment en flexion sur le verre quand l'enfant veut boire. L'érection est continuelle.

Cet état persista dix jours environ, puis la raideur diminua et tout se termina après quelques jours de fièvre par un écoulement purulent de l'oreille droite, révélant une otite qui avait probablement été la cause de tous ces accidents.

Ce syndrome ne rappelle-t-il pas de très près le tétanos? Il y manquait bien le traumatisme, la plaie cutanée; mais ce violent trismus, cet opisthotonos, ces crises dans lesquelles la respiration était arrêtée et la face congestionnée n'étaient-ils pas très troublants? Il ne fallait pas penser à une méningite, car l'intelligence était intacte, il n'y avait pas de douleur de tête, la température était normale pendant les premiers jours, le signe de Kernig faisait défaut. C'était bien là une tétanie offrant à un degré atténué le syndrome du pseudo-tétanos.

Dans un cas relaté en 1898 par Escherich, une fillette de cinq ans présentait, au moment des paroxysmes, une si violente contraction de la nuque et du dos qu'elle ne touchait le plan du lit que par le vertex et la plante des pieds, comme dans l'arc de cercle hystérique; la respiration s'arrêtait, l'enfant se cyanosait, les yeux sortaient de l'orbite jusqu'à ce que la convulsion cessât.

Dans un fait que publiait récemment Cesare Cattaneo, la tétanie prit d'autant mieux l'aspect du tétanos que le petit malade s'était blessé au talon avec un morceau de verre quelque temps auparavant. Cet enfant, âgé de sept ans, était tombé brusquement sur la route en pleine contracture. Pendant plusieurs jours il resta dans cet état, entrecoupé par des paroxysmes: les dents étaient serrées par un trismus si violent qu'on ne pouvait les écarter; la nuque et le dos étaient raides, les membres supérieurs un peu contractés, les inférieurs écartés, les pieds en extension forcée; la respiration était bruyante et superficielle, le pouls très rapide. Il y avait au pied une petite plaie en voie de cicatrisation, mais qui avait été très enflammée et avait suppuré. Comme on avait observé récemment des cas de tétanos parmi les cultivateurs des environs, on commença le traitement antitétanique par la méthode de Bacelli qui consiste, comme vous le savez, en injections d'acide phénique; mais tout cessa brusquement après l'évacuation provoquée d'ascarides et d'oxyures en nombre considérable. L'helminthiase était vraisemblablement la cause de ce bruyant syndrome.

Je pourrais vous rapporter d'autres exemples, particulièrement celui que cite Trousseau dans ses Cliniques. Tous, comme les précédents, ne ressemblent que de loin à la tétanie classique; la contracture atteint les muscles du tronc, de la nuque, de la mâchoire, et respecte relativement les membres et surtout les bras. Ils se distinguent encore par la violence des attaques, par l'absence de fièvre, la conservation de l'intelligence; les signes de Trousseau et de Weiss-Chvostek, l'excitabilité électrique sont peu marqués ou font défaut.

La tétanie simule donc quelquefois le tétanos, et je crois volontiers que certains cas de *tétanos médical*, curable, ne sont que des tétanies méconnues. On peut en dire autant de quelques cas de *tétanos des nouveau-nés*. Certes, il y a des cas où la constatation du bacille de Nicolaïer dans le pus de l'ombilic et l'inoculation aux animaux ne laissent aucune place au doute; tels sont ceux de Baginsky, Escherich, Papiewski. Il y en a d'autres qui rentrent, comme l'ont démontré Dugès, puis Parrot, dans l'éclampsie infantile; Parrot attribuait ces convulsions à l'état urémique qu'engendre l'arrêt de la sécrétion urinaire par les dépôts d'urates qui se forment dans les canalicules du rein chez les enfants atrophiés. Quelques faits, à en croire Soltmann qui a approfondi tant de points de la pathologie nerveuse du nouveau-né, s'expliqueraient par les tiraillements que subit parfois la moelle au moment de la naissance. Sims, Wilhite, Hartigan, dont J. Renault rapporte l'opinion, expliquent ces convulsions tétaniques par la compression de la moelle allongée sous l'influence de l'enfoncement de l'occiput audessous des pariétaux pendant l'accouchement, ou bien après la naissance quand la tête repose sur l'oreiller.

Mais ce n'est pas tout; Guido a décrit un état « tétanoïde » qui survient dans les quatre premiers jours après la naissance, et se caractérise par du trismus, une raideur générale, des secousses musculaires; il attribue ces accidents à une infection de la plaie ombilicale; une désinfection soigneuse suffirait à les guérir rapidement.

Ces quelques données montrent bien que le tétanos des nouveau-nés n'est pas une entité intangible, loin de là; c'est un nom qui cache certainement des manifestations nerveuses d'ordre très différent. A côté de celles que je viens de vous citer, je réclame une place pour la tétanie. On a dit, il est vrai, que le nouveau-né n'est jamais atteint de la tétanie; mais les arguments cliniques que l'on a mis en avant ne m'ont pas convaincu; et, en effet, quelle qu'en soit la pathogénie — infection, intoxication digestive, susceptibilité nerveuse, réflectivité vive —, l'enfant qui vient de naître réunit toutes ces conditions. Remarquons toutefois que si la tétanie existe chez lui, elle ne doit pas revêtir la forme classique, elle doit tendre à se généraliser; car, sauf dans le cas de lésions cérébrales intra-utérines, le nouveau-né ne fait pas de manifestations nerveuses locales, parce que ses localisations cérébrales ne sont pas encore développées. De plus, comme le remarque Soltmann, les convulsions du nouveau-né prennent de préférence le caractère tonique, parce que, « chez les jeunes animaux, l'irritabilité des nerfs moteurs est plus faible que chez l'adulte, et que, par suite, la contraction musculaire arrive plus lentement à son maximum et s'éteint plus lentement aussi » (J. Renault).

Je n'ai pas observé personnellement de tétanie chez le nouveau-né, mais des accoucheurs auxquels j'ai communiqué cette opinion n'y sont point hostiles, et d'ailleurs Escherich, auquel je reviens toujours, car il a contribué plus que personne à nous éclairer sur cette question de la tétanie, a publié un fait de cette nature observé sur une petite fille de douze jours. Elle avait de la raideur de la nuque, de tous les muscles extenseurs, du tronc et des membres inférieurs, de sorte qu'on pouvait la soulever par les pieds comme une planche; les bras étaient fléchis, les mains en adduction, dans l'attitude du poing fermé; elle avait du trismus, et tétait très difficilement. Par moments apparaissait une contraction des muscles respirateurs qui s'accompagnait de cyanose et d'exagération de la contracture générale. Au bout d'un mois, les contractures avaient beaucoup diminué, l'enfant pouvait téter facilement, mais elle mourut de diarrhée dans le collapsus. M. Escherich intitule ce cas « tétanie à forme permanente ». Il faut avouer qu'il ressemble beaucoup à un état convulsif.

A côté des formes généralisées sur lesquelles je me suis suffisamment appesanti, il existe des *formes frustes* de tétanie, où le spasme n'atteint qu'une région du corps, le larynx, le pharynx, un groupe musculaire ou un muscle comme le biceps, le long supinateur, le coraco-brachial, le grand pectoral, le trapèze, etc.; c'est en pareil cas qu'il est utile de recourir aux signes du facial, de l'excitabilité électrique, etc., pour dépister l'affection qui nous occupe.

Si on les avait recherchés, on aurait probablement porté le diagnostic exact dans le cas que je vais vous rapporter maintenant.

Alors que j'étais interne à l'hôpital des Enfants-Malades, je pus entrevoir, dans un service voisin, un petit malade qui fut examiné par plusieurs chefs de service; on fit même une leçon à son sujet et on le présenta comme atteint de tétanos d'origine inconnue; on l'étiqueta ailleurs sous le nom de paralysie bulbaire; que sais-je encore? Mais personne ne parla de tétanie. Vous reconnaîtrez cependant facilement cette affection, grâce à l'observation que m'a remise après quelques années mon collègue M. Mosny.

Il s'agit d'un garçon de neuf ans, entré à l'hôpital en pleine éruption de scarlatine; vers le quatorzième jour de la maladie, il fut pris de trismus; il avait, dit l'observation, un aspect sardonique, et ne pouvait ouvrir la bouche; il ne pouvait aussi écarter complètement les paupières; celles de droite étaient fortement contracturées. La face était asymétrique, les plis étant plus marqués à gauche, surtout quand le petit patient voulait rire; les lèvres étaient pincées. Vous voyez réunis là le trismus du tétanos et le facies de la tétanie. Bien que l'intelligence fût intacte, la prononciation était difficile, les labiales et les palatines étant particulièrement défectueuses; l'élocution était très lente et traînante. Notez qu'en apparence il n'y avait au repos aucune autre contracture; cependant, quand ce garçon voulait serrer la main, celle-ci se raidissait légèrement, les doigts fléchis sur le carpe, les phalanges étendues, le poignet fléchi et dévié vers le bord cubital. Il pouvait néanmoins porter les objets à sa bouche, il soulevait très bien les membres inférieurs au-dessus du lit, mais il ne pouvait marcher que très difficilement et tombait à droite si on ne le soutenait pas. Il s'améliora peu à peu et guérit complètement.

Je termine sur ce cas qui prouve comme les précédents que la tétanie présente des aspects très variés, dont il vous suffira d'être prévenus pour les reconnaître immédiatement.

MÉDECINE PRATIQUE

La disparition des sulfocyanures de la salive comme moyen de diagnostic indirect et auxiliaire des suppurations graves de la caisse.

Il existe des cas, heureusement assez rares, où le diagnostic auriculaire par l'examen et l'inspection directs offre des difficultés presque insurmontables. C'est ainsi qu'on peut se trouver en présence d'eschares du conduit auditif et du pavillon, sans qu'il soit facile de déterminer au premier abord si ces lésions sont dues à l'introduction volontaire dans l'oreille d'une substance caustique (ces faits s'observent quelquefois dans les conseils de revision) ou si elles résultent de l'irritation produite par du pus provenant de l'oreille moyenne atteinte d'otorrhée. Le diagnostic est ici d'autant plus malaisé que, dans les cas de ce genre, les parois du conduit auditif présentent un gonflement qui en rétrécit considérablement le calibre, et peut rendre l'introduction du spéculum impossible. Même en l'absence de toute eschare, on voit souvent des individus dont le conduit auditif est rétréci soit par une exostose, soit à la suite d'une prolifération de tissu fibreux, toutes causes qui constituent autant d'obstacles à l'introduction du spéculum. Si l'on se rappelle, en outre, que la furonculose du conduit auditif simule parfois une otorrhée au point d'induire en erreur le praticien le plus exercé, alors que l'intérêt du malade exige une décision prompte et rapide, force est de reconnaître que l'examen direct, malgré ses grands avantages, peut devenir insuffisant, sinon impossible, et qu'on est obligé de prendre une voie détournée pour arriver à une notion exacte sur la nature de l'affection en cause.

Or, M. le docteur E. Jürgens (de Varsovie) vient d'indiquer un moyen de diagnostic indirect qui, grâce à la facilité de son emploi, est à la portée de tout praticien, même peu familiarisé avec l'examen direct de l'oreille.

On sait qu'à l'état normal les glandes salivaires sécrètent presque toujours des sulfocyanures et que le moindre trouble survenant dans l'innervation de ces glandes a pour conséquence la disparition de ces sels de la salive. D'autre part, l'innervation de la plupart des glandes salivaires se trouvant en rapport intime avec celle de la caisse — par l'intermédiaire du nerf de Jacobson (corde du tympan) qui envoie de nombreux rameaux aux différentes parties de l'oreille moyenne —, il paraissait probable *a priori* que des troubles survenant dans l'intérieur de la caisse dussent avoir un retentissement sur les glandes salivaires du même côté et déterminer des modifications dans la composition de la salive correspondante. Il résulte de nombreuses observations de notre confrère qu'il en est réellement ainsi, et que la principale de ces modifications consiste précisément dans la disparition des sulfocyanures, au cours de certaines affections auriculaires avec suppurations graves de la caisse, surtout lorsque ces suppurations sont chroniques.

Pour mettre en évidence les sulfocyanures, il suffit d'ajouter, à de la salive normale, de la colle de farine fraîche et une solution aqueuse saturée d'acide iodhydrique : on obtient ainsi une coloration bleue; mais comme cette réaction peut être produite non seulement par les sulfocyanures, mais aussi par l'acide azotique que la salive renferme dans quelques circonstances, M. Jürgens, afin d'éviter toute erreur, a recours à une deuxième épreuve qui consiste à ajouter à la salive une certaine quantité d'une solution acide de perchlorure de fer : la salive normale prend dans ces conditions une coloration rouge foncé.

Voici maintenant la façon dont notre confrère procède pour déceler l'existence d'une affection auriculaire : après s'être plusieurs fois rincé la bouche, le malade remplit de salive la moitié d'un petit tube à essais; on ajoute à cette salive soit 1 c.c. d'acide iodhydrique saturé, plus 5 c.c. de colle de farine, soit 5 c.c. d'une solution acide de perchlorure de fer à 4 %. Lorsque la salive est normale, c'est-à-dire contient des sulfocyanures, il se produit, comme il vient d'être dit, une coloration bleue dans le premier cas, rouge foncé dans le deuxième. Cette réaction peut souvent être obtenue même avec des quantités moins considérables de salive; on doit alors, bien entendu, diminuer proportionnellement les doses des réactifs. On peut

encore recueillir séparément la salive de chaque côté en introduisant entre la joue et la mâchoire, au niveau de l'orifice du canal de Sténon, un tampon d'ouate qu'on laisse en place pendant quinze minutes et sur lequel on fait ensuite agir les réactifs (0.5 c.c. d'acide iodhydrique plus 3 c.c. de colle de farine, ou 3 c.c. de perchlorure de fer).

Les résultats qu'a donnés cette méthode sont des plus intéressants. C'est ainsi que la réaction a été *négative* (absence de sulfocyanures) dans 6 cas de suppuration chronique de l'une ou des deux oreilles, ainsi que dans 2 cas d'inflammation aiguë ou subaiguë de l'oreille moyenne, d'un caractère grave. Elle a été, au contraire, *positive* chez tous les sujets qui ne présentaient aucune affection auriculaire, chez 2 malades atteints d'otorrhée aiguë ou subaiguë bénigne, dans un cas d'otite catarrhale sèche et dans 2 cas de perforation sèche de la membrane du tympan. Il en a été de même dans 3 faits appartenant à une catégorie assez spéciale; nous voulons parler de ces affections très graves de l'oreille moyenne, où on est tout étonné de voir, en ouvrant l'apophyse mastoïde et l'antre, que la caisse est presque intacte, alors que la région mastoïdienne offre les destructions les plus étendues; on admet, en pareille occurrence, que les microorganismes pathogènes n'ont fait que traverser la caisse pour aller exercer leur action destructive dans les régions plus profondes.

Même lorsque la réaction se montre positive, mais à un degré moins prononcé que du côté supposé sain, il est permis quelquefois de conclure à l'existence d'une affection auriculaire, soit peu grave, soit de date récente. M. Jürgens a observé plusieurs malades de ce genre, de même que quelques autres pour lesquels le procédé qu'il recommande lui a rendu également des services, soit parce qu'il s'agissait d'un rétrécissement du conduit auditif ne permettant pas un examen direct, soit qu'il subsistât des doutes quant à la nature ou à la localisation de l'affection (furonculose ou otorrhée).

Enfin, en pratiquant souvent, chez le même patient, la recherche des sulfocyanures salivaires, on peut se rendre compte des progrès faits par l'affection ou contrôler les résultats du traitement; car, tant que l'état du malade reste stationnaire, la réaction est négative, tandis que la moindre amélioration est suivie immédiatement d'une réaction positive, faible d'abord, mais qui devient de plus en plus nette à mesure que l'amélioration elle-même s'accentue.

QUATORZIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1901.

Séance du 21 octobre 1901.

Chirurgie de la rate.

M. Février (de Nancy), *rapporteur*. — Les affections de la rate susceptibles de nécessiter l'intervention du chirurgien peuvent être groupées sous quatre chefs : 1° les traumatismes (ruptures sous-cutanées, plaies de la rate et hernies traumatiques); 2° les abcès; 3° les tumeurs et les splénomégalies; 4° les déplacements de la rate.

En ce qui concerne les *traumatismes*, nous avons pu réunir 56 cas de ruptures traités chirurgicalement depuis 1885. La splénectomie, qui est le procédé hémostatique par excellence, a été pratiquée 46 fois avec 23 succès et 23 décès, mais cette mortalité élevée doit être attribuée à la gravité des ruptures de la rate beaucoup plus qu'à celle de l'intervention : on peut dire que, le plus souvent, les blessés ont succombé malgré la splénectomie et non pas à cause d'elle. Au point de vue des incisions permettant d'aborder la rate pour en pratiquer l'ablation, l'incision médiane, qui peut être combinée à l'incision transversale, semble bien préférable, et c'est à elle que s'est adressée la majorité des chirurgiens.

Des 10 autres cas de rupture de la rate, 3 furent traités par le tamponnement (1 mort et 2 guérisons); 1 par la suture de la plaie splénique et 1 par la ligature des vaisseaux du pédicule (ces deux blessés succombèrent), et 5 par la laparotomie pure et simple ayant permis l'évacuation du sang et des caillots.

Pour les plaies de la rate par armes à feu ou par coup de couteau, 8 opérations ont été pratiquées, avec 5 guérisons et 3 décès. Quand la plaie splénique est limitée et peu profonde, on peut user de la suture, comme M. Demoulin l'a fait avec succès, mais il est indispensable d'associer à cette intervention le tamponnement. Lorsque, au contraire, la blessure est plus étendue, traversant la rate dans toute sa longueur, la divisant en deux fragments ou intéressant en même temps les vaisseaux du hile, la splénectomie est le moyen hémostatique de choix.

Les *abcès* de la rate ont été traités, suivant les cas, tantôt par l'incision pure et simple, tantôt par la splénectomie; toutefois, il convient d'ajouter que, sur les 10 faits de splénectomie que nous connaissons, on n'est jamais parti d'emblée, pour pratiquer cette opération, sur le diagnostic ferme d'abcès de la rate.

Quant aux *kystes hydatiques*, il est bien difficile d'admettre que la ponction soit autre chose qu'une intervention à l'aveuglette, répugnant à nos habitudes modernes de chirurgie à ciel ouvert et offrant, en outre, de multiples dangers. Les résultats qu'elle fournit sont d'ailleurs peu brillants.

L'incision avec marsupialisation donne une guérison lente, incertaine; elle expose le malade aux inconvénients de l'éventration, ainsi qu'aux périls de la septicémie et de l'épuisement dus à une longue suppuration. L'incision sans drainage, avec capitonnage, n'est pas applicable à tous les cas. Quant à l'extirpation du kyste, elle constitue forcément un procédé exceptionnel.

Pour certains auteurs, la splénectomie, toutes les fois qu'elle est possible, est l'opération de choix. A notre avis, elle doit être réservée aux cas où la rate est libre ou ne présente que peu d'adhérences; lorsque celles-ci sont très nombreuses, il vaut mieux avoir recours à l'incision.

En dépouillant les observations de splénectomie pour *rate leucémique*, on est frappé du chiffre très élevé de la mortalité, atteignant 100 % dans les cas de leucémie accentuée et à la période d'état; aussi ne faut-il pas s'étonner que certains chirurgiens allemands aient déclaré l'intervention illicite, comme devant entraîner à peu près à coup sûr la mort du malade. D'autre part, les faits exceptionnellement heureux de survie n'ont procuré aux opérés qu'une amélioration passagère et non une guérison définitive.

Dans la *splénomégalie paludique*, 117 splénectomies ont donné 31 morts et 86 guérisons, soit une mortalité de 26 %; mais cette statistique est loin de comprendre tous les cas publiés, car nous n'avons pu consulter en détail la littérature italienne, riche en faits de ce genre. Disons seulement que les différentes statistiques établies jusqu'à ce jour sont assez concordantes et donnent une mortalité qui oscille entre 25 et 27 %.

Dans le traitement des *déplacements* de la rate, deux méthodes chirurgicales sont en présence : la splénectomie, d'une part, et les différents procédés de splénopexie, d'autre part.

En réalité, il faut reconnaître que, dans l'immense majorité des cas publiés comme des faits de rate mobile, le déplacement s'accompagnait de telles modifications pathologiques que la mobilité était reléguée au second plan. Les observations de rate flottante vraie, c'est-à-dire avec rate normale ou très peu hypertrophiée, ne semblent pas très nombreuses.

Toutes les fois que la mobilité n'est qu'un phénomène secondaire, la tumeur splénique constituant le symptôme dominant, la splénectomie est évidemment la seule intervention rationnelle; la splénopexie n'est indiquée que si l'organe est sain.

Nous manquons d'un nombre suffisant de faits pour porter un jugement définitif sur la valeur thérapeutique des différents procédés de splénopexie. Tout ce que l'on peut dire, c'est que les résultats obtenus jusqu'ici sont encourageants.

M. Tédenat (de Montpellier). — Trois jours après une ponction pour kyste hydatique de la rate, j'ai pu constater, sur une anse intestinale, une érosion produite par le trocart. Je suis, pour ma part, tout à fait opposé à la ponction dans le traitement des kystes hydatiques, à cause de la tendance que présente l'intestin à s'étaler en quelque sorte au-devant du kyste. Dans bien des cas, je crois que la splénectomie doit être préférée à l'incision.

M. Weiss (de Nancy). — J'ai eu l'occasion d'intervenir pour un cas de plaie de l'abdomen par coup de feu, où l'on pouvait soupçonner l'existence d'une blessure de la rate. La laparotomie fut pratiquée douze heures après le traumatisme. La cavité péritonéale renfermait une assez grande quantité de sang provenant d'une plaie en séton de la rate; celle-ci fut tamponnée avec des compresses longuettes et, l'hémostase m'ayant paru assurée, j'ai borné là mon intervention, après avoir constaté l'intégrité des organes voisins. Le blessé a parfaitement guéri.

M. Routier (de Paris). — Chez une jeune femme qui présentait tous les signes d'une tumeur de la rate, la laparotomie m'a permis l'ablation d'une masse énorme adhérente à la rate, que je dus enlever du même coup, en raison des difficultés que je rencontrai lorsque j'essayai de la dégager. L'examen de la tumeur, qui ne pesait pas moins de 3,500 grammes, a montré qu'il s'agissait non pas d'une tumeur maligne, comme je le craignais, mais d'hématomes multiples de la rate.

M. Lejars (de Paris). — J'ai opéré une femme de quarante-trois ans qui, brusquement, avait été prise, six mois auparavant, d'une douleur très vive dans le flanc gauche, avec vomissements et phénomènes généraux assez graves. Lorsque cette femme fut amenée à l'hôpital, dans un service de médecine, elle présentait une grosse tumeur de la région splénique, et son état général était des plus précaires. Une intervention ayant été décidée, je pénétrai dans une grande loge périsplénique, partout adhérente, que je me contentai de drainer largement. Après diverses péripéties, la malade a fini par guérir. Je crois qu'il s'agissait dans ce cas d'une collection sanguine ancienne, d'origine traumatique, infectée secondairement. Cette femme, en effet, avait fait, trois ans auparavant, une chute sur le côté gauche.

M. Potherat (de Paris). — J'ai opéré avec succès par la splénectomie une femme atteinte de splénomégalie palustre. L'état général était mauvais et il se produisait fréquemment des douleurs assez vives au niveau de la tumeur volumineuse qui, occupant toute la portion sous-ombilicale de l'abdomen, était seulement un peu plus développée dans le côté gauche. On avait, à ce que disait la malade, porté le diagnostic de fibrome utérin, bien qu'il n'existât aucune connexion entre l'utérus et la tumeur, ainsi que je pus m'en assurer par le toucher vaginal. Je ne pensai en aucune façon à une tumeur de la rate, et crus à un néoplasme de l'ovaire gauche. La laparotomie montra que nous avions affaire à une splénomégalie. La splénectomie se fit sans difficultés; l'organe pesait 2,500 grammes. Les suites de l'opération furent extrêmement simples, et la malade a quitté mon service dans un excellent état de santé.

M. Leonte (de Bucharest). — Nous avons pratiqué 16 interventions sur la rate, dont 12 splénectomies (10 pour splénomégalie palustre et 2 pour rate mobile) avec 4 morts et 8 guérisons. Malgré la bénignité de la splénectomie, cette opération n'est évidemment indiquée que dans les cas de splénomégalie palustre où la tumeur splénique constitue le symptôme dominant et où le traitement médical n'exerce aucune modification sur l'infection chronique.

Les 4 autres interventions ont trait à 2 cas de kystes séro-sanguins et à 2 cas de kystes hydatiques; nous avons eu recours, chez ces 4 malades, à la marsupialisation, en raison des adhérences nombreuses que nous avons rencontrées. Trois d'entre eux ont parfaitement guéri; le quatrième a succombé.

M. Delagénière (du Mans). — Je puis vous communiquer une observation de suture de la rate pour plaie de cet organe par coup de couteau. L'opération eut lieu une heure après le

traumatisme. La plaie splénique admettait seulement l'extrémité du doigt et parut justiciable d'une simple suture. La convalescence fut entravée par divers incidents, mais la guérison n'en fut pas moins obtenue.

M. Villar (de Bordeaux). — En 1894, après M. Jaboulay, j'ai pratiqué l'exosplénopexie pour rate leucémique; le blessé est mort d'hémorrhagie. Trois ans plus tard, M. Houzel (de Boulogne) a obtenu un succès avec cette opération, chez une femme de quarante-deux ans dont la rate, très volumineuse, devenait douloureuse par accès.

Cette année, j'ai eu une nouvelle occasion de faire l'exosplénopexie, dans un cas où les adhérences s'opposaient à la splénectomie, et le résultat opératoire a été excellent. Malheureusement, mon opéré a succombé à la cachexie trois mois après mon intervention.

Il n'existe actuellement, à ma connaissance, que 6 observations d'exosplénopexie, dont 2 se sont terminées par une guérison définitive.

M. Reynès (de Marseille). — Au cours d'une autopsie, j'ai rencontré une rupture traumatique sous-cutanée de la rate. Il s'agissait d'un marin de dix-sept ans qui s'était fracturé le crâne dans une chute de 8 mètres de hauteur; la face externe de la rate avait éclaté en deux endroits, et un fragment de tissu splénique avait été arraché au pôle postéro-inférieur. Cette triple rupture avait donné lieu à une hémorrhagie mortelle, passée inaperçue en raison des symptômes de commotion cérébrale qui avaient coïncidé avec la lésion abdominale.

M. Vanverts (de Lille). — Je n'ai pas changé d'opinion, relativement à la supériorité de la splénectomie sur la splénopexie, en cas de rate mobile. L'ablation de la rate, en effet, est extrêmement simple quand cet organe a son volume normal, alors que tous les procédés de splénopexie sont plus ou moins compliqués. Au point de vue des résultats éloignés, il semble qu'il y ait lieu de craindre la récidive après la fixation; la splénectomie, au contraire, donne une guérison radicale.

M. Moty (médecin militaire). — J'ai observé à l'autopsie un cas de plaie de la rate, chez un militaire qui, deux mois après avoir reçu un coup de feu dans le onzième espace intercostal gauche, succomba à un empyème de la plèvre du même côté. La rate, un peu hypertrophiée et indurée, avait été sectionnée complètement par le projectile, à l'union de son tiers supérieur et de ses deux tiers inférieurs.

M. Faure (de Paris). — J'ai traité un cas de splénomégalie par la splénectomie, et cette intervention a été rapidement suivie de mort; je me demande si l'exosplénopexie n'aurait pas ici été préférable.

M. Demons (de Bordeaux). — Dans un cas de plaie pénétrante du huitième espace intercostal, par coup de couteau, il existait des signes abdominaux justifiant une laparotomie que je pratiquai sans retard, et qui me fit découvrir une hémorrhagie interne abondante. Je réunis par une incision transversale la plaie de la laparotomie à celle du coup de couteau, en sectionnant les trois côtes comprises dans ce trajet; par cette large voie, je pus facilement constater une plaie de la rate et enlever cet organe. Le blessé a succombé au *delirium tremens* cinq jours après l'opération.

M. Blanquinque (de Laon). — J'ai fait 2 splénectomies pour splénomégalie; mon premier opéré, pour lequel l'intervention remonte à un an et demi environ, se porte actuellement très bien; dans le second cas, où il s'agissait d'une splénomégalie leucémique, la mort est survenue à la suite d'une hémorrhagie.

M. Lassabatie (médecin de la marine). — J'ai eu l'occasion d'observer un fait particulièrement intéressant au point de vue de la pathogénie des ruptures de la rate. Chez un homme qui avait succombé en un quart d'heure à une contusion de la région lombaire par coup de pied d'homme, j'ai trouvé une rupture complète de la rate. Bien que celle-ci ne présentât, dans sa structure, aucune altération morbide, il avait suffi d'un traumatisme léger pour produire cette lésion si rapidement mortelle.

Séance du 22 octobre 1901.

Epithélioma calcifié, opéré et récidivé.

M. J. Reverdin (de Genève). — Il y a deux ans environ, j'ai eu l'occasion d'enlever une tumeur de la nuque, d'une dureté osseuse, qui me fit penser à un épithélioma; toutefois, je ne songeai pas immédiatement à la variété décrite par M. Malherbe (de Nantes); ce fut l'examen histologique qui me montra qu'il s'agissait d'un épithélioma calcifié.

Contrairement à l'opinion admise par notre collègue et ses élèves, cette tumeur ne tarda pas à récidiver; la bénignité de l'épithélioma calcifié n'est donc pas aussi absolue qu'on le croit généralement. Je dois dire que M. Malherbe lui-même m'a communiqué également un fait de récidive. Sur 53 observations que j'ai pu réunir, 2 fois seulement le néoplasme a récidivé (dans le cas de M. Malherbe et dans le mien).

Le malade a refusé la deuxième intervention que je lui ai proposée; depuis lors, il a été revu et on a pu constater que la tumeur récidivée présentait un volume considérable.

Infection purulente atténuée ou staphylhémie subaiguë.

M. Moty. — D'après l'étude que j'ai pu faire des localisations musculaires du staphylocoque, les abcès musculaires profonds secondaires (furoncles des muscles ou du tissu cellulaire profond), témoignant d'une infection du sang par le staphylocoque, sont plus fréquents chez l'adulte que l'ostéomyélite; celle-ci se produit, d'ailleurs, dans les mêmes conditions que les abcès musculaires.

En dehors des anthrax immédiatement graves et compliqués de phlébites, le pronostic des phlegmons staphylococciques est beaucoup moins sévère que celui des phlegmons streptococciques.

Le diagnostic des localisations profondes de l'infection staphylococcique est le plus souvent très difficile, du moins au début. Dans un cas, notamment, le début des accidents a coïncidé avec l'apparition d'une roséole syphilitique accompagnée d'une éruption furonculeuse; je soignais le malade en question pour ses furoncles depuis une quinzaine de jours, lorsqu'il se plaignit d'une douleur au coude; je remarquai alors l'existence d'un abcès à ce niveau; les jours suivants, je dus inciser successivement plusieurs autres abcès, siégeant au thorax, aux lombes, à la cuisse; l'examen bactériologique du pus démontra nettement l'origine staphylococcique de l'infection. Dans un autre fait, il s'agissait d'un soldat entré à l'hôpital avec le diagnostic d'arthrite du genou; je crus d'abord à une lésion tuberculeuse; mais ayant ouvert une collection qui s'était développée depuis l'entrée du malade à l'hôpital, je fus frappé de l'aspect du pus, et en interrogeant le patient avec plus d'insistance, j'appris qu'il avait eu un furoncle un mois auparavant; là encore le staphylocoque a été retrouvé dans le pus.

L'hémodiagnostic et le cytodiagnostic en chirurgie.

M. Tuffier (de Paris). — Ainsi que je l'ai montré avec M. Milian, l'hémodiagnostic peut rendre de très grands services en chirurgie, dans les cas où, cliniquement, le diagnostic n'hésite qu'entre deux affections, l'une suppurée et l'autre non suppurée (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 209). C'est ainsi que, chez une femme que plusieurs chirurgiens avaient cru atteinte d'ostéosarcome, l'examen du sang, à ma grande surprise, a permis d'affirmer qu'il s'agissait d'une suppuration, et l'opération a prouvé que ce dernier diagnostic était exact. De même, dans certains faits où l'on hésite entre une appendicite et une autre affection, une fièvre typhoïde, par exemple, l'hémodiagnostic peut trancher nettement la difficulté. Enfin, dans le diagnostic différentiel des tumeurs, l'examen du sang pourra se montrer fort utile.

Le cytodiagnostic, imaginé par M. Widal, est appelé également à nous faciliter certains diagnostics malaisés. Pour les traumatismes crâniens, notamment, l'examen du liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire permet d'affirmer le diagnostic de fracture ou au moins de contusion cérébrale, si l'on trouve du sang dans ce liquide.

Anesthésie chirurgicale par injection sous-arachnoïdienne lombaire de chlorhydrate de cocaïne.

M. Villar. — J'ai fait une première série de 36 rachicocaïnisations, pour diverses opérations portant soit sur les membres inférieurs, soit sur la portion sous-ombilicale du tronc. Sur ces 36 cas, 2 fois seulement l'anesthésie n'a pas été obtenue, et dans ces 2 cas il s'agissait de laparotomies. En dehors de ces 2 insuccès, je n'ai jamais eu aucun ennui dans l'application de cette méthode. Seule, la céphalalgie est extrêmement fréquente et d'une intensité réelle, qui en fait l'unique inconvénient de la rachicocaïnisation. Trois de ces 36 malades sont morts le soir même de l'opération, mais il s'agissait, dans le premier cas, d'une occlusion intestinale, dans le deuxième d'une fracture du bassin compliquée de désordres très graves; enfin le troisième patient était un moribond.

Dans une deuxième série, j'ai pratiqué environ 40 rachicocaïnisations, sans aucun accident.

M. Guinard (de Paris). — J'ai apporté dans la technique de l'anesthésie cocaïnique par voie lombaire une petite modification qui me semble avoir une assez grande importance au point de vue de la généralisation de la méthode.

J'ai observé qu'on pouvait combattre très efficacement la céphalée en retirant, par une ponction lombaire, une certaine quantité de liquide. D'autre part, j'ai été très frappé par la constatation, faite par M. Ravaut, de l'existence d'une grande quantité de lymphocytes et de polynucléaires dans ce liquide ainsi extrait après la rachicocaïnisation.

L'idée m'est venue de remplacer, dans l'injection lombaire de cocaïne, l'eau par le liquide céphalo-rachidien comme véhicule de la cocaïne, car j'ai pu m'assurer que l'injection sous-arachnoïdienne d'eau stérilisée pure suffit à provoquer tous les accidents de la rachicocaïnisation.

Depuis que j'emploie cette modification, je n'ai plus jamais observé le moindre incident après l'anesthésie par injection sous-arachnoïdienne lombaire de chlorhydrate de cocaïne.

M. Tuffier. — J'ai employé le procédé indiqué par M. Guinard, et je crois qu'on peut le réaliser d'une façon extrêmement simple en mettant dans la seringue, avant la ponction, quelques gouttes d'une solution de cocaïne très concentrée.

Deux mille anesthésies générales par le chloroforme.

M. Péraire (de Paris). — Sur 2,000 anesthésies générales par le chloroforme, administré toujours à doses faibles et continues, je n'ai eu qu'un seul cas de mort à déplorer; celle-ci, d'ailleurs, s'est produite lorsque l'opération était terminée et que la malade allait être reportée dans son lit, et je me demande si ce décès est bien imputable à la chloroformisation, puisque les accidents de ce genre ont toujours été signalés au début de la narcose.

Il serait du plus grand intérêt que chaque praticien apportât sa statistique pour toutes les anesthésies générales, soit par le chloroforme, soit par l'éther, maintenant surtout que l'on cherche à substituer la rachicocaïnisation à ces modes de narcose.

M. Lucas-Championnière. — Je crois que la préparation morale du malade, avant l'anesthésie générale par le chloroforme, a une assez grande importance. J'ai, pour ma part, essayé la méthode d'anesthésie en musique dont M. Laborde a parlé à l'Académie de médecine (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 162), et il m'a semblé que, chez les sujets qui sont très troublés et très inquiets avant l'opération, cette méthode a comme résultat de dissiper plus ou moins complètement leurs préoccupations.

Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

M. A. Malherbe (de Paris). — Nous obtenons l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle en versant de 2 à 4 grammes du liquide anesthésique sur une simple compresse qu'on applique hermétiquement sur le nez et la bouche du malade sans lui laisser respirer d'air. La narcose survient en vingt à quarante secondes, à peu près sans agitation, et persiste trois ou quatre minutes. On peut la prolonger par de nouvelles doses de chlorure d'éthyle, ce qui permet de pratiquer des opérations de quinze à vingt minutes de durée. Pour les interventions plus longues, on endort d'abord les patients au chlorure d'éthyle et on continue l'anesthésie avec le chloroforme.

Injections de sérum antitétanique dans le cerveau.

M. Letoux (de Vannes). — J'ai obtenu 4 fois la guérison du tétanos au moyen d'injections de sérum antitétanique dans le cerveau. Dans les 4 cas, il s'agissait de plaies des extrémités, dont 3 siégeant au pied, chez des cultivateurs, et 1 à la main, chez une cuisinière; 2 de ces malades n'ont reçu ni chloral ni opium.

Chez tous les 4, l'accident était relativement récent : il datait de sept à dix jours. Le traitement a été institué dès l'apparition des premiers symptômes tétaniques.

Pour pratiquer ces injections, il n'est pas nécessaire de recourir à l'anesthésie, et la technique est des plus simples.

Il est permis de se demander si je ne dois pas mes 4 succès aux doses très fortes que j'ai employées (10 c.c. de sérum dans chaque hémisphère).

Premiers résultats éloignés de l'inclusion de vaseline dans les tissus.

M. Delangre (de Tournai). — Le 20 décembre 1899, j'ai pratiqué sur moi-même mon premier essai d'injection sous-cutanée de vaseline, pour remédier à une cicatrice déprimée consécutive à un furoncle. Le résultat fut si satisfaisant que je me crus autorisé à appliquer le même procédé à d'autres cas variés. Une femme opérée pour un fibrome du sein, et chez laquelle j'avais injecté de la vaseline afin de supprimer la déformation, a succombé sept mois plus tard à une pneumonie, et, à l'autopsie, j'ai pu m'assurer des bonnes conditions dans lesquelles s'était maintenu le bloc de vaseline.

Le plus souvent, le résultat immédiat a été très satisfaisant; 4 fois seulement on a dû réitérer l'injection de vaseline, afin de compléter les effets de la première injection. Dans 3 cas, on a observé des accidents de suppuration consécutifs à l'injection vaselinée.

La piqûre de la vive au point de vue chirurgical.

M. Dewèvre (de Dunkerque). — Nous savons que la piqûre de la vive peut déterminer des lymphangites et des phlegmons, mais ce n'est pas de ces accidents que je veux vous entretenir. C'est sur les lésions osseuses consécutives aux piqûres de ce poisson que je désire attirer votre attention. J'avais été déjà frappé de la fréquence de la nécrose osseuse dans les panaris reconnaissant cette origine. J'ai récemment observé deux nouveaux exemples de cet accident. Dans l'un de ces cas, la lésion était localisée à la face palmaire du médius, et la guérison a pu être obtenue sans amputation. Dans l'autre, l'amputation de l'avant-bras a été jugée nécessaire; le malade avait été piqué au niveau du poignet, et je constatai par la radiographie que le carpe était entièrement détruit et que les extrémités des deux os de l'avant-bras étaient très altérées.

Quelques cas de traumatismes crâniens ayant nécessité une intervention chirurgicale.

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand). — Dans six cas de traumatismes crâniens où j'ai pu intervenir moins de vingt jours après l'accident, j'ai obtenu un résultat parfait. Chez ces blessés, il s'agissait de plaies crâniennes donnant lieu à des accidents de compression, et chaque fois la crâniectomie a permis de supprimer la cause des troubles.

Je ne puis en dire autant pour une deuxième série de faits où l'opération n'a pu être que tardive.

Il est évident que l'intervention dirigée contre les complications des traumatismes crâniens doit être aussi précoce que possible, et que les accidents nerveux que déterminent ces traumatismes n'ont guère de chances d'être supprimés que si l'opération n'est pas faite à une date trop tardive.

Intervention chirurgicale pour accidents épileptiformes.

M. Vidal (de Périgueux). — Grâce à l'emploi du nitrite d'amyle, j'ai pu faire le diagnostic de compression cérébrale chez une jeune fille atteinte d'épilepsie généralisée dont il m'avait été impossible de déterminer la nature. Je proposai une intervention qui fut acceptée, et je pratiquai une hémicrâniectomie; je pus ainsi découvrir une petite tumeur fibreuse de la dure-mère, dont je fis l'ablation. La malade, opérée au mois de mai dernier, a parfaitement guéri, et depuis cette époque elle n'a pas présenté la moindre crise ni le moindre vertige.

M. Peugniez (d'Amiens). — J'ai opéré en novembre 1899 un individu atteint d'épilepsie traumatique avec un état mental des plus graves, consécutivement à une fracture ancienne du crâne. Au niveau d'une cicatrice siégeant dans la région pariétale du côté droit, je pratiquai une trépanation qui me permit d'enlever une assez large plaque de méningite chronique. Dès les premiers jours après l'intervention, l'état mental s'est trouvé considérablement amélioré, et peu à peu les crises épileptiformes se sont espacées, puis ont fini par disparaître.

M. Lucas-Championnière (de Paris). — Avant de juger le résultat d'une intervention dirigée contre l'épilepsie traumatique, je crois qu'il faut attendre, non pas quelques mois, mais plusieurs années. Chez un de mes opérés, j'ai vu des accidents épileptiformes se produire à nouveau après dix ans, pendant lesquels la guérison avait paru complète.

MAURICE CAZIN,
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 octobre 1901.

Sur un cas d'épilepsie jacksonienne due à une lésion de la région frontale.

M. Dieulafoy relate l'observation d'un homme de quarante ans, ouvrier typographe, qui fut pris subitement au milieu de la nuit, sans phénomènes précurseurs, d'un accès d'épilepsie jacksonienne. Cet accès, qui débuta par le bras gauche, gagna le membre inférieur correspondant — et aussi, quoique à un moindre degré, le côté gauche de la face — et se renouvela les jours suivants un très grand nombre de fois. Le malade étant un ancien syphilitique, on crut à l'existence d'une gomme ou d'une scléro-gomme située dans la région rolandique de l'hémisphère droit et on institua le traitement spécifique par les injections mercurielles. Malgré cette médication, les accès, loin de diminuer de nombre, devinrent subintrants et le patient succomba dans le coma cinq jours après le début des accidents.

L'autopsie démontra que ceux-ci étaient bien liés à la présence d'une gomme dans le cerveau, mais celle-ci, au lieu de siéger dans la région rolandique, comme autorisait à le croire la doctrine des localisations cérébrales, occupait la partie antérieure de la région frontale gauche.

En dehors de son siège insolite, cette gomme était encore intéressante par ce fait que, malgré son ancienneté évidente, puisqu'elle était complètement ramollie, elle n'avait donné lieu à aucun trouble des facultés intellectuelles. Le jour même qui précéda l'apparition des accès d'épilepsie, le malade s'était rendu à son travail comme d'habitude et ne s'était plaint d'aucun malaise.

L'orateur rapproche cette observation de 5 autres faits analogues qu'il a recueillis dans la littérature, et de leur examen comparatif il tire cette conclusion, qu'à côté de l'épilepsie jacksonienne due à une lésion de la région rolandique on doit admettre l'existence d'une seconde variété d'épilepsie jacksonienne, à la vérité beaucoup plus rare, qui reconnaît pour cause une lésion de la région frontale. Ces deux sortes d'épilepsie ont des symptômes identiques, et rien jusqu'à présent ne permet, au point de vue clinique, de les différencier.

M. Laborde fait remarquer que l'apparition d'accidents convulsifs à la suite d'une lésion de la région frontale peut s'expliquer par l'existence, bien établie chez l'animal, de fibres partant des circonvolutions frontales pour se rendre aux circonvolutions rolandiques ainsi qu'à la région bulbo-protubérantielle.

M. Lancereaux rappelle qu'il a démontré autrefois que des convulsions épileptiformes pouvaient s'observer à la suite de toutes les tumeurs du cerveau, pourvu qu'elles fussent situées à la périphérie de cet organe.

Un cas de rhumatisme tuberculeux.

M. Poncet (de Lyon). — Depuis ma précédente communication sur le rhumatisme d'origine bacillaire (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 244), j'ai observé un nouveau cas de cette affection.

Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, sans antécédents personnels mais dont une sœur est morte de tuberculose. Au mois de juillet 1900, cet homme présenta pour la première fois des accidents articulaires qui furent attribués à un rhumatisme aigu, mais qui résistèrent à la médication salicylée.

Depuis près d'un an, il était bien portant, quand le 26 juin dernier il fut pris tout à coup, sans cause appréciable, comme au mois de juillet précédent, des mêmes accidents articulaires. De nouveau on pensa à un rhumatisme aigu, et encore une fois on prescrivit sans résultat appréciable le salicylate de soude et l'antipyrine.

Lorsque le malade entra dans mon service le 29 juillet dernier, il était atteint d'une ostéo-arthrite chronique du genou droit. L'articulation ayant été ponctionnée, on en retira un liquide séreux, légèrement louche, qui, injecté à un cobaye, rendit cet animal tuberculeux. La séro-réaction, pratiquée à la même époque par M. P. Courmont, donna également un résultat positif : l'origine bacillaire de la lésion articulaire en question ne peut donc pas être contestée.

Ce diagnostic ne tarda pas, du reste, à être confirmé par l'évolution de la maladie. Peu après, en même temps que l'état général devenait moins bon, on vit apparaître de la toux, de l'amaigrissement, des sueurs profuses, etc. Enfin, l'auscultation des poumons révéla des râles fins et des craquements secs aux deux sommets, surtout à gauche.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que, pendant un certain temps, les réactions articulaires, vis-à-vis des toxines tuberculeuses, ont affecté le même mode que dans le rhumatisme ordinaire. Il sera donc prudent désormais, en présence de manifestations dites rhumatismales, surtout lorsque l'antipyrine et le salicylate de soude auront échoué, de songer à la tuberculose et de recourir, comme complément d'information, à la séroréaction. On pourra peut-être ainsi dépister dans quelques cas la première manifestation d'une infection bacillaire et en prévenir la généralisation.

Traitement du lupus tuberculeux par le permanganate de potasse.

M. Hallopeau lit, à l'occasion d'un travail de M. Butte, un rapport duquel il résulte que le lupus ulcéreux se cicatrise presque toujours à la suite de l'application, durant un quart d'heure, de compresses imprégnées d'une solution de permanganate de potasse à 2 %, précédée d'un savonnage des parties malades.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, de lupus non ulcérés, cette médication devient insuffisante; il faut appliquer pendant un quart d'heure, suivant le procédé de Kaczanowsky, du permanganate de potasse pulvérisé sur les nodules lupiques; il se forme alors un magma que l'on ne peut enlever complètement, mais qui se détache au bout de trois ou quatre jours, laissant une perte de substance superficielle, laquelle ne tarde pas à se cicatriser.

Extirpation totale du larynx pour rétrécissement de cet organe.

M. Le Dentu présente, au nom de M. Jaboulay (de Lyon), un malade qui a subi au mois de mars 1900 l'extirpation complète du larynx, pour un rétrécissement syphilitique infecté de cet organe.

Actuellement, cet homme est porteur d'un larynx artificiel qui lui permet de parler, de boire, de manger et même de respirer; toutefois, sa trachée est encore munie d'une canule qui a été appliquée à la suite d'une trachéotomie faite d'urgence pour des accidents asphyxiques survenus avant la laryngectomie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 octobre 1901.

Influence des variations de température sur l'évolution de la tuberculose expérimentale.

MM. Lannelongue, Achard et Gaillard. — Poursuivant nos recherches relatives aux circonstances qui peuvent influer sur l'évolution de la tuberculose expérimentale (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 155 et 1901, p. 163), nous avons étudié l'action des variations de température à ce point de vue.

Trois lots de cobayes — égaux en poids et comprenant chacun 10 animaux — ayant été inoculés simultanément dans la plèvre avec la même dose de virus, les premiers de ces cobayes furent continuellement maintenus dans le laboratoire; les seconds restèrent constamment au dehors; les troisièmes enfin furent alternativement placés à l'intérieur et à l'extérieur. La mortalité a été à peu près la même dans les trois groupes (3 morts dans le premier, 2 dans le deuxième et 4 dans le troisième); mais il importe de remarquer que les différences de température entre l'intérieur du laboratoire et l'extérieur n'étaient pas très considérables.

De deux autres lots semblables de cobayes, inoculés aussi dans la plèvre, l'un fut laissé à l'intérieur du laboratoire, l'autre fut placé pendant neuf heures par jour dans une étuve à 38° et le reste du temps (dont la nuit) à l'extérieur; un lot témoin était soumis aux mêmes variations brusques de température. Au bout de cent jours, le second lot était complètement détruit tandis qu'il n'y avait eu qu'un seul mort parmi les animaux de la première série; des témoins, un seul avait péri dès les premiers jours de l'expérience, alors que la ventilation de l'étuve était mal assurée.

On voit que, d'après ces recherches, ni les variations légères de température ni le froid modéré n'exercent une influence bien appréciable sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye; au contraire, les changements thermiques brusques et importants accélèrent d'une façon notable la marche de cette maladie.

Le microphyte de la piedra.

M. P.-S. de Magalhaès adresse une note concernant un cas de piedra observé à Rio-de-Janeiro, chez une femme n'ayant jamais quitté cette ville et n'ayant pas été en rapport avec des personnes venant de Colombie : on sait que la piedra paraissait strictement localisée à deux provinces colombiennes (Etats de Cauco et de Antioquia); la seule circonstance qu'on pût incriminer dans ce cas était l'usage de suc d'aloès comme tonique capillaire. L'auteur a pu constater quelques particularités nouvelles relatives au parasite de cette affection; il a vu, notamment, que ce champignon forme des spores à l'intérieur de ses filaments, et que la substance hyaline qui entoure les spores, dans les nodosités piédriques, a une constitution cellulaire et filamenteuse. Ces faits avaient été jusqu'ici méconnus, sans doute parce que la solution de potasse à 10 %, généralement utilisée pour l'étude des parasites des cheveux, dissout la substance hyaline du microphyte de la piedra.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 octobre 1901.

De la prostatectomie.

M. Tuffier. — Je dois vous faire un rapport sur 3 observations de prostatectomie qui nous ont été adressées par M. Adenot (de Lyon).

Dans le premier cas, il s'agit d'une tumeur épithéliomateuse de la prostate, traitée avec succès par la prostatectomie; malheureusement la récidive, survenue quatre mois après l'opération, entraîna rapidement la mort.

Chez les deux autres patients, l'intervention en question a été pratiquée pour hypertrophie de la prostate, compliquée d'accidents de rétention. Chez l'un d'eux, notamment, le résultat a été très satisfaisant.

J'ai, pour ma part, fait en 1892 ma première prostatectomie par la voie sus-pubienne, pour hypertrophie du lobe médian de la prostate; mon malade a guéri, et depuis il est resté très amélioré. Tout récemment, j'ai eu également l'occasion de pratiquer la même opération par la voie périnéale. Toutefois, les faits de ce genre sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse émettre actuellement une opinion sur la valeur de cette intervention.

M. Kirmisson communique une observation d'*accidents épileptiformes consécutifs à une fracture ancienne du crâne*. La première crise d'épilepsie jacksonienne est survenue deux ans après la chute et la seconde six années environ plus tard; une trépanation faite à ce moment ne permit pas de découvrir la cause des accidents.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 octobre 1901.

Rythme couplé du cœur avec pouls bigéminé dans le cours d'un ictère.

M. Dufour. — J'ai eu l'occasion de constater chez deux malades atteints d'ictère catarrhal le phénomène connu sous le nom de « rythme couplé du cœur avec pouls bigéminé ». Dans les deux cas, ce phénomène ayant disparu en même temps que la coloration jaune des téguments, force est d'admettre qu'il était dû à la présence de la bile dans le sang. Mais de quelle façon la bile agit-elle sur le cœur? On ne saurait assimiler son action à celle de la digitale qui, dans certaines conditions, détermine aussi l'apparition du rythme couplé. Si l'administration de la digitale, en effet, ralentit le pouls comme le fait la bile répandue dans le sang, le mécanisme de ce ralentissement est bien différent: dans le premier cas, il coïncide avec une rétraction du cœur et une augmentation de la tension artérielle; dans le second, avec une dilatation des cavités cardiaques et une hypotension artérielle. En raison de cette divergence d'action de la digitale d'une part, de la bile de l'autre, sur le cœur et les vaisseaux, il faut admettre que ce ne sont pas les mêmes éléments qui sont intéressés par ces deux substances; la digitale agissant surtout sur les filets cardiaques du nerf pneumogastrique, on est amené à penser que la bile doit porter son action sur le muscle cardiaque lui-même. Le rythme couplé du cœur avec pouls bigéminé, survenant au cours d'un ictère, serait donc l'indice d'un affaiblissement du myocarde : ce qui semble confirmer cette hypothèse, c'est que mes deux malades avaient eu autrefois, l'un un rhumatisme articulaire aigu et l'autre une variole.

M. Chauffard. — Je crois que le rythme couplé du cœur avec pouls bigéminé est un phénomène commun à beaucoup de bradycardies thérapeutiques ou pathologiques; aussi, tout en admettant que l'action toxique exercée par les poisons biliaires sur le myocarde puisse jouer un rôle dans la production de ce phénomène, j'estime que son interprétation est encore assez obscure.

Sur deux cas de polynévrite généralisée d'origine toxique.

M. Soupault communique les observations de deux ouvrières employées dans une teinturerie, qui sont atteintes toutes deux d'une polynévrite des membres supérieurs et inférieurs.

Cette affection paraît devoir être attribuée à l'inhalation des vapeurs d'un mélange de benzine et d'éther de pétrole dont ces femmes se servaient pour nettoyer des gants, ainsi qu'à la manipulation de ce même mélange; aucune autre cause d'intoxication, telle que le saturnisme ou l'alcoolisme, n'a pu, en effet, être relevée chez elles.

Des faits antérieurement publiés, il semble résulter que c'est la benzine qui joue le principal rôle dans le développement de ces accidents névritiques.

M. Dufour fait remarquer que l'intoxication par les vapeurs et la manipulation de la benzine se traduit souvent par des accidents cérébraux tout à fait comparables à ceux de l'ivresse alcoolique.

Albuminurie orthostatique.

M. Courcoux relate, au nom de M. Le Noir et au sien, l'observation d'une jeune fille de seize ans, ayant eu la scarlatine à sept ans, qui présenta, au moment de la croissance, tous les signes d'une néphrite avec albuminurie, anasarque, etc. Sous l'influence du régime lacté, l'état de cette malade s'améliora considérablement; la céphalalgie, les œdèmes cessèrent; cependant, l'albuminurie ne disparut pas complètement : on constata, en effet, que si l'urine du matin ne contenait jamais d'albumine, celle de la journée, au contraire, en renfermait presque toujours une quantité variant de 0 gr. 25 à 0 gr. 30 centigr.; on remarqua, en outre, que cette albuminurie diurne était exclusivement sous la dépendance de la station debout, qu'elle n'augmentait pas pendant les périodes de digestion et qu'il suffisait de faire garder le lit à la patiente pour la voir disparaître. Il s'agit donc d'une albuminurie orthostatique vraisemblablement liée à la persistance d'une légère altération des reins, car il existait un retard dans l'élimination du bleu de méthylène.

Tuberculose généralisée des séreuses (pseudo-rhumatisme tuberculeux).

M. F. Bezançon communique l'observation d'une jeune femme de vingt-quatre ans ayant succombé à une tuberculose généralisée des séreuses. La maladie a duré dix-huit mois; dans une première phase, elle a été caractérisée par de l'endocardite mitrale et des manifestations articulaires offrant tous les caractères de celles qu'on observe au cours du rhumatisme blennorrhagique. Dans la seconde phase, au contraire, c'est l'inflammation des séreuses viscérales (plèvre, péritoine et méninges) qui a occupé presque toute la scène morbide; il n'y a eu, à aucun moment, de signes d'une lésion du poumon; la seule localisation viscérale a été une splénomégalie considérable. La nature tuberculeuse de cette inflammation a été démontrée par l'examen cytologique du liquide retiré de la plèvre pendant la vie, liquide qui contenait des lymphocytes en très grande abondance.

A propos de la cytologie du liquide des arthropathies tabétiques.

M. Achard. — J'ai observé un fait qui vient à l'appui des observations présentées par M. Dufour, au cours de la dernière séance, sur la composition du liquide des arthropathies tabétiques : chez un malade atteint d'une arthropathie du genou ayant nécessité plusieurs ponction, l'épanchement était visqueux, couleur gelée de groseilles, et contenait un très grand nombre de globules rouges et de lymphocytes.

M. Gaucher dépose, au nom de M. Schachmann (de Bucharest), une note sur un cas de myélite syphilitique chronique guérie par des injections intra-rachidiennes de benzoate de mercure à la dose de 0 gr. 01 centigr. par jour.

M. Ballet fait remarquer qu'il serait téméraire de s'appuyer sur ce fait unique pour soumettre tous les tabétiques à une médication dont l'innocuité lui semble loin d'être démontrée.

M. Dufour relate un cas de *gangrène symétrique des extrémités* consécutive à une double pneumonie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 octobre 1901.

Les origines des polynucléaires ordinaires.

M. Dominici. — Les polynucléaires neutrophiles ou amphophiles sont formés par le tissu myéloïde et par le tissu lymphoïde.

Du tissu myéloïde normal ou en voie de reviviscence dérivent des polynucléaires par la transformation de cellules embryonnaires (lymphocytes) en myélocytes granuleux, lesquels deviennent polynucléaires par la segmentation de leur noyau.

Quant aux polynucléaires issus du tissu lymphoïde, ils proviennent de la transformation de cellules embryonnaires (lymphocytes) qui font partie des mononucléaires du sang (une autre variété de mononucléaires est constituée par des macrophages).

Les mononucléaires passent également à l'état de polynucléaires dans les vaisseaux à la suite de la segmentation de leur noyau et de l'élaboration simultanée des granulations amphophiles.

Il résulte de ces constatations que, quel que soit le point de départ des polynucléaires, qu'ils dérivent d'un myélocyte ou qu'ils procèdent d'un mononucléaire du sang, leurs cellules d'origine sont toujours de même espèce; le processus de transformation diffère seul par abréviation des stades d'évolution de la cellule-souche quand celle-ci appartient à la série lymphogène.

Ces faits sont en harmonie avec l'état de nos connaissances sur l'évolution du système hématopoiétique, mais ils permettent de supposer qu'on doit fréquemment confondre, au cours des états infectieux, les poussées de mononucléaires représentant des polynucléaires à l'état larvé, avec les poussées de mononucléaires qui sont des macrophages.

Méningite spinale plastique expérimentale par le poison caséifiant du bacille tuberculeux.

M. Delille. — Après injection dans la cavité arachnoïdienne d'un chien d'éthéro-bacilline d'Auclair émulsionnée dans du sérum artificiel, j'ai constaté au bout de quinze jours une paraplégie flasque. L'animal ayant été sacrifié, j'ai trouvé une leptoméningite fongueuse caractérisée macroscopiquement par un épaississement de la pie-mère sans lésions dure-mériennes, et histologiquement par une infiltration embryonnaire nodulaire emplissant les espaces sous-arachnoïdiens, avec lésions d'endo et de péri-vascularite.

Chez un autre animal auquel j'ai injecté également de l'éthéro-bacilline, mais cette fois dans l'espace épidural, j'ai obtenu une méningite de même nature, avec intégrité de la pie-mère.

Je crois pouvoir conclure de ces expériences que l'introduction, au niveau des méninges rachidiennes, du poison tuberculeux caséifiant est suivie d'une inflammation plastique très analogue, par ses symptômes et ses lésions, à celle qu'on voit survenir au cours de certaines tuberculoses vertébrales.

Dosage du fer dans les ganglions lymphatiques.

MM. Guillemonat et **Delamare.** — D'après nos dosages, les ganglions lymphatiques renferment des quantités de fer pouvant atteindre 0 gr. 11 centigr. ‰. Ce chiffre, presque aussi élevé que celui qui exprime la proportion du fer dans la moelle osseuse (0 gr. 12 centigr. ‰), a été observé six jours après la splénectomie, alors que le taux de l'hémoglobine du sang avait diminué. D'une façon générale, la teneur en fer du ganglion lymphatique est compatible avec l'existence d'un processus hématopoiétique d'ailleurs inconstant.

Respiration et déglutition.

M. Gellé. — Il est facile de s'assurer, soit au moyen du manomètre à eau, soit simplement avec un miroir placé sous le nez, que chaque mouvement de déglutition est immédiatement suivi d'une expiration par les fosses nasales. On comprend ainsi facilement que l'obstruction plus ou moins complète de ces dernières cavités, chez les adénoïdiens, les sujets atteints de catarrhe naso-pharyngien, etc., s'oppose au passage de ce souffle expiratoire qui s'effectue alors par la bouche : de là les bruits sonores, gargouillements, ronflements, etc., qui sont habituels chez ces malades au moment de la déglutition.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 19 octobre 1901.

Psorospermose de la peau.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Ehrmann** a montré un malade atteint de psorospermose héréditaire de la peau; c'est la quatrième fois que cet homme présente des manifestations de cette affection; son père en a été également atteint et a succombé dans le marasme. Il s'agit là, d'après l'orateur, d'une maladie constitutionnelle qui s'accompagne à la longue d'amaigrissement, de perte des forces et d'une cachexie généralisée; aussi y aurait-il peut-être lieu de la faire rentrer dans le groupe des tuberculoses cutanées, d'autant plus que M. Ehrmann a observé un patient qui était atteint à la fois de psorospermose et de lupus. La psorospermose peut débuter dans la première enfance; elle est alors constituée par de petits nodules de couleur terreuse et de consistance élastique. Peu à peu, ces nodosités se réunissent les unes aux autres et donnent lieu à des plaques cornées qui, lorsqu'elles se détachent, laissent à nu une surface suintante, sécrétant un liquide fétide. Cette dermatose a été souvent confondue avec le *lichen scrofulosorum*, qui s'en distingue par l'existence de véritables nodules tuberculeux contenant des éléments épithélioïdes, des cellules géantes et des leucocytes.

L'hérédité joue certainement un plus grand rôle que la contagion dans le développement de la psorospermose. Le médicament qui réussit le mieux contre cette affection est l'huile de foie de morue *intus et extra*.

Recherches expérimentales concernant l'action de l'extrait surrénal sur la motricité de l'intestin.

M. Pal a communiqué le résultat de ses recherches relatives à l'action des capsules surrénales sur la motilité de l'intestin. Ces expériences ont consisté à injecter dans les veines d'animaux curarisés de l'extrait de capsules surrénales et à enregistrer les mouvements intestinaux. On constate, dans ces conditions, un relâchement des fibres musculaires longitudinales et transversales de l'intestin, et la cessation de leurs mouvements en pendule. Les mêmes effets furent observés sur des intestins dont les nerfs avaient été sectionnés.

M. Pal estime que le relâchement des fibres musculaires de l'intestin sous l'influence de l'extrait surrénal est dû à l'action de cette substance sur les vaisseaux intestinaux.

M. K. A. Herzfeld a relaté un cas de *rupture de l'utérus gravide* survenue au niveau d'une ancienne perforation due à un curettage; l'orateur, à ce sujet, fait observer que beaucoup de blessures de l'utérus peuvent passer inaperçues au moment de leur production, et ne donner lieu que plus tard à des accidents graves.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches sur la flore microbienne des poumons normaux, par M. I. Boni.

Malgré le nombre considérable de travaux consacrés à cette question, on n'a pas encore de données bien précises sur la bactériologie du poumon sain. Certains auteurs prétendent qu'à l'état normal on ne trouve pas de microbes dans le poumon; d'autres, au contraire, ont constaté dans la plupart des cas la présence de germes pathogènes dans le parenchyme pulmonaire d'animaux de boucherie ou d'individus ayant succombé à des maladies non infectieuses et n'intéressant pas l'appareil respiratoire. La cause de ces divergences peut être attribuée en partie à une technique insuffisante, en partie à ce que les autopsies humaines n'étant généralement pratiquées que plusieurs heures après le décès, on ne peut éliminer avec certitude l'hypothèse d'une invasion *post mortem*.

M. Boni a repris l'étude de cette question en s'entourant de toutes les garanties expérimentales désirables. Il a opéré en première ligne sur des animaux de boucherie, spécialement sur le porc. En raison des difficultés qui empêchent de procéder aux recherches sur l'homme dans des conditions satisfaisantes, il n'a pu faire qu'une seule observation sur un enfant échaudé par l'eau bouillante et mort de ses brûlures. Dans tous les cas, il a recueilli pour l'examen bactériologique, avec toutes les précautions d'asepsie voulues, un fragment de parenchyme pulmonaire d'environ 2 centimètres, en évitant soigneusement les grosses bronches. Après avoir dilacéré ce parenchyme dans du bouillon de culture — qui lui servit aussi à ensemencer des plaques de gélose —, il en injecta 1 c.c. à la souris blanche, pour déceler le diplocoque de Fränkel, et 3 c.c. dans le péritoine du cobaye, pour isoler le bacille de la tuberculose. Il constata ainsi, dans les poumons de l'enfant, la présence de diplocoques de Fränkel et de staphylocoques pyogènes; sur 20 porcs examinés de la même manière, il ne trouva les poumons stériles que 6 fois; dans 3 cas, ils contenaient des saprophytes de l'air, non pathogènes; dans les 11 autres, on en retira des parasites susceptibles de jouer un rôle actif dans la production de maladies infectieuses du poumon (5 fois le diplocoque de Fränkel, 3 fois le streptocoque pyogène, 2 fois le staphylocoque doré et 2 fois le pneumobacille de Friedländer). Les inoculations ont démontré que la virulence de ces microorganismes était, d'ailleurs, considérablement affaiblie. Parfois, les cultures sur gélose restaient stériles, tandis que les inoculations étaient couronnées de succès: aussi M. Boni estime-t-il que les résultats négatifs publiés par quelques auteurs sont dus à ce qu'ils ont négligé d'inoculer le suc pulmonaire à des animaux.

Par contre, le poumon des cobayes est stérile dans la grande majorité des cas. Ayant examiné 40 de ces animaux, M. Boni n'en a trouvé qu'un dont le suc pulmonaire inoculé à une souris ait permis de constater la présence du pneumocoque de Fränkel, alors que la culture était restée stérile. Il existe donc une différence fondamentale entre les petits animaux de laboratoire, lapins et cobayes, et les grands animaux de boucherie, et cette différence explique aussi l'insuccès des recherches n'ayant porté que sur des lapins. Un troisième facteur, qui, dans un certain nombre de cas, a pu aussi contribuer à fausser les résultats, est que plusieurs expérimentateurs se sont servis de la chloroformisation pour tuer leurs animaux : les vapeurs de chloroforme agissant sur des bactéries déjà affaiblies ont suffi pour leur enlever le peu de vitalité qui leur restait. C'est à l'atténuation des microbes du poumon normal que l'auteur attribue la rareté de l'infection d'un infarctus pulmonaire ou d'une plaie du poumon, fait considéré par d'aucuns comme un argument en faveur de la stérilité du poumon.

Quant à la question des voies de pénétration des bactéries dans le poumon, M. Boni n'admet pas l'hypothèse de M. Buttersach, d'après lequel l'infection aurait lieu par les amygdales, les ganglions bronchiques et les lymphatiques pulmonaires. Dans les cas où le poumon renfermait des pneumocoques, M. Boni n'a jamais réussi à constater la présence de ces microorganismes dans les ganglions bronchiques. Il est d'avis que l'infection a lieu par les voies aériennes, et que la rareté des bactéries dans les alvéoles et les bronchioles s'explique par les innombrables ramifications des bronches qui font office de filtre. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 5 6.) — A. J.

De la caduque ovarienne et de ses rapports avec certaines altérations de l'ovaire, par M. O. Lindenthal.

On sait que, même en cas de grossesse ectopique, la muqueuse utérine se transforme en caduque; cette « réaction déciduale » n'est, d'ailleurs, pas spéciale à l'utérus : on l'observe dans les divers organes de la sphère génitale quand la grossesse évolue à l'intérieur de la matrice. Dans le présent travail, M. Lindenthal s'occupe spécialement des modifications déciduales ayant l'ovaire pour siège.

Ces transformations ne sont sans doute pas constantes, car l'auteur ne les a rencontrées que 25 fois sur 39 pièces provenant des différentes époques de la grossesse. Elles ne débutent guère qu'à la fin du troisième mois lunaire; à ce moment, on voit les cellules conjonctives, placées au-dessous de l'albuginée, s'hypertrophier, prendre un aspect polyédrique ou irrégulier et former des groupes d'importance variable autour des capillaires dilatés.

Ces cellules ont tous les caractères des cellules déciduales. Bientôt elles se multiplient, soulèvent l'épithélium germinatif et donnent ainsi naissance à une série d'inégalités séparées par des cryptes ou culs de-sac plus ou moins profonds, tapissés par ce même épithélium. Vers le cinquième ou le sixième mois, les inégalités en question constituent de petites saillies, ayant sur une coupe l'aspect d'un champignon aplati. Mais, dès la fin du sixième mois, se montrent dans les cellules déciduales des symptômes de

régression : le protoplasma se colore vivement par l'éosine et se creuse de petites vacuoles contenant un liquide muqueux spécial ; les contours cellulaires apparaissent moins nets et le stroma interstitiel, jusque-là fibrillaire, prend une apparence homogène. M. Lindenthal n'a trouvé nulle part de granulations glycogéniques. Au neuvième ou au dixième mois lunaire, les éléments déciduaux sont en pleine dégénérescence hyaline et les bourgeons qu'ils formaient s'atrophient et se sclérosent. Par contre, les enfoncements épithéliaux qui les séparaient s'isolent de plus en plus de la surface ovarienne, produisant de petits kystes destinés en général à disparaître.

Après l'accouchement se poursuit le même travail de régression ; mais la connaissance des faits précédents permet de rattacher à leur véritable origine les vestiges lacunaires ou kystiques et les petits bourgeons hyalins ou fibreux que l'on rencontre encore. L'auteur pense, de plus, que ses observations peuvent servir à expliquer le développement des fibromes papillaires et des petits kystes simples de l'ovaire. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin 1901.) — R. DE B.

Empyème du sinus maxillaire et péritonite aiguë, par M. C. Reitter.

Depuis que Zuccarini, en 1853, a signalé pour la première fois l'existence de sinusites maxillaires au cours de la dothiénentérie, la même complication a fréquemment été observée chez des sujets atteints de différentes autres maladies infectieuses, telles que la rougeole, la variole, la scarlatine, l'influenza, la diphtérie. En ce qui concerne les relations de la péritonite aiguë avec l'empyème du sinus maxillaire, la coexistence des deux processus morbides paraît moins commune : sur 14 autopsies de péritonite, E. Fränkel et Dmochowski n'ont trouvé que six fois la suppuration du sinus ; deux fois ils y constatèrent des colibacilles ; dans les 4 autres cas, ils rencontrèrent le diplocoque de Fränkel, le bacille encapsulé de Friedländer, des streptocoques.

C'est du rapport inverse qu'il s'agit dans le fait relaté par M. Reitter, puisque la sinusite semble avoir été primitive, la péritonite secondaire. Il concerne un malade atteint de péritonite suppurée aiguë et apyrétique très grave, chez lequel ni l'examen pratiqué pendant la vie ni l'autopsie ne fournirent de renseignements précis sur la cause et le point de départ de l'affection. La cavité abdominale ne renfermait, dans le voisinage du péritoine, aucun foyer de suppuration qui eût pu déterminer la péritonite, soit par perforation, soit par propagation. Il existait bien un léger degré d'entérite, mais celle-ci devait être considérée plutôt comme consécutive à la péritonite. On aurait donc conclu à une péritonite idiopathique, si l'autopsie n'avait révélé l'existence d'un empyème maxillaire. Sans vouloir affirmer que ce fût là le point de départ de la péritonite, l'auteur considère cependant la chose comme possible ; il estime qu'avant de poser le diagnostic de péritonite idiopathique primitive, on doit s'assurer qu'il n'existe nulle part, même dans les régions les plus éloignées du péritoine, un foyer de suppuration, tel qu'un petit abcès de l'amygdale ou un empyème maxillaire latent.

La propagation de l'infection du sinus maxillaire au péritoine peut se faire par la voie sanguine ou, comme l'a montré Nothnagel, par l'intermédiaire du tube digestif.

Dans le cas présent, le sinus maxillaire renfermait des microorganismes appartenant au groupe des colibacilles, mais, comme l'autopsie n'a été pratiquée que vingt heures après la mort, M. Reitter se montre réservé quant à l'explication étiologique de la sinusite. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, août 1901.) — S. J.

Etiologie de la môle hydatique et du déciduome malin, par M. P. C. T. van der Hoeven.

Se référant en cela à la description de Hubrecht (d'Amsterdam), M. van der Hoeven admet que le revêtement des franges chorio-placentaires est tout entier d'origine fœtale : l'ectoblaste des replis amniotiques forme le syncytium, le mésoblaste somato-pleural donne naissance à la couche de Langhans ; quant au stroma conjonctif, il provient du tissu qui accompagne les vaisseaux allantoïdiens au moment où ceux-ci viennent vasculariser la surface de l'œuf. Avec tous les auteurs, il insiste sur les propriétés qui rapprochent le syncytium des éléments néoplasiques du carcinome (multiplication énorme et rapide, tendances migratrices et formation d'excroissances en forme de bourgeons).

A l'état normal, le placenta renferme donc une variété de cellules possédant une sorte de malignité potentielle. La preuve en est que, dans presque toute grossesse normale, on trouve des éléments syncytiaux dans la couche superficielle de la caduque, au-dessous du tractus fibrineux de Nitabuch. Mais, soit par suite de leur faible malignité, soit à cause de la chute de la partie superficielle de la caduque au moment de la délivrance, ces éléments syncytiaux aberrants ne déterminent, d'ordinaire, aucune dégénérescence de mauvaise nature.

Il peut arriver cependant que les végétations du syncytium, souvent accompagnées de cellules de Langhans, pénètrent en plus grand nombre dans la caduque et s'y développent avec excès ; il se forme alors une môle. Celle-ci est donc une production maligne, bien que dans certains cas elle puisse être expulsée ou enlevée en entier, et cela sans récidive. Mais qu'après une fausse couche, une grossesse ou le rejet d'une môle, il reste dans l'utérus des foyers syncytiaux doués d'une vitalité suffisante pour continuer à se multiplier, et l'on voit alors apparaître un déciduome. Cette dernière variété de néoplasme peut encore naître par embolie : une des franges chorio-placentaires qui plongent dans les lacs sanguins est entraînée par la circulation et va se greffer en un point quelconque de l'utérus ou dans son voisinage.

L'auteur admet toutefois la réalité d'un déciduome *vrai*, c'est-à-dire par évolution sarcomateuse des cellules déciduales de la caduque. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 2.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le nouet médicamenteux dans le traitement des maladies de l'utérus et de ses annexes.

On sait que les pansements intravaginaux au moyen d'ovules médicamenteux ou de tampons chargés de pommades se trouvent souvent insuffisants pour assurer le contact permanent du médicament avec la région malade. Les ovules ne tardent pas à fondre et le liquide s'écoule très rapidement ; quant aux tampons, ils nécessitent, pour agir d'une façon permanente et efficace, l'intervention quotidienne du praticien et l'emploi du spéculum, ce qui n'est pas toujours facile à réaliser, surtout lorsqu'il y a lieu d'instituer un traitement prolongé. Aussi M. le docteur S. Leduc, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, a-t-il recours, depuis quelques années, à un procédé exempt de ces inconvénients et qui consiste tout simplement à faire introduire au fond du vagin, deux fois par jour, après une grande injection d'eau bouillie chaude, un *nouet* de coton hydrophile renfermant gros comme une noisette d'une pommade appropriée à chaque cas.

Pour préparer ce nouet, on prend une feuille de coton grande comme la paume de la main, on place au milieu la quantité voulue de pommade qu'on enferme ensuite par un nœud, en ayant soin de couper avec des ciseaux le coton au-dessus du nœud. Afin de faciliter l'introduction du nouet ainsi obtenu, on le recouvre complètement de vaseline boriquée, et on laisse le fil assez long pour pouvoir retirer le pansement avant l'injection suivante.

Sous l'influence de la chaleur du corps, la pommade renfermée dans le coton fond, le nouet éprouve une pression qui réduit lentement son volume, en même temps qu'il s'établit, pour ainsi dire, un courant continu de liquide médicamenteux du centre du nouet vers la surface malade. On assurerait de la sorte l'absorption parfaite du médicament, tout en le faisant agir d'une manière permanente.

Le pansement au nouet pourrait aussi être employé avec succès dans les cas de prolapsus léger de la matrice, de cystocèle ou de rectocèle, où il présenterait, sur le pessaire, l'avantage d'être plus propre et de ne point provoquer d'ulcérations, tout en maintenant aussi bien, sinon mieux, les organes prolabés.

L'ésérine contre l'atonie intestinale.

L'ésérine n'est guère employée aujourd'hui, en thérapeutique humaine, qu'à titre d'agent myotique. Cependant, la médecine vétérinaire utilise, depuis de longues années, la propriété que possède cette substance — alors même qu'on l'administre à petite dose — d'exciter d'une façon énergique la musculature de l'intestin et de favoriser de la sorte les mouvements péristaltiques du tube digestif, ainsi que l'évacuation des matières fécales. C'est ce qui a engagé M. le professeur C. von Noorden, médecin de l'hôpital municipal de Francfort-sur-le-Mein, à essayer l'ésérine chez l'homme dans le traitement des accidents relevant de l'atonie intestinale. Dans 5 cas de tympanisme abdominal post-opératoire ou consécutif à une infection (fièvre typhoïde, salpingite gonococcique), notre confrère a obtenu rapidement la disparition des phénomènes de météorisme en prescrivant le salicylate d'ésérine, à une dose quotidienne variant de 0 gr. 0015 décimilligr. à 0 gr. 003 milligr. et divisée en deux, trois ou quatre prises.

Vu la prompte altération des solutions d'ésérine, qui se colorent rapidement en rouge, M. von Noorden conseille de n'employer ce médicament qu'en poudre. De plus, pour éviter des accidents d'intoxication, il convient de ne jamais en donner plus de 0 gr. 001 milligr. à la fois et de ne pas dépasser la dose de 0 gr. 003 milligr. par jour, et encore ces quantités ne seront-elles atteintes que d'une manière progressive. Si, malgré ces précautions, on voyait survenir des phénomènes fâcheux, il y aurait lieu de se rappeler que, d'après les recherches expérimentales, les injections sous-cutanées d'atropine paraissent constituer l'antidote le plus efficace de l'ésérine.

Traitement du pannus par la chaleur rayonnante du thermocautère.

Dans 5 cas de pannus rebelle, un médecin autrichien, M. le docteur J. Hamburger (de Lemberg) a obtenu de bons résultats à l'aide du thermocautère employé de la façon que voici : le patient étant couché sur la table d'opérations, on commence par instiller dans l'œil malade quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 3 % ; puis on introduit sous les paupières un écarteur et, le globe oculaire étant immobilisé par un aide au moyen d'une pince à fixation, on approche la pointe du thermocautère, chauffé au rouge blanc, de façon à soumettre la région atteinte à l'action de la chaleur rayonnante dégagée par l'instrument, tout en ayant soin d'éviter un contact direct avec les tissus infiltrés. On applique ensuite la pointe du cautère au niveau du limbe cornéen, de manière à sectionner les vaisseaux nourriciers du pannus. Ceci fait, on pratique une instillation d'atropine, suivie d'une insufflation de poudre d'iodoforme, et on termine l'intervention par un pansement léger.

Sous l'influence de ce traitement, qui serait exempt de tout inconvénient, on verrait l'injection vasculaire disparaître rapidement, en même temps que l'exsudation se résorberait et que la cornée deviendrait complètement transparente.

Emploi de la bière légère contre les vomissements rebelles.

D'après l'expérience de M. le docteur L. Kolipinski (de Washington), la bière légère, prise en quantité plus ou moins considérable (une ou deux bouteilles), constituerait un moyen très efficace pour arrêter les vomissements rebelles, surtout lorsqu'il s'agit de femmes qui ne consomment habituellement pas de boissons alcooliques. Notre confrère a eu l'occasion d'observer des femmes chez lesquelles quelques verres de bière, absorbés à une demi-heure d'intervalle, ont suffi pour faire cesser des accès de nausées avec vomissements bilieux, vertiges et insomnie, annonçant une atteinte de grippe.

Ce moyen fort simple, et qui serait presque toujours bien supporté par les malades, se montrerait aussi très efficace dans les cas d'embarras gastrique avec intolérance stomacale accentuée, vomissements répétés, douleurs vives, prostration, etc.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis.— M. Du Castel.

Diagnostic différentiel de l'épithéliome et de la syphilis de la face.

Il y a quinze jours, une femme de forte constitution entrait dans notre service pour une lésion ulcéreuse de l'extrémité du nez, datant de deux années et considérée jusqu'ici comme de nature cancéreuse par plusieurs de nos confrères. Cette lésion avait suivi régulièrement son évolution destructive, si bien que la pointe du nez avait progressivement disparu sous l'influence du travail ulcératif. A l'examen de la malade, voici ce que nous constatâmes :

La pointe du nez était détruite; la petite plaie paraissant exister à son niveau était recouverte par une croûte épaisse, noirâtre, adhérente, autour de laquelle la peau était infiltrée, tuméfiée, épaissie, et présentait une coloration rouge foncé. Rougeur et tuméfaction se prolongeaient à une certaine distance de la croûte; elles allaient s'atténuant, décroissant d'une façon progressive et régulière jusqu'au point où elles cessaient complètement pour laisser place à une peau saine et d'aspect absolument normal.

Sur le reste de la face, on n'observait aucune altération. Aucun des ganglions auxquels les lymphatiques de la région se rendent, n'était tuméfié.

Je fis sauter la croûte pour voir l'aspect de l'ulcération sous-jacente; un petit écoulement sanguin se produisit, formé par un sang brun et foncé; cette hémorrhagie s'arrêta par une légère compression exercée avec un tampon de coton.

L'ulcération était assez régulièrement arrondie; son diamètre mesurait 2 centimètres environ; le centre était plus déprimé que les bords, ce qui lui donnait l'aspect général d'un godet. La surface offrait une couleur rouge grisâtre; elle était lisse. A la périphérie, l'ulcération cessait brusquement pour se continuer par la peau infiltrée et épaissie dont je parlais tout à l'heure; il n'y avait, au point de séparation de l'ulcération et de la peau non ulcérée, aucune différence de niveau accusée : pas de bourrelet limitrophe irrégulier, granuleux, saillant comme cela se voit dans l'épithéliome; la surface n'avait pas davantage l'aspect granuleux et saignant de l'épithéliome, ni sa tendance bourgeonnante. Notre impression fut que cette ulcération ressemblait beaucoup plus à une lésion syphilitique qu'à un épithéliome. Du reste, en examinant avec soin le reste de la face, on ne trouvait en aucun point ces taches légèrement surélevées, brunâtres, d'aspect crasseux, qui constituent la lésion appelée verrue séborrhéique ou sénile, et qu'il est si fréquent de rencontrer chez les sujets atteints d'épithéliome de la face.

Cette femme, interrogée sur l'existence de la syphilis, nia absolument avoir jamais été atteinte de cette maladie. Il fut impossible de lui faire avouer un chancre ou des éruptions syphilitiques antérieurs et elle paraissait de bonne foi dans ses dénégations. Jamais elle n'avait eu de fausse couche ni même de grossesse; il n'était donc pas permis de songer à une syphilis conceptionnelle, cette variété de la vérole si facilement ignorée des malades.

La surface du corps ne portait ni macules, ni cicatrices, ni exostoses d'origine vénérienne.

A l'examen de la bouche, le tableau changea complètement. Au niveau de la voûte palatine, il existait une petite perforation faisant communiquer la cavité buccale avec les fosses nasales; cette perforation n'entraînait pas de troubles fonctionnels. La luette était détruite; le bord postérieur du voile du palais, échancré par un travail ulcéreux, était converti en un tissu cicatriciel, adhérent dans ses parties les plus externes avec la face postérieure du pharynx. Il n'y avait pas de doute, nous étions en présence de lésions syphilitiques graves et incontestables du pharynx : l'impression qui nous avait fait penser que la lésion du nez était de nature syphilitique se convertit en conviction. Le traitement antisyphilitique fut institué sous forme de traitement mixte : la malade devait recevoir une injection de 0 gr. 05 centigr. de calomel toutes les semaines et prendre 4 grammes d'iodure par jour. Immédiatement après la première injection, une amélioration rapide se produisit : la zone d'infiltration inflammatoire qui entourait la croûte s'affaissa et pâlit; on avait la sensation que l'ulcération se rétrécissait au-dessous de la croûte dont les bords se détachaient; au huitième jour, une nouvelle injection de calomel fut faite. Il y a deux semaines que la malade est en traitement; la croûte, comme vous pouvez le voir, est tombée; l'ulcération est réparée : elle a été remplacée par une cicatrice lisse, légèrement déprimée. En présence des résultats rapidement obtenus sous l'influence du traitement iodo hydrargyrique, personne n'hésitera à admettre qu'il s'agissait bien d'une ulcération syphilitique et non d'un cancer.

Il vous semblera peut-être étrange qu'on puisse confondre un cancer de la face et une lésion syphilitique; cette erreur a été faite plus d'une fois. Le nez n'est pas la région pour laquelle elle se produit le plus habituellement : ordinairement, c'est pour le cancer des lèvres ou du menton qu'elle est commise. Le plus souvent, une lésion syphilitique est prise pour un cancer; il est plus rare qu'un cancer soit pris pour une lésion syphilitique; le fait n'est pourtant pas impossible, comme je vous le dirai tout à l'heure.

Les lésions syphilitiques confondues avec une tumeur maligne sont le chancre initial et la gomme. Le chancre acquiert quelquefois au niveau des lèvres, fréquemment au niveau des parties inférieures de la face, particulièrement au menton, un volume considérable, tellement considérable qu'il constitue une tumeur véritable dont les dimensions peuvent égaler celles d'une pomme d'api. Ce sont de pareils « chancres-tumeurs » qui ont été parfois enlevés par des chirurgiens, alors que leur existence était moins bien établie qu'aujourd'hui et que le danger de la confusion avec un cancer n'avait pas été signalé, constaté d'une façon aussi précise. Le diagnostic est facile pour un esprit averti : le chancre, malgré son volume, offre une dépression centrale en godet, une surface lisse et régulière, un enduit diphtéroïde, une tendance à la coloration en cocarde (c'est-à-dire à la coloration en partie double, avec plaque grise centrale entourée d'un anneau rouge); un suintement séro-sanguinolent lent et noirâtre se produit à la surface quand on enlève la croûte ou la membrane diphtéroïde qui recouvre la lésion, et ce suintement, aux allures toutes particulières, constitue un des bons signes du chancre syphilitique. Le chancre est, de plus, une lésion à évolution ordinairement plus rapide que l'épithéliome et, si l'ablation n'est pas faite d'une façon précipitée et hâtive, l'apparition des éruptions de la peau et des muqueuses vient éclairer le diagnostic.

Les lésions gommeuses mettent assez souvent le médecin dans l'embarras, surtout quand elles se développent au niveau des lèvres. Elles peuvent se montrer sous forme de gommes isolées ou d'infiltrations gommeuses en nappes; celles-ci sont peut-être plus que celles-là susceptibles d'être confondues avec un épithéliome, notamment lorsqu'elles occupent les lèvres. Quand on peut en suivre l'évolution depuis son début, il n'est pas difficile de reconnaître une gomme : en présence de ce nodule qui, parti d'une profondeur plus ou moins grande, s'avance progressivement vers la surface, pointe, se ramollit, s'ouvre pour laisser sortir un bourbillon et donner naissance à une ulcération qui persistera plus ou moins longtemps, il n'y a pas de doute, l'erreur de diagnostic n'est pas possible. Les difficultés commencent si l'on n'est appelé qu'au cours de la période ulcéreuse par un malade qui fournit des renseignements très imparfaits, surtout si ce malade est de ceux qui ignorent leur syphilis, et le cas est beaucoup moins rare qu'on ne serait tenté de le croire, surtout chez la femme.

Malgré la ressemblance qu'ils peuvent présenter à première vue, la lésion gommeuse syphilitique et l'épithéliome possèdent un certain nombre de caractères permettant presque toujours de faire le diagnostic après un examen approfondi.

L'ulcération gommeuse est entourée d'une zone inflammatoire rouge sombre, cuivrée, couleur jambon, qui va s'éteignant progressivement au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'ulcération, mais ne disparaît complètement qu'à une certaine distance.

Les bords de la lésion sont généralement saillants au-dessus de la peau voisine; il y a une espèce de bourrelet limitrophe; toutefois, la partie externe de ce bourrelet ne se détache pas nettement, brusquement au-dessus des tissus sains; elle se perd en pente douce et souvent très allongée pour rejoindre la peau normale.

L'ulcération gommeuse syphilitique est volontiers cratériforme, à bords taillés à pic; dans des cas plus rares, elle peut creuser au-dessous des bords, surtout dans les gommes récemment ouvertes. Quelquefois elle se présente sous forme d'une ulcération plus ou moins vaste, limitée sur tout ou partie de sa périphérie par un léger bourrelet mousse. La surface ulcérée peut être irrégulière, couverte de saillies et de dépressions multiples ; le plus souvent, la partie la plus creuse est au centre même de l'ulcère; de là, l'ulcération gagne en pente douce les bords et la peau saine; on retrouve la tendance de la plaie à former un godet, tendance si accusée dans la plupart des ulcérations syphilitiques.

La surface malade est d'habitude lisse ou tapissée de très gros bourgeons, légèrement humide; sa couleur est rouge terne, grisâtre; parfois un enduit diphtéroïde la recouvre en tout ou en partie; elle saigne assez facilement, et cet écoulement sanguin est noirâtre; une légère compression suffit à l'arrêter.

La base sur laquelle l'ulcération repose est assez dure au palper. Les ganglions de la région malade sont ordinairement indemnes.

Un certain nombre des caractères que nous venons d'énumérer manquent ou apparaissent sensiblement modifiés dans l'épithéliome.

La peau qui environne l'ulcération épithéliomateuse est ordinairement de couleur normale, ni infiltrée, ni épaissie; elle n'est pas entourée par la couronne érythémateuse qu'il est habituel d'observer autour de l'ulcération syphilitique.

Un bourrelet saillant délimite la lésion; son importance varie avec l'étendue de la tumeur. Si l'ulcération est petite et relève d'un épithéliome superficiel, on voit autour d'elle un anneau limitrophe d'un millimètre de largeur environ, légèrement saillant. Ce bourrelet est finement granuleux, composé d'une série de petits grains accolés les uns aux autres ; il peut encadrer complètement l'ulcération, en circonscrire toute la périphérie, ou bien il est interrompu par places et on ne le rencontre que sur quelques points de cette périphérie.

Dans les épithéliomes plus graves, l'anneau limitrophe acquiert des dimensions plus considérables; il peut avoir 1 centimètre et plus d'épaisseur; il s'arrête brusquement à la partie externe, sa limite avec la peau saine se faisant sans transition; il est nettement saillant, et n'offre pas une extinction progressive à la périphérie comme le bourrelet syphilitique; il est généralement d'aspect plus ou moins granuleux, tout au moins dans sa moitié interne. L'ulcération forme quelquefois une dépression rappelant assez nettement la forme d'un godet; le

plus souvent elle est irrégulière, composée d'une série de saillies et de dépressions ne présentant aucune forme régulière et déterminée. Le tissu est granuleux, à grains fins, rouges ou jaunâtres; il saigne facilement, et le sang est rouge, l'écoulement sanguin volontiers abondant, difficile à arrêter; l'hémorragie peut devenir un danger.

Dans l'épithéliome, les ganglions lymphatiques de la région correspondante se prennent facilement. La base sur laquelle la tumeur repose se montre souvent d'une dureté difficile à distinguer d'avec celle qu'on observe à la base des gommes.

Il est une variété d'épithéliome dont la nature est aisément méconnue par qui ne l'a pas encore observée, et qui est fréquemment prise pour un accident de la syphilis : cet épithéliome se développe ordinairement au niveau de la partie médiane de la lèvre inférieure. Il se présente non pas sous l'aspect d'une tumeur, mais sous celui d'une petite infiltration, d'un épaississement superficiel de la muqueuse et de la sous-muqueuse, de forme nettement arrondie, de couleur grisâtre, rappelant quelque peu l'aspect diphtéroïde du chancre; la surface est lisse, l'affection non douloureuse.

Malgré ses analogies avec le chancre syphilitique, cette lésion présente un certain nombre de caractères qui permettent de l'en distinguer. Le chancre, après un mois d'existence, un peu plus tôt, un peu plus tard, marche vers la réparation; rien de pareil ne s'observe pour l'épithéliome; aucune tendance à la réparation ne se montre; lentement, impitoyablement, il continue à s'étendre. La membrane blanche qui recouvre le cancer est beaucoup plus adhérente que l'enduit diphtéroïde du chancre. Au voisinage, il existe généralement une leucoplasie très marquée. Un caractère très important a été mis en lumière par M. Darier : si on saisit la petite plaque malade et si on la presse entre les doigts, on voit sourdre de toute sa surface des filaments jaunâtres fort analogues d'aspect à de petits vers blancs, aux filaments que l'on obtient par la compression de l'acné comédon. Ces concrétions ont reçu le nom de *vermiotes;* elles sont constituées par des cellules cornées et des globes épidermiques, et ont une importance considérable au point de vue du diagnostic. L'examen histologique montre que ces tumeurs appartiennent à la classe des épithéliomes pavimenteux tubulés : malgré leurs apparences peu graves à première vue, elles sont de nature maligne. Méfiez-vous donc des placards blancs arrondis que vous verrez se développer sur le milieu de la lèvre inférieure et persister quelque temps.

Quand on se trouve embarrassé pour se prononcer sur la nature syphilitique ou non d'une lésion, il est d'usage de soumettre le porteur à un traitement antisyphilitique : suivant que cette médication produit des résultats heureux ou reste sans effet, la lésion est proclamée syphilitique ou non. Lorsqu'il s'agit de faire cette expérience pour éclaircir un diagnostic douteux d'épithéliome, il y a peut-être lieu d'être prudent, car le traitement mercuriel a paru plus d'une fois aggraver des cancers de la bouche; aussi était-il plutôt déconseillé par un certain nombre de médecins, jusqu'à ces dernières années, toutes les fois qu'on redoutait un épithéliome.

Un phénomène intéressant a été mis en lumière par M. le professeur Fournier : quand le médecin hésitant entre une lésion syphilitique et un épithéliome de la langue soumet le porteur au traitement mercuriel, non pas par la voie stomacale, comme cela se pratiquait autrefois, mais par les injections sous-cutanées de calomel, il est habituel de voir une diminution de la lésion se produire pendant les premières semaines, qu'il s'agisse de syphilis ou de cancer. En cas d'épithéliome, l'amélioration cesse au bout de quelque temps, le mal reprend sa marche aggravante et rien ne peut plus l'arrêter; si c'est la syphilis qui est en cause, l'amélioration continue jusqu'à la guérison. Les bons effets du mercure ne sont donc pas une preuve absolue qu'on se trouve en présence d'une lésion syphilitique, puisqu'ils peuvent se montrer aussi avec un épithéliome; mais, dans ce cas, ils ne sont pas durables, et au bout de peu de semaines le mal reprend sa marche en avant. Cette constatation a été faite souvent sur la muqueuse buccale; sur la peau de la face, sur celle des lèvres, il n'est pas établi que le fait soit aussi fréquent; il semble cependant qu'on puisse l'observer.

Quoi qu'il en soit, quand vous essayerez le traitement antisyphilitique, si vous voyez une lésion douteuse subir un léger affaissement, ne criez pas victoire trop vite; attendez que l'amélioration s'accentue franchement, se maintienne, et rappelez-vous que sur la langue et dans la bouche il n'est pas rare de voir des épithéliomes présenter une diminution passagère sous l'influence des injections mercurielles; il n'est peut-être pas impossible que le même phénomène se produise également sur la peau.

CHIRURGIE PRATIQUE

La ventroscopie au cours des interventions par la voie vaginale.

Quels que soient les avantages que présente dans certains cas — en particulier, dans le traitement du cancer utérin et dans la myomectomie conservatrice (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 276 et 312) — la méthode vaginale sur la laparotomie, il n'en reste pas moins que la voie vaginale ne met pas toujours le chirurgien à même de se rendre compte *de visu* de l'état des différentes parties du champ opératoire. Par suite, on se voit souvent obligé de renoncer, de parti pris, à la méthode en question, bien qu'elle soit moins dangereuse que l'opération par la voie abdominale. D'autres fois, il devient nécessaire, au cours même de l'intervention par le vagin, de pratiquer une laparotomie, par exemple pour arrêter une hémorrhagie. C'est que la méthode vaginale offre deux inconvénients : d'abord, le champ opératoire et surtout ses parties reculées sont constamment masqués par les anses intestinales qui tendent à s'échapper sous l'influence de la pesanteur et de l'action des muscles abdominaux; ensuite, la brèche qu'on obtient après l'extirpation de la matrice — et, à plus forte raison, celle qui résulte de l'incision simple de la voûte vaginale — ne donne pas assez de jour pour qu'on puisse inspecter à l'aise la cavité abdominale.

Afin de remédier à ce double inconvénient, M. le docteur Dmitri de Ott, professeur de gynécologie à l'Institut clinique de la grande duchesse Hélène Pavlovna, à Saint-Pétersbourg, procède de la façon que voici : au moment où il lui paraît nécessaire de s'aider de la vue, il fait mettre la malade dans la position déclive, telle qu'elle a été proposée par M. le professeur Trendelenburg pour les laparotomies. La moitié supérieure du tronc étant fortement abaissée, l'élévation du bassin a pour résultat de déplacer l'intestin vers le diaphragme, surtout si la patiente a été bien endormie et si la presse abdominale se trouve, partant, complètement affaiblie. Le champ opératoire ainsi libéré, il ne reste plus qu'à l'éclairer d'une manière appropriée. A cet effet, notre confrère se sert d'une lampe à incandescence à peine plus grosse qu'une noix, munie d'un réflecteur et fixée sur un manche coudé à angle droit. Lorsque, après avoir écarté, à l'aide de deux valves courbes, les parois de l'entrée de la cavité abdominale, on introduit dans la profondeur cette petite lampe, toute l'étendue du champ opératoire se trouve éclairée d'une façon parfaite. Si l'on saisit en même temps, à l'extérieur, près de l'anneau ombilical, la paroi antérieure de l'abdomen au moyen d'une pince tire-balle et qu'on la soulève quelque peu, on rend accessibles à la vue non seulement toute la cavité du petit bassin, la ligne innominée et le promontoire, mais aussi le cæcum, l'appendice, le côlon transverse, et souvent même l'estomac, une partie du foie et la vésicule biliaire. La face postérieure de la paroi abdominale antérieure se voit très bien jusqu'au delà de l'ombilic; les ligaments ronds et la paroi postérieure de la vessie se distinguent d'une manière particulièrement nette.

Cette sorte de *ventroscopie* rendrait d'excellents services et permettrait d'élargir considérablement les limites actuelles de la méthode vaginale.

Dans les cas où il est nécessaire de recourir à l'inspection non seulement pour se rendre compte de l'état de la cavité abdominale, mais encore pour y procéder à quelques manœuvres opératoires, M. de Ott recommande de fixer la petite lampe dans la concavité de la valve destinée à être placée dans l'angle supérieur de la plaie. De la sorte, le foyer lumineux étant lui-même caché par l'instrument n'incommode nullement le chirurgien, tout en éclairant très bien la région entière.

Ajoutons que, par mesure de précaution, notre confrère, avant de faire mettre la patiente sur le plan incliné, tamponne l'orifice de communication entre le vagin et l'abdomen au moyen de ouate stérilisée, de façon à filtrer l'air qui pénètre dans la cavité péritonéale quand la masse intestinale se déplace vers le diaphragme.

QUATORZIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1901.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Séance du 23 octobre 1901 (matin).

De la résection du trépied orbitaire externe dans la chirurgie de l'orbite et de la face.

M. Gangolphe (de Lyon). — Je puis vous communiquer deux faits de résection du trépied orbitaire externe, opération permettant d'enlever complètement les tumeurs de l'orbite avec conservation du globe oculaire.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un sarcome de l'orbite; après avoir dénudé entièrement les trois points d'appui de l'os malaire, formant ce que j'appelle le trépied orbitaire, je sectionnai ces trois ponts osseux, et je pus alors pratiquer facilement l'ablation du néoplasme. Le résultat fut excellent au point de vue esthétique.

Ma seconde observation se rapporte à un épithélioma de la face et de l'orbite. J'ai également réséqué le trépied orbitaire, pour être certain de bien nettoyer la cavité de l'orbite, sans avoir à recourir à l'énucléation du globe de l'œil. Le résultat a été très satisfaisant, malgré une perte de substance assez considérable que l'ablation de la tumeur avait déterminée sur la face; j'ai pu, au moyen d'une suture forcée, combler cette perte de substance sans autoplastie, grâce à l'affaissement résultant de la suppression du trépied orbitaire.

M. Morestin (de Paris). — Dans deux cas d'épithélioma étendu de la face et de l'orbite, j'ai pu me rendre compte de la façon dont la résection du trépied orbitaire externe facilite la réparation des pertes de substance de la face à l'aide d'une autoplastie. Sans cette résection, je n'aurais certainement pas pu parvenir, chez mes opérés, à recouvrir la plaie opératoire.

Traitement opératoire du lupus.

M. Morestin. — Je crois que l'extirpation constitue la meilleure méthode de traitement du lupus. Au cou, la réparation des plaies produites par l'ablation est très facile, sans autoplastie, en pratiquant des décollements suffisants avec un drainage au point le plus déclive; j'ai obtenu ainsi trois beaux résultats.

Pour les lupus de la joue, je crois que l'on

peut toujours emprunter un lambeau au cou, même quand il s'agit de recouvrir toute l'étendue de la joue; on crée ainsi une plaie très vaste de la région cervicale, mais on arrive à la combler à l'aide d'un décollement étendu, lequel ne présente aucun inconvénient si l'on a soin de drainer la partie déclive.

Il faut avant tout éviter le moindre tiraillement sur les lambeaux; pour cela, il suffit de maintenir la tête dans une inclinaison convenable pendant toute la durée de la cicatrisation.

M. Maurice Jourdan (de Marseille). — Chaque fois qu'une lésion tuberculeuse de la peau est susceptible d'être enlevée en totalité, j'estime qu'il ne faut pas hésiter à en pratiquer l'ablation. Quel que soit le mode de réparation que l'on emploie, par simple rapprochement des lèvres de la plaie, par autoplastie ou par les greffes de Thiersch, il est préférable de substituer à la peau altérée une peau saine, si peu parfaite qu'elle soit au point de vue esthétique.

Ce qui constitue la supériorité du traitement chirurgical sur toutes les autres méthodes, c'est la rareté des récidives après l'ablation. J'ai, pour ma part, 8 observations personnelles, dont la plus ancienne date de 1897 et dans lesquelles, jusqu'à présent, la guérison s'est parfaitement maintenue.

De l'uranostaphylorrhaphie.

M. Girard (de Berne). — J'ai eu l'occasion de pratiquer, dans ces quinze dernières années, 69 uranostaphylorrhaphies. J'ai eu une mort, chez une petite fille de six ans qui a succombé, le troisième jour, à des accidents attribuables à une intoxication iodoformée.

La crainte que l'on a souvent manifestée à l'égard de l'opération précoce ne me paraît pas justifiée. Dans 15 de mes observations, il s'agit d'enfants âgés de moins de deux ans, et aucun d'eux n'a éprouvé le moindre inconvénient de l'intervention; le plus jeune n'avait cependant que sept mois. Une des principales objections faites à l'opération précoce concerne l'atrophie du maxillaire supérieur qui aurait été observée dans certains cas, par M. Erhmann notamment. Je ne l'ai jamais vu se produire, pour ma part, et je crois que cette atrophie ne doit pas résulter de l'âge. En revanche, au point de vue du fonctionnement des muscles du voile du palais, il est certain qu'il y a un grand avantage à opérer de bonne heure les fissures palatines.

En ce qui concerne la suture, j'emploie maintenant le plus souvent un simple surjet à la soie, qui me paraît être parfaitement suffisant dans la plupart des cas.

M. Ehrmann (de Paris). — Il n'est pas douteux que, consécutivement aux uranoplasties précoces, il puisse se produire un rétrécissement des maxillaires, mais cela ne s'observe que dans les cas où la cicatrisation ne s'est pas faite correctement, par suite de la suppuration.

M. Girard. — Je crois qu'il n'y a aucun rapport, en tout cas, entre les altérations signalées par M. Ehrmann et l'âge auquel l'intervention a eu lieu. D'ailleurs, des déformations analogues peuvent se rencontrer chez des individus non opérés.

Sur quelques cas de chirurgie trachéo-laryngée.

M. Moure (de Bordeaux). — Dans 2 cas de corps étrangers des voies aériennes dont l'ablation avait nécessité la trachéotomie, je n'ai pas mis de canule trachéale, et j'ai suturé complètement la trachée au catgut. Il s'agissait de 2 enfants, l'un de trois ans et demi, l'autre de sept ans; ils ont tous les deux parfaitement guéri. Dans les faits de ce genre, la réunion immédiate est absolument indiquée.

J'ai appliqué également cette manière de faire après une trachéo-thyrotomie pour épithélioma d'une corde vocale, et, au lieu de placer dans la trachée une canule à demeure, j'ai suturé la plaie trachéale dans toute son étendue, de façon à éviter les complications bronchopulmonaires qu'on observe si fréquemment à la suite de la trachéotomie. Après la suture de la trachée, il faut évidemment surveiller de près le malade pendant quarante-huit heures.

Indications de la décortication du poumon.

M. Delorme (médecin militaire). — Grâce à la radiographie, il est maintenant facile de déterminer les cas où la décortication du poumon est applicable. La radiographie, en effet, montre si le poumon est dilatable ou ne l'est pas. C'est dans la première éventualité seulement que la méthode que je préconise trouve son indication et donne tous les effets qu'on peut en attendre.

Du pneumothorax chirurgical.

M. Delagénière. — On a beaucoup exagéré la gravité du pneumothorax survenant au cours d'une opération sur le poumon, lorsque la plèvre est saine ou dépourvue d'adhérences. Cet accident ne peut être sérieux que s'il se produit brusquement. Quand le pneumothorax se forme lentement, il perd sa gravité, d'autant plus que, en attirant le poumon dans l'ouverture pleurale et en l'y suturant, on arrive infailliblement et très simplement à en limiter la production.

D'autre part, le pneumothorax provoqué lentement constitue à lui seul un moyen de combattre efficacement certaines hémorrhagies pulmonaires. Il nous a pleinement réussi dans un cas de blessure du poumon par arme à feu, le poumon, en s'affaissant, ayant sans doute obturé le vaisseau lésé.

Opération de Schede dans les empyèmes chroniques.

M. Bouglé (de Paris). — J'ai pratiqué l'opération de Schede chez deux malades atteints d'empyème chronique.

Dans le premier cas, j'ai fait l'opération en deux temps; le malade présentait, en effet, deux trajets fistuleux; au cours d'une première intervention, j'ai réséqué la partie inférieure du thorax, supprimant ainsi le cul-de-sac costo-diaphragmatique; dans la deuxième opération, j'ai étendu la résection à la partie supérieure du thorax, complétant de la sorte le résultat déjà acquis. Chez le deuxième sujet, j'ai pu me contenter d'une résection moins étendue. Le résultat a été très satisfaisant dans les deux cas.

M. Delorme. — Je crois que la décortication du poumon, moins mutilante que l'opération de Schede, aurait dû être tentée chez les malades de M. Bouglé.

Statistique d'amputations du sein pour cancer.

M. Le Dentu (de Paris). — J'ai opéré en ville, dans une période de vingt-cinq ans, 57 femmes atteintes de cancer du sein. De ces 57 cas, j'en élimine 2 pour lesquels je n'ai pu avoir de renseignements définitifs, ainsi que 2 autres où la nature épithéliomateuse de la lésion ne m'a pas paru suffisamment démontrée.

Des 53 malades qui restent, 20 sont encore vivantes; parmi les 33 ayant succombé, 2 sont mortes, sans récidive, de maladies intercurrentes. En ce qui concerne les 20 survivantes, 7 sont opérées depuis moins de trois ans; pour 3, l'intervention est récente; quant aux 10 opérations pratiquées il y a plus de trois ans, 3 datent de treize à quatorze ans, 2 de douze à treize, 1 de dix à onze ans, 2 de cinq à six, 1 de quatre à cinq, 1 de trois à quatre. Des 33 malades qui sont mortes, 16 ont survécu plus de trois ans, dont 4 de trois à quatre ans, 6 de quatre à cinq, 1 de six à sept, 1 de sept à huit, 1 de huit à neuf, 1 neuf ans, 1 dix ans, 1 treize ans.

Résection du ganglion supérieur du sympathique cervical pour glaucome hémorrhagique.

M. Peugniez. — J'ai eu l'occasion de pratiquer une résection du ganglion supérieur du sympathique cervical, dans un cas de glaucome hémorrhagique rebelle à toutes les méthodes de traitement appliquées antérieurement.

Dans les jours qui suivirent mon intervention, on n'observa aucune modification, mais, au bout d'un mois environ, on put constater une diminution notable de la tension oculaire; je me demande même si cette diminution, qui continue à s'accentuer progressivement, n'aboutira pas à une atrophie complète du globe de l'œil.

Séance du 23 octobre 1901 (soir).

Chirurgie stomacale.

M. Terrier (de Paris). — Parmi les différents procédés de gastro-entérostomie, c'est à celui de von Hacker que je donne la préférence. Le seul inconvénient qu'il présente résulte de la durée de l'acte opératoire, qui est souvent un peu longue. J'ai pratiqué 15 fois cette opération, avec 14 succès immédiats.

Lorsque, consécutivement à l'intervention, il se produit des accidents de *circulus viciosus*, cela tient presque toujours à ce que l'opération a été mal faite ou à ce que le traitement post-opératoire a été défectueux.

Les résultats ultérieurs, chez tous mes malades, ont été excellents. Tous ceux qui avaient une dilatation de l'estomac ont guéri et plusieurs ont bientôt augmenté notablement de poids; cette augmentation a été plus marquée encore dans les cas d'ulcère gastrique. Pour les cancéreux, la survie a varié de quatre mois à onze mois et demi.

M. Monprofit (d'Angers). — Chez un homme qui présentait des symptômes alarmants de sténose pylorique, je pratiquai la gastro entéro-stomie postérieure de von Hacker sans trouver la moindre tumeur; quelque temps après, les accidents se reproduisirent, sous forme de crises de vomissements et de constipation, et je finis par décider mon opéré à une deuxième intervention, pensant qu'il était victime de phénomènes de *circulus viciosus* tenant au mauvais fonctionnement de sa bouche gastro-intestinale. Je pus alors constater qu'il existait, entre le jéjunum et la paroi abdominale, des adhérences donnant lieu à des accidents de semi-occlusion intestinale, lesquels ont disparu complètement depuis que j'ai libéré ces adhérences.

M. Vautrin (de Nancy). — La dislocation verticale essentielle de l'estomac exige parfois un traitement chirurgical; c'est à la gastrorrhaphie, combinée à la gastropexie, qu'il faut recourir.

Quand la dislocation complique la sténose cicatricielle, elle nécessite la gastro-entérostomie, de préférence par le procédé de Roux, avec ou sans gastropexie.

Enfin, la dislocation avec sténose néoplasique doit être traitée soit par la pylorectomie suivie de l'abouchement duodénal à l'estomac avec gastropexie, soit par la pylorectomie avec suture des plaies gastrique et duodénale et gastro entérostomie. Lorsque la résection est impossible par suite de l'extension du néoplasme, il faut recourir à la gastro-entérostomie complétée par la gastropexie.

M. Pantaloni (de Marseille). — Dans une période de deux ans, j'ai pratiqué 25 gastro-entérostomies par le procédé de Roux, pour des affections non cancéreuses de l'estomac. Cette nouvelle série m'a donné 24 guérisons et 1 mort seulement, dans un cas de gastrite alcoolique. Ces résultats confirment l'opinion que j'ai déjà soutenue, relativement à la supériorité de ce procédé sur les autres méthodes de gastro-entérostomie.

M. Guinard. — J'avoue que je ne partage pas l'opinion de M. Pantaloni sur la supériorité du procédé de Roux. L'opération de von Hacker, en effet, ne donne ni une mortalité supérieure ni des résultats fonctionnels moins bons; dans ces conditions, je ne vois pas quelles raisons il y a de préférer l'intervention la plus compliquée.

M. Monprofit. — Comme M. Guinard, j'emploie dans ma pratique le procédé de von Hacker, qui, tout aussi sûr que celui de Roux, est plus rapide.

M. Pantaloni. — Je persiste à penser que, entre des mains peu expérimentées, l'opération de Roux offrira toujours plus de sécurité que celle de von Hacker.

M. Mauclaire (de Paris). — Chez une femme à laquelle j'ai fait, il y a trois ans, une gastro-entérostomie pour des accidents de sténose du pylore coïncidant avec une tumeur que j'avais considérée comme ne devant pas être enlevée, j'ai dû, au bout de deux ans, intervenir à nouveau pour pratiquer une pylorectomie, la tumeur pylorique, après une régression apparente, ayant reparu. L'examen histologique de la pièce a pu alors être fait et les préparations ont été présentées à la Société anatomique; or, les avis ont été partagés, les uns considérant le néoplasme comme bénin, les autres affirmant qu'il s'agissait d'un cancer. J'ai tenu à vous citer cette observation qui montre bien la difficulté du diagnostic anatomo-pathologique de certaines tumeurs du pylore.

Chirurgie de l'intestin.

M. Le Dentu. — J'ai pu obtenir la guérison immédiate d'un anus contre nature vaginal,

par une application d'entérotome, comme chez la femme dont je vous ai communiqué l'observation il y a trois ans (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 430). Dans un cas d'anus contre nature ombilical, pourvu d'un éperon assez développé, la même méthode m'a également très bien réussi. En revanche, chez un sujet porteur d'un anus contre nature inguinal, l'application de l'entérotome n'étant pas indiquée, j'ai pratiqué l'entérectomie. Je pense, en effet, qu'il n'y a pas de méthode exclusive de traitement des anus contre nature, et qu'il faut, suivant les cas, choisir entre l'opération la plus simple, c'est-à-dire l'entérotomie, et les autres interventions plus compliquées.

M. Peyrot (de Paris). — J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois l'exclusion de l'intestin. Dans le premier cas, il s'agissait d'une fistule stercorale consécutive à une tuberculose cæcale; l'opération a été suivie de mort. La deuxième observation a trait à une fistule intestinale après hystérectomie vaginale; cette fois, le résultat a été excellent : la malade a conservé sa fistule, mais celle-ci a cessé de donner issue aux matières.

M. Goullioud (de Lyon). — J'ai fait, pour cancer du gros intestin, 5 entérectomies à froid, qui ont été suivies de guérison. Dans 3 cas, la tumeur occupait le cæcum, et j'ai dû enlever de 30 à 40 centimètres d'intestin, ce qui m'a permis l'ablation d'un grand lambeau de mésentère chargé de ganglions lymphatiques. Dans les 2 faits où le cancer siégeait sur l'S iliaque, l'opération a été différente; chez la première de ces malades, l'entérostomie avait été pratiquée antérieurement pour des accidents d'obstruction aiguë; j'enlevai à froid 12 centimètres d'intestin; dans la deuxième observation, il existait une tumeur volumineuse de l'S iliaque, invaginée dans le rectum, et j'ai fait d'abord une entérectomie par voie vagino-rectale, puis, cinq mois plus tard, j'ai dû pratiquer, à cause d'une récidive, une amputation totale du rectum par voie abdomino-périnéale; j'ai obtenu une guérison durable.

Pour mes 5 opérés, l'absence de récidive a été constatée de trois mois à trois ans après l'opération.

M. Phocas (de Lille). — Chez un enfant de cinq ans et demi, atteint de colite muco-membraneuse compliquée d'accidents d'obstruction intestinale incomplète, j'ai pratiqué une entéro-anastomose entre la dernière anse de l'iléon et le côlon transverse. Les suites opératoires ont été excellentes et le petit patient, revu au bout de quatre mois, avait des digestions normales.

M. Reynès. — Au cours d'une laparotomie pratiquée, pour plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver, sept heures après le traumatisme, j'ai trouvé une hémorrhagie considérable due à la blessure d'arcades artérielles mésentériques, ainsi que onze perforations de l'intestin avec filtration stercorale. J'ai assuré l'hémostase et suturé les perforations. Le malade a parfaitement supporté l'opération, bien que celle-ci ait duré près de trois heures.

Chirurgie herniaire.

M. Lucas-Championnière. — Je possède actuellement une statistique de 1,000 cures radicales de hernies sans étranglement, comprenant 838 hernies inguinales, 82 crurales, 38 ombilicales, 15 épigastriques, et 27 éventrations.

Pour toutes ces interventions, je n'ai eu que 7 décès : 1 concernait une hernie épigastrique, 1 une éventration et les 5 autres des hernies inguinales. Je dois ajouter que, en dehors d'un cas de tétanos, la mort a toujours coïncidé avec l'existence d'une tare antérieure.

Je n'ai pu retrouver, en les cherchant bien, que 32 opérés atteints de récidive; chez la plupart d'entre eux, la récidive était facile à prévoir, car il existait des conditions spéciales favorisant tout particulièrement la reproduction de la hernie.

La cure radicale de la hernie donne des résultats excellents chez la femme : 96 opérations sur des sujets du sexe féminin ne m'ont donné qu'une récidive.

M. Berger (de Paris). — J'ai imaginé un procédé opératoire pour la hernie inguino-interstitielle avec ectopie testiculaire, ainsi que pour certaines hernies inguinales se présentant dans des conditions particulièrement mauvaises au point de vue de la faiblesse de la paroi.

Voici en quoi consiste ce procédé : après avoir incisé l'aponévrose du grand oblique jusqu'à l'orifice inguinal externe, enlevé le testicule, réséqué le sac et suturé le tendon conjoint à l'arcade crurale, on ouvre la gaine du muscle grand droit, et on suture la lèvre externe de cette gaine à l'arcade du grand oblique; puis on fixe le bord externe du muscle droit à sa gaine, comme dans le procédé de Jalaguier pour la résection de l'appendice, et on répare avec l'aponévrose du grand oblique la perte de substance de la paroi antérieure de la gaine du muscle droit.

M. Tailhefer (de Béziers) rapporte un cas de cystocèle crurale étranglée où il existait tous les signes d'une entérocèle étranglée, sans que l'opération ait pu faire découvrir la moindre trace d'un sac herniaire.

Séance du 25 octobre 1901 (matin).

Traitement de l'appendicite

M. Thiéry (de Paris). — Au cours d'une appendicectomie à froid, j'ai rencontré un appendice long de 15 à 16 centimètres, remontant vers le haut dans la direction du foie. N'osant pas le poursuivre jusqu'à son extrémité libre, je me suis borné à réséquer, à partir de son extrémité cæcale, la portion de l'anse appendiculaire que j'avais pu attirer hors de l'abdomen; par suite, je pratiquai l'exclusion de l'extrémité distale de l'appendice, qui avait 7 centimètres de longueur environ. J'avais ainsi réalisé un vase clos appendiculaire, ce qui n'était pas sans me donner quelques inquiétudes, en raison de la théorie pathogénique assez généralement admise. L'intervention date actuellement de deux ans, et il ne s'est encore produit aucun trouble.

M. Paul Delbet (de Paris). — J'ai opéré 39 cas d'appendicite, avec une mort seulement. D'une façon générale, j'ai eu recours au traitement chirurgical précoce, car la temporisation a mis 2 de mes malades dans un tel danger que je ne m'exposerai plus à semblable alarme. D'ailleurs, l'opération à chaud ne m'a donné que des succès.

J'emploie l'incision de Jalaguier pour les opérations à froid; dans mes interventions à chaud, je préfère l'incision de Schüller pour les cas récents, et celle de Roux pour les appendicites suppurées. J'ai toujours pu réséquer l'appendice, ce qui a l'avantage d'assurer une guérison radicale.

M. Tailhefer. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas d'étranglement de l'appendice dans l'anneau crural, chez une femme de trente-neuf ans offrant les signes habituels d'une hernie crurale. Il n'y avait pas cependant d'interruption de la circulation des gaz. L'opération a été faite au sixième jour; le sac contenait un appendice recouvert, dans sa moitié inférieure, de néomembranes inflammatoires; j'en pratiquai la résection, suivie de péritonisation du moignon, et je fis ensuite la cure radicale suivant le procédé de Delagénière. La guérison a été parfaite.

M. Lucas-Championnière. — L'étranglement de l'appendice hernié est extrêmement rare; j'ai le souvenir d'en avoir observé un cas.

Résection du foie pour syphilome.

M. Legueu (de Paris). — Il y a quelques mois, je vis une femme qui présentait tous les symptômes d'un néoplasme abdominal; je trouvai dans la région du foie une tumeur dont le point de départ était difficile à préciser, mais pour laquelle je crus cependant devoir intervenir. Il s'agissait d'une tumeur hépatique dont je fis l'ablation, en enlevant également la vésicule biliaire adhérente au néoplasme; la malade supporta très bien l'opération. L'examen histologique, au lieu de démontrer la nature cancéreuse de la lésion, comme je m'y attendais, prouva que nous avions affaire à une lésion syphilitique ou tuberculeuse, et, en insistant ultérieurement sur le passé de cette femme, j'ai pu m'assurer que la première de ces hypothèses était la plus vraisemblable.

Tout récemment, j'ai opéré une autre malade dans des conditions identiques; encouragé par le cas précédent, je me suis comporté de la même façon, avec un plein succès.

Le procédé d'hémostase au catgut auquel j'ai eu recours m'a donné toute satisfaction et je n'ai eu aucune complication de ce côté.

M. Frœlich (de Nancy). — J'ai observé, il y a deux ou trois ans, un fait tout à fait analogue à ceux que M. Legueu vient de relater. La nature syphilitique de la tumeur que j'avais enlevée fut démontrée par l'examen histologique. J'ai été surtout frappé de la faible hémorrhagie provoquée par l'ablation de ce syphilome.

De l'hystérectomie abdominale dans certains cas de gros polypes fibreux de l'utérus.

M. Demons. — Lorsqu'on est en présence d'un gros polype fibreux de l'utérus, pendant dans le vagin, il ne faut pas songer seulement à enlever le néoplasme par le procédé courant; on doit, en effet, apprécier soigneusement le volume de l'utérus, qui, ainsi que j'en ai observé des exemples, renferme parfois d'autres fibromes s'opposant à la guérison définitive; si l'utérus est volumineux, l'hystérectomie abdominale est l'opération de choix.

On peut en dire autant pour certains polypes non pédiculés, remplissant la cavité vaginale; l'absence de pédicule, qui coïncide avec une implantation du néoplasme sur le fond de l'utérus, rend l'ablation du polype incomplète et dangereuse au point de vue de l'hémorrhagie. Là encore, l'hystérectomie abdominale me paraît indiquée.

Traitement chirurgical des fibromes de l'utérus.

M. Peyrot. — Après avoir pratiqué pendant plusieurs années l'hystérectomie abdominale totale, j'ai adopté l'hystérectomie abdominale subtotale, avec fixation du pédicule à la paroi, par le procédé de von Hacker et de Fritsch. L'utérus fibromateux une fois enlevé, le moignon est suturé au moyen de catgut à la partie inférieure de la plaie abdominale, de façon à isoler complètement de la cavité péritonéale la surface de section du col utérin. Dans un sixième des cas environ, il y a eu infection légère de la paroi, consécutive à un suintement provenant du moignon; mais jamais, sur 30 opérations, il ne s'est produit la moindre propagation au péritoine, et nous avons obtenu 30 guérisons.

M. Bouilly (de Paris). — Depuis le mois d'octobre 1899 jusqu'au 30 juillet dernier, j'ai traité 116 fibromes utérins par l'hystérectomie; d'après ce que j'ai vu dans cette série d'interventions, les opérations conservatrices qu'on préconise actuellement auraient été insuffisantes. Sur ces 116 interventions, j'ai suivi 94 fois la voie abdominale, et 22 fois la voie vaginale. J'ai dû faire 4 fois seulement l'hystérectomie abdominale totale; pour les 90 autres opérations par l'abdomen, j'ai pratiqué l'hystérectomie subtotale; ces 94 hystérectomies abdominales ont donné 89 guérisons et 5 morts, dont 3 doivent être attribuées à la gravité des lésions plutôt qu'à l'acte opératoire. Quant à l'hystérectomie vaginale, elle n'a eu qu'une fois sur 22 une issue fatale, par urémie, chez une femme qui était déjà urémique au moment où j'ai dû l'opérer.

M. Roussel (de Reims). — J'ai fait, pour ma part, 39 hystérectomies abdominales totales, pour fibromes utérins, par le procédé de Doyen, avec 39 guérisons.

M. Monprofit. — Bien que les indications de la myomectomie abdominale soient relativement restreintes, il est certain que nous devons préférer cette opération conservatrice chaque fois qu'elle est suffisante. Sur 17 cas où je l'ai pratiquée depuis deux ans, j'ai eu 17 guérisons; je n'ai encore observé qu'une grossesse, qui, malheureusement, a été interrompue au cinquième mois.

M. Chénieux (de Limoges) attire l'attention sur les difficultés du diagnostic de certaines grossesses compliquées de tumeur; c'est ainsi que des fibromes atteignant l'ombilic peuvent passer inaperçus, et ne révéler leur existence qu'à l'occasion d'une grossesse; de même, un kyste sommeillant dans le petit bassin peut être repoussé par le développement de l'utérus gravide jusque dans le ventre, où le tiraillement d'adhérences ou la torsion du pédicule sont susceptibles de provoquer des accidents péritonitiques simulant la rupture d'une grossesse extra-utérine.

M. Berthomier (de Moulins) insiste sur la nécessité d'opérer les gros fibromes au début de la grossesse.

Blessure de la vessie et de l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale.

M. Delaunay (de Paris). — Au cours d'une hystérectomie abdominale pour un volumineux fibrome utérin extrêmement adhérent, j'ai ouvert la vessie, que j'ai suturée immédiatement, et sectionné l'uretère sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Le fibrome enlevé, il me restait à réparer la blessure de l'uretère. Au lieu de le suturer, j'ai préféré l'implanter directement dans la vessie; la lésion urétérale était située assez bas pour que l'abouchement fût réalisable. J'ai fait l'implantation à la partie supérieure de la vessie, après avoir réséqué 7 centimètres d'uretère, et j'ai laissé une sonde à demeure. La malade a parfaitement guéri.

Traitement chirurgical de l'inversion utérine.

M. Gross (de Nancy). — Dans un cas où il m'a été impossible, malgré toutes mes tentatives de taxis, de réduire une inversion utérine datant de six semaines, j'ai dû faire la laparotomie; l'anneau cervical qui résistait ayant été dilaté à l'aide de deux écarteurs de Farabeuf introduits dans l'infundibulum, les pressions exercées par le vagin suffirent à réduire l'inversion.

Dans deux autres cas, j'ai eu à intervenir pour des inversions polypeuses. Chez une de ces malades, je dus morceler le polype pour pouvoir l'enlever, et je m'aperçus que j'avais incisé la paroi de l'utérus inversé; je pratiquai alors l'hystérectomie; dans l'autre observation, après quelques tentatives de résection absolument infructueuses, j'ai fait une hystérectomie abdominale totale. Ces deux femmes ont guéri.

Hystérectomie abdominale et prolapsus utérin.

M. Legueu. — Dans les prolapsus graves, incoercibles, les opérations de réparation périnéale sont toujours insuffisantes, et il faut leur adjoindre soit l'hystéropexie, soit l'hystérectomie vaginale. Mais cette dernière ne servant qu'à supprimer l'utérus, je lui préfère l'hystérectomie abdominale : je sectionne l'utérus au-dessus des insertions vaginales du col et je fixe le moignon cervical à l'angle inférieur de la plaie abdominale; je joins donc à l'hystérectomie une fixation cervicale et je fais ensuite, dans la même séance, la colpopérinéorrhaphie.

Trois fois, dans ces derniers temps, j'ai pratiqué cette opération, et dans les 3 cas le résultat immédiat et éloigné a été très favorable.

Séance du 25 octobre 1901 (soir).

Traitement des adénopathies tuberculeuses.

M. A. Broca (de Paris), *rapporteur*. — Dans les poches suppurées correspondant à la période terminale de l'évolution parallèle de l'adénite bacillaire et de la péri-adénite concomitante, les injections modificatrices constituent la méthode de choix; pour ma part, je donne la préférence à l'éther iodoformé. Toutefois, lorsque la lésion est polyganglionnaire, il ne suffit pas de tarir une ou plusieurs collections suppurées, car le paquet ganglionnaire persiste; d'autre part, un des inconvénients de ce mode de traitement réside dans sa durée considérable, car il doit être continué pendant plusieurs mois, un an et même plus.

Je suis convaincu que la grande majorité des adénopathies tuberculeuses est justiciable du traitement médical seul, lequel, si on peut l'instituer à temps, nous dispense le plus souvent de toute action locale, y compris les injections interstitielles. Nous avons dès lors à nous demander quelles sont les indications de l'extirpation.

Dans les adénites *non suppurées*, l'opération doit être réservée à la forme lymphomateuse, où l'efficacité du traitement général est très faible.

En présence d'un seul ganglion caséeux, le chirurgien peut recourir indifféremment à l'injection modificatrice ou à l'extirpation.

Pour les ganglions caséeux multiples, sans périadénite accentuée, sans collections suppurées par perforation ganglionnaire, je crois que l'extirpation est la méthode de choix.

Dans la forme *suppurée*, au contraire, qu'elle soit mono ou polyganglionnaire, l'injection modificatrice reprend tous ses droits. On peut la remplacer par l'incision franche suivie de raclage; on a encore conseillé de traverser la peau avec un fil d'argent formant séton. Mais je crois ces moyens nettement inférieurs à l'injection modificatrice qui, avec l'aide du traitement général, donne souvent des résultats complets.

L'incision franche, associée au curettage, n'est préférable à l'injection iodoformée que dans le cas spécial d'abcès à moitié chaud, où la suppuration est produite par une infection mixte.

Après l'ouverture spontanée de petits foyers ganglionnaires, à la suite de l'injection ou du curettage, il se forme des fistules, dans un ou plusieurs ganglions, et rien ne vaut alors, comme simplicité de suites et comme rapidité de guérison, l'extirpation franche avec réunion immédiate.

A tout instant, nous voyons des malheureux porteurs d'énormes paquets fistuleux, qui, à cause de l'encombrement de nos stations maritimes, doivent attendre leur tour de départ durant plusieurs mois. Aussi sommes-nous forcés fréquemment de faire l'opération avant le départ; trop souvent même nous n'avons pas le secours ultérieur du climat maritime. Dans ces conditions, l'extirpation est la méthode de choix; de tous les reproches qu'on lui a adressés, elle n'en mérite qu'un, la fréquence de la récidive, qu'on peut évaluer à 40 ou 50 % des cas; mais, en revanche, pour 50 ou 60 sujets sur 100, on réussit à enrayer en quelques semaines une lésion qui, sans l'extirpation, aurait continué à évoluer, à grossir, à suppurer, à se fistuliser.

M. Demons. — Je crois qu'il faut distinguer, au point de vue du traitement des adénites tuberculeuses, les cas qui concernent les enfants et ceux qu'on observe chez les adultes. Chez les premiers, on est d'accord pour se passer de l'intervention chirurgicale; celle-ci, au contraire, est indiquée chez les adultes qui demandent à être débarrassés de leur difformité, d'autant plus qu'ils ont déjà essayé des traitements multiples.

M. Berger. — Contre les adénites suppurées, j'ai recours à la ponction suivie de l'injection de naphtol camphré; j'ai observé, en effet, des accidents graves avec l'éther iodoformé.

En ce qui concerne l'extirpation des tumeurs ganglionnaires, j'estime qu'il ne faut intervenir que dans les cas où tous les moyens de thérapeutique médicale et thermale ont échoué. L'extirpation peut être dangereuse, et, d'autre part, la récidive survient dans une proportion de 30 % en moyenne; enfin, la question des cicatrices inévitables, quelquefois chéloïdiennes, justifie également les réserves qu'on doit faire au sujet de l'extirpation.

M. Duret (de Lille). — Je suis très partisan de l'intervention chirurgicale chez les adultes. J'ai pratiqué 76 extirpations ganglionnaires, depuis douze ans, sans le moindre accident. Pour ne pas avoir de récidive, il faut opérer très largement, de façon à enlever non seulement les ganglions, mais la coque périganglionnaire et les tissus voisins envahis.

M. Chénieux. — A mon avis, on doit extirper toutes les tuberculoses locales, exception faite pour celles qui coexistent avec des lésions viscérales tuberculeuses graves. C'est dire que je préconise l'extirpation des adénites non suppurées; quant aux adénites ramollies ou suppurées, l'ablation est encore l'intervention de choix toutes les fois qu'elle peut être complète; dans le cas contraire, il faut se contenter de l'incision ou des injections modificatrices. Le traitement médical, la cure marine, sont toujours indiqués, mais ils sont insuffisants.

Enfin, il faut s'abstenir absolument du grattage, funeste et dangereux pour les adénites profondes; il n'est applicable qu'aux adénites superficielles, qui rentrent dans la catégorie des tuberculoses cutanées.

M. Mauclaire. — D'une façon générale, l'idée récemment soutenue par différents auteurs, qu'il y a des adénites dérivatives qu'il faut respecter, me conduit à penser qu'on ne saurait jamais trop insister sur le traitement médical. Cependant, devant l'échec de toutes les méthodes conservatrices, je suis partisan de l'ablation des paquets ganglionnaires limités. Au cours de l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou, il peut arriver qu'on blesse la veine jugulaire interne; c'est pour cela que, dans certains cas d'adénites tuberculeuses cervicales profondes et adhérentes, il est peut-être avantageux de pratiquer la ligature préliminaire de ce vaisseau.

M. Ménard (de Berck-sur-Mer). — Sur plus de 250 opérations, il m'est arrivé 3 fois seulement de blesser la jugulaire interne; je me suis contenté de mettre une pince à demeure pendant quarante-huit heures, et l'incident n'a pas eu la moindre conséquence.

M. Calot (de Berck-sur-Mer). — Je ne cesserai pas de répéter que l'extirpation doit être réservée aux cas où tous les moyens conservateurs ont échoué. Tout d'abord, il est certain que les adénites suppurées échappent à l'extirpation et sont guéries par les injections modificatrices; or, ces adénites sont les plus nombreuses, car la suppuration est la terminaison fatale de la plupart des adénites tuberculeuses. Lorsque celles-ci ne se ramollissent pas, la résorption spontanée se fait sous l'influence du traitement général.

M. Coudray (de Paris). — Il ne faut pas oublier, à propos de l'extirpation des ganglions tuberculeux, les cas de mort survenant très peu de temps après une intervention dirigée contre une tuberculose locale; ces faits, cependant, n'infirment pas le droit que nous avons de recourir à l'ablation ganglionnaire, dans certains cas rebelles aux méthodes conservatrices ou non justiciables de ces méthodes. Je crois qu'il faut accorder une large place, dans le traitement de la tuberculose ganglionnaire, aux injections modificatrices, qui donnent d'excellents résultats dans toutes les formes de cette tuberculose.

M. Péraire. — Depuis 1891, j'ai observé 376 cas d'adénites cervicales, à la consultation de l'hôpital Bichat, et j'ai toujours recherché la porte d'entrée de l'infection bacillaire. Je l'ai trouvée souvent dans des lésions des fosses nasales, du rhinopharynx, de la région amygdalienne, de la bouche, des dents, de l'oreille, de l'œil, ou enfin dans les affections prurigineuses de la face et du cuir chevelu.

Lorsqu'un traitement médical approprié n'a produit aucun résultat, le traitement chirurgical s'impose. Pour les adénites suppurées, on incise, on curette et on excise les fistules; on laisse largement ouverte la plaie qui se cicatrisera par bourgeonnement. Si l'adénopathie est dure, non ramollie, l'énucléation des ganglions doit être pratiquée.

M. Delorme. — Lorsque j'étais au Val-de-Grâce, j'ai été frappé de la fréquence de la tuberculose ganglionnaire chez des soldats provenant de pays maritimes.

Au point de vue du traitement de ces adénites, je fais l'extirpation, pour la région cervicale, dans presque tous les cas où la lésion siège au niveau des ganglions sous-maxillaires, tout spécialement du ganglion angulaire; pour l'aisselle, je n'interviens que si la lésion est bien limitée; pour l'aine, je me laisse plus fréquemment entraîner à pratiquer l'ablation.

Séance du 26 octobre 1901 (matin).

Ablation totale de l'utérus et des annexes dans les cas de tumeur maligne de l'ovaire.

M. Delaunay. — Une femme de quarante ans, que j'avais opérée d'un énorme kyste colloïde de l'ovaire, revint à l'hôpital au bout d'un an, pour des troubles utérins coïncidant avec une augmentation de volume de l'utérus. Je pratiquai l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes, et l'examen histologique a montré que les tissus utérins étaient le siège d'une dégénérescence épithéliomateuse.

Instruit par l'observation précédente, j'ai enlevé, chez une autre malade atteinte d'une tumeur maligne de l'ovaire, l'utérus qui paraissait sain. Or, on a pu constater au microscope qu'il présentait déjà des lésions épithéliomateuses.

D'une façon générale, je me demande s'il ne serait pas prudent d'enlever toujours l'utérus, quand on fait une laparotomie pour kyste de l'ovaire.

Abouchement anormal du rectum à la vulve.

M. Paul Delbet. — J'ai opéré une femme de trente ans, chez laquelle existait un abouchement anormal du rectum au niveau de la commissure vulvaire postérieure. La malade avait subi à l'âge de six mois, pour des accidents d'obstruction chronique, une intervention dans laquelle on avait établi un anus périnéal. Vers sa vingt-cinquième année, cette femme commença à ressentir de graves inconvénients résultant du mauvais fonctionnement de son anus périnéal; elle présentait de l'incontinence des matières fécales et un prolapsus rectal qui alla en s'accentuant. Après avoir fermé l'anus périnéal, j'ai pratiqué une transplantation de l'orifice anal, lequel fonctionne bien et est en grande partie continent, grâce à la contraction et à la tonicité du releveur dont les fibres périrectales sont conservées.

Plaies et contusions de l'abdomen.

M. Souligoux (de Paris). — J'ai pratiqué 11 laparotomies pour plaies ou contusions de l'abdomen. Dans 4 cas de plaies abdominales sans lésions viscérales, la guérison s'est faite sans incident. Chez 3 autres malades, les plaies de l'abdomen étaient compliquées de plaies viscérales que j'ai suturées; j'ai obtenu 2 guérisons seulement, mon troisième blessé, opéré au bout de seize heures, ayant succombé.

Mes 4 autres interventions concernent des contusions de l'abdomen; 2 individus, atteints l'un d'une rupture du rein, l'autre d'une rupture de la vessie, ont parfaitement guéri; les 2 autres opérations n'ont pu empêcher la mort, mais, pour l'une d'elles, le résultat aurait été certainement bien différent si on avait pratiqué une laparotomie immédiatement après l'accident, car je n'ai opéré que cinq mois plus tard, pour une perforation intestinale secondaire.

Eviscération post-opératoire spontanée.

M. Chavannaz (de Bordeaux). — J'ai pu réunir 65 observations d'éviscération post-opératoire spontanée, dont 2 personnelles. Cet accident peut être précoce ou tardif, la dernière variété étant moins importante que la première. C'est toujours un effort (vomissement, défécation) qui est la cause de cette rupture de la cicatrice. Le pronostic est assez sérieux, car ces 65 cas ont donné une mortalité de 14 %. En présence d'un pareil accident, je crois qu'il faut se contenter d'une désinfection très sobre; quand il y a une masse épiploïque herniée, il est souvent indiqué d'en pratiquer la résection, comme je l'ai fait dans les deux cas que j'ai observés.

Fistule recto-uréthrale congénitale.

M. J. Reverdin. — Chez un enfant de huit ans atteint d'une fistule recto-uréthrale congénitale, j'ai pratiqué une opération par dédoublement. Après avoir suturé l'orifice uréthral, d'une part, et l'orifice rectal, d'autre part, je cherchai à reconstituer un périnée épais. Cette tentative échoua partiellement, et j'obtins seulement la fermeture définitive de l'orifice rectal, la plaie s'étant désunie et la suture uréthrale ayant manqué. Quelque temps après, je fis une opération autoplastique pour obturer la fistule uréthrale, mais sans succès. La plaie se cicatrisa peu à peu par bourgeonnement, et le canal uréthral s'est fermé.

M. Morestin. — J'ai observé un cas de fistule recto-uréthrale où la totalité des urines passait par le rectum. La portion de l'urèthre comprise entre la fistule et le méat admettait à peine une bougie filiforme. Je commençai par faire la dilatation de l'urèthre, et je me disposais à opérer la fistule lorsque l'enfant a quitté l'hôpital.

Cure radicale des rétrécissements graves de l'urèthre par autoplastie cutanée.

M. Rochet (de Lyon). — J'ai traité certains cas de rétrécissement grave de l'urèthre par l'autoplastie cutanée, d'après le procédé suivant : on fait d'abord une uréthrotomie externe; ultérieurement, on interpose entre les deux lèvres de l'incision uréthrale un lambeau cutané pris sur le périnée, et on en suture les bords aux lèvres de la section de l'urèthre, l'extrémité du lambeau étant fixée dans l'angle antérieur de la plaie. On draine la vessie par le périnée au moyen d'une sonde à demeure, supprimant ainsi le passage de l'urine dans l'urèthre antérieur pendant les huit à dix jours nécessaires à la réunion du lambeau.

J'ai pratiqué 12 fois cette intervention; 4 fois seulement elle a été suivie d'insuccès; or, 3 de ces cas étaient particulièrement défavorables et dans le quatrième le lambeau, que nous avions taillé trop étroit à sa base, s'est sphacélé. Les 8 autres malades ont parfaitement et définitivement guéri, et j'ajoute que la plupart d'entre eux avaient subi tous les autres traitements sans résultats durables.

M. Delorme. — En 1889 j'ai pratiqué, pour un rétrécissement rebelle à tous les traitements, une opération autoplastique analogue à celle que M. Rochet vient de décrire.

Je crois, d'ailleurs, qu'il y aurait mieux à faire que d'employer un lambeau cutané; ce serait d'emprunter un lambeau muqueux, soit à la muqueuse rectale, soit à la muqueuse vésicale.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale par l'anastomose spino-faciale.

M. Faure. — L'opération que j'ai proposée il y a trois ans n'a guère trouvé d'imitateurs en France, mais elle a été répétée à l'étranger et a donné lieu à des recherches expérimentales très intéressantes, qui ont montré que l'anastomose spino-faciale après section du facial est suivie du rétablissement intégral du fonctionnement des muscles correspondants. Cette intervention a été appliquée également à un cas de contracture spasmodique du facial; après la section de ce nerf on a fait l'anastomose et la paralysie faciale a parfaitement guéri; la malade s'est trouvée en même temps débarrassée de sa contracture.

M. Morestin. — J'ai tout récemment pratiqué l'opération de M. Faure, dans un cas de paralysie faciale d'origine traumatique. Mais l'observation est encore trop récente pour qu'on puisse juger du résultat fonctionnel.

Névrite des moignons d'amputation.

M. Cazin (de Paris). — La gravité de la névrite des moignons d'amputation est encore augmentée par les difficultés du traitement. C'est ainsi que, chez une femme dont je vais résumer l'observation, tous les procédés préconisés contre la névrite du moignon, sauf peut-être l'élongation des nerfs, ont été appliqués sans résultat durable. Lorsque j'ai vu cette malade pour la première fois, au mois de janvier dernier, elle n'avait pas été endormie moins de douze fois en quatre ans, pour différentes interventions dont 9 avaient été dirigées contre la névrite.

A la suite d'une amputation de l'avant-bras droit, nécessitée par un phlegmon, en septembre 1896, le moignon suppura pendant près de quatre mois, et quand, la cicatrisation terminée, la malade quitta la Pitié, elle éprouvait déjà des douleurs au niveau de son moignon. En avril 1897, elle rentra à l'hôpital, et on lui fit sans succès plusieurs séances de compression sous le chloroforme. M. Berger pratiqua ensuite, en octobre 1897, une désarticulation du coude. La guérison ne dura pas un an, et au commencement de l'année 1899, le même chirurgien fit des résections nerveuses multiples. Cette fois, l'accalmie dura quatorze ou quinze mois, puis les troubles névritiques reparurent. J'ai pratiqué, en février dernier, une réamputation, à la partie supérieure du bras, en réséquant les nerfs aussi haut que possible; depuis lors, cette femme n'a pas souffert un seul instant et se considère comme guérie.

Séance du 26 octobre 1901 (soir).

Ligature préalable de l'iliaque primitive dans la désarticulation de la cuisse.

M. Berthomier. — Je crois utile de procéder, avant la désarticulation de la cuisse, à la ligature de l'iliaque primitive. Dans ce but, on commence par faire l'incision de Roux pour l'appendicectomie, puis on décolle avec le doigt le péritoine jusqu'à ce qu'on sente le bord externe du psoas; par cette manœuvre, on a mis à nu l'artère, qu'il ne reste plus qu'à charger.

J'ai appliqué ce procédé chez un malade atteint d'un ostéosarcome de l'ischion, avec envahissement de l'articulation coxo-fémorale. Après la ligature de l'iliaque primitive, la désarticulation se fit très simplement; elle fut suivie de la résection d'une partie de l'ischion et du pubis.

M. Lucas-Championnière. — C'est en somme l'incision classique que M. Berthomier a employée. D'ailleurs, M. Roux a déclaré lui-même que l'incision qu'il préconise pour l'appendicectomie n'est autre que l'incision classique pour la ligature de l'iliaque primitive. En ce qui concerne la désarticulation de la cuisse, je crois que la ligature préalable de l'artère en question est bien inutile.

M. Delorme. — J'ai fait 3 fois la désarticulation de la hanche, et dès la première fois, j'ai constaté qu'il était facile d'obtenir l'hémostase. Je ne vois donc pas la nécessité de faire une opération préliminaire pour empêcher l'hémorrhagie.

Coxopathie par ostéite sèche douloureuse du col fémoral.

M. Guermonprez (de Lille). — Je donne à la coxa vara essentielle de croissance le nom de « coxopathie par ostéite sèche douloureuse du col fémoral des jeunes campagnards ». La maladie débute par une phase douloureuse, à laquelle fait suite une période d'attitudes vicieuses constituant une infirmité déplorable; à ce moment, les douleurs n'existent plus.

Je crois qu'on peut combattre cette affection par un traitement non sanglant lorsqu'on agit en temps propice; si l'on met le malade dans le relâchement en décubitus dorsal, il est facile d'obtenir la réduction, après une forte extension avec contre-extension, en plaçant le membre dans une assez forte abduction, combinée à un certain degré de circumduction.

Traitement des gangrènes diabétiques.

M. Cazin. — Contrairement à l'ancien principe de l'abstention chirurgicale chez les diabétiques, on s'accorde actuellement à ne plus refuser les bénéfices de l'amputation aux malades atteints de gangrène diabétique. En ce qui concerne le niveau où l'on doit amputer, dans le cas de gangrène diabétique avec athérome, on admet comme règle de ne jamais amputer au-dessous du point où les battements artériels cessent d'être perceptibles. Or, il semble que ce critérium ne soit pas absolu, vu les excellents résultats fournis par des amputations où les lambeaux n'ont pas donné une goutte de sang. J'en ai observé pour ma part plusieurs exemples, notamment chez un homme de soixante-trois ans, athéromateux et diabétique, auquel j'ai fait avec succès une désarticulation de Lisfranc pour une gangrène des orteils, et non pas l'amputation de jambe au lieu d'élection, comme le prescrivait le principe de l'amputation haute généralement admis. Ce malade, opéré depuis sept mois, marche très bien sur son demi pied et ne présente aucune trace de récidive.

Malgré l'athérome, on est donc quelquefois en droit, dans des cas de gangrène limitée du membre inférieur, de donner au patient la chance de continuer à marcher sur son pied, plutôt que de le condamner d'emblée à marcher sur un pilon.

M. Tédenat. — Dans un cas de gangrène sénile où une amputation haute n'était pas acceptée, j'ai fait l'opération de Syme modifiée, et le résultat a été excellent. J'ai pratiqué également plusieurs amputations de jambe au lieu d'élection pour des gangrènes du pied, avec ou sans diabète, sans que le lambeau externe ait donné la moindre goutte de sang; la réunion par première intention n'en a pas moins été obtenue.

M. Guinard. — Pour ma part, je n'ai pas une très grande confiance dans la vitalité d'un lambeau d'amputation qui ne saigne pas, et, en pareil cas, j'use volontiers du cathétérisme des artères, proposé par Montaz. C'est à cet artifice que j'ai eu recours notamment dans une amputation de cuisse où la fémorale ne saignait pas. Avec une pince longuette, j'ai pu retirer de l'artère de longs caillots fibrineux et le cours du sang s'est trouvé rétabli. Je sais que M. Rochard a fait aussi ce cathétérisme des artères, et que le résultat a été excellent.

Sur un cas de doigt à ressort lié à une trophonévrose.

M. Larger (de Maisons-Laffitte). — Le fait que je désire vous communiquer n'a pas d'analogue parmi ceux qui ont été publiés tant en France qu'en Allemagne. Ce qui ajoute à son intérêt, c'est qu'il a pu être observé dès le début par le chirurgien, qui était en même temps le malade.

A la suite d'une chute de bicyclette sur le coude gauche, la seule lésion constatée était une petite érosion cutanée au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne du petit doigt du même côté, sur le trajet du nerf collatéral dorsal externe; il existait, en outre, une violente douleur le long des branches terminales du nerf cubital à l'avant-bras et à la main.

L'érosion ne tarda pas à se creuser et à prendre l'aspect — caractéristique d'une trophonévrose — d'un petit trou à l'emporte-pièce, d'un mal perforant, en un mot. En même temps apparaissait le phénomène classique du « doigt à ressort ». Au bout de six mois, le mal perforant se cicatrisa et le phénomène du doigt à ressort disparut. Le parallélisme entre l'évolution de ce dernier et celle de la trophonévrose a donc été parfait.

Résultats éloignés d'une trochantéroplastie.

M. Gangolphe. — Je puis vous communiquer les résultats éloignés d'une opération que j'ai pratiquée il y a trois ans et demi. Il s'agit d'un cas de pseudarthrose du col du fémur, que je traitai d'abord, sans aucune amélioration, par une longue immobilisation. J'eus alors l'idée de recourir à la greffe osseuse, et d'emprunter au grand trochanter le fragment osseux nécessaire à la greffe; il me fut malheureusement impossible de réaliser ce projet avec un fragment trochantérien. Dans ces conditions, je décidai de faire avec ce fragment osseux un point d'appui agissant dans la pseudarthrose comme une sorte de sourcil cotyloïdien, transformant pour ainsi dire la pseudarthrose en néarthrose; c'est à cette intervention que j'ai donné le nom de trochantéroplastie. Le résultat fonctionnel était satisfaisant au bout de quelques mois. J'ai revu tout récemment l'opéré, et il m'a affirmé qu'il portait sans difficulté des fardeaux très lourds et qu'il était capable de faire de longues marches.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

M. Redard (de Paris). — J'ai traité par la méthode non sanglante 50 cas de luxation congénitale de la hanche, bilatérale dans 7 cas et unilatérale dans 43 cas.

Pour ces derniers, nous avons obtenu 14 fois une réduction véritable, confirmée par la radioscopie; le résultat est d'autant meilleur que les sujets sont plus jeunes; en effet, il s'agissait 10 fois d'enfants âgés de moins de sept ans. Un certain nombre de ces interventions datent actuellement de plus de trois ans, et la guérison s'est maintenue parfaite. Le nombre des transpositions, dans mes 43 observations de luxation unilatérale, est de 26; dans 3 cas, la luxation s'est reproduite.

Quant aux 7 cas de luxation bilatérale, 2 fois seulement j'ai obtenu une réduction véritable. Au point de vue fonctionnel, je dois ajouter que la transposition de la tête fémorale m'a souvent donné des résultats presque aussi satisfaisants que la réduction vraie.

Traitement chirurgical de la paralysie infantile.

M. Calot. — La paralysie infantile frappe les os, d'où raccourcissement des membres; les articulations, en produisant des articulations ballantes; les muscles, qu'elle atrophie plus ou moins complètement. Le chirurgien corrige les raccourcissements du membre inférieur, fixe par l'arthrodèse les articulations ballantes, combat l'atrophie musculaire avec les anastomoses tendineuses; mais l'orthopédie, pour perfectionner les résultats obtenus, conserve tous ses droits. Il convient de reconnaître que l'arthrodèse, en particulier, a donné beaucoup de mécomptes; à mon avis, elle ne doit plus guère être faite qu'au genou, et dans quelques cas au cou-de-pied. Quant aux anastomoses musculaires, il faut être très réservé sur leur avenir. Enfin, pour ce qui concerne la correction des déviations consécutives à la paralysie infantile, on peut les corriger radicalement par des procédés d'une bénignité absolue, mais le redressement ne peut être maintenu que par un appareil approprié.

M. Bilhaut (de Paris) communique une observation de fracture comminutive de l'avant-bras, avec cal vicieux, traitée par l'intervention sanglante.

M. Mencière (de Reims) relate un cas de pied bot varus équin chez un homme de quarante ans.

MAURICE CAZIN,
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 octobre 1901.

Cinq cas de rupture de la rate chez des paludéens.

M. Boinet (de Marseille) relate 5 cas de rupture de la rate, survenue chez des paludéens à la suite de circonstances diverses (accès de fièvre intermittente, traumatisme, repas trop copieux, etc.).

Le mécanisme des ruptures dites spontanées de la rate qui s'observent au cours des accès de fièvre est variable: tantôt, cet accident est favorisé par le ramollissement, la diffluence et l'énorme tuméfaction de l'organe; tantôt il est dû à l'éclatement de l'enveloppe splénique amincie et sclérosée.

Les adhérences si fréquentes de la rate paludéenne avec le diaphragme et l'estomac facilitent également la production des ruptures spléniques, soit par suite des tiraillements qu'elles exercent, soit par la perte de la mobilité de la rate qui n'échappe ainsi qu'avec difficulté aux traumatismes.

Dans les 5 cas communiqués par M. Boinet, la rupture de la rate a été suivie de mort immédiatement ou au bout de quelques jours.

M. Bucquoy fait une communication sur les deux cas de peste, dont l'un mortel, qui se sont produits à bord du paquebot *Sénégal* peu après son départ de Marseille. On trouva dans la soute au linge sale un grand nombre de cadavres de rats; il est vraisemblable que ces animaux s'étaient introduits à bord durant un séjour de quarante-huit heures que le bâteau avait fait, quelque temps auparavant, dans le port d'Alexandrie.

Entre autres critiques, l'orateur fait observer que, plus rigoureuse, l'inspection sanitaire au départ de Marseille aurait sans doute fait découvrir que le paquebot était contaminé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 octobre 1901.

Claudication intermittente par oblitération de l'artère fémorale.

M. Barth présente un malade atteint de claudication intermittente du membre inférieur gauche. Ce phénomène est lié à une oblitération complète du tronc de l'artère fémorale, oblitération qui est survenue spontanément, à l'insu du patient. Cet homme étant un syphilitique avéré, on peut supposer qu'il s'est produit, à un moment donné, une artérite spécifique de la fémorale gauche, puis, consécutivement, un petit anévrysme, lequel a fini par guérir sous l'influence du traitement ioduré, mais en donnant lieu à la formation du coagulum que l'on sent encore aujourd'hui au-dessous de l'arcade de Fallope. La lenteur de l'évolution de ce processus a permis le développement d'une circulation collatérale suffisante pour assurer la nutrition du membre.

M. Rendu fait remarquer que les artérites fémorales qu'on observe parfois au cours de la fièvre typhoïde ne se terminent presque jamais par une oblitération complète de l'artère, d'où l'absence d'accidents gangreneux. Peut-être les artérites spécifiques de la fémorale se bornent-elles aussi à rétrécir la lumière du vaisseau sans l'oblitérer complètement, ce qui rendrait mieux compte de la conservation au moins relative des fonctions du membre.

M. Barth rappelle que, d'après des constatations anatomo-cliniques faites autrefois par Broca et par Verneuil, l'oblitération complète de la fémorale n'entraîne pas toujours des désordres graves du côté du membre inférieur.

Intoxication saturnine par l'usage d'un gobelet d'étain plombifère.

M. Variot relate l'observation d'un enfant qui présentait une paralysie complète des membres inférieurs et une parésie des membres supérieurs, sans troubles sphinctériens. L'examen du petit malade permit de constater sur le bord des gencives un liséré plombique très bien caractérisé: il s'agissait donc d'une paralysie saturnine, qu'on ne put expliquer que par l'usage habituel d'un gobelet d'étain contenant une très forte proportion de plomb (75 %). C'est vraisemblablement à la dissolution d'une petite quantité de ce plomb par les liquides plus ou moins acides versés dans ce gobelet, qu'il faut attribuer les accidents paralytiques que cet enfant a éprouvés et dont il est actuellement à peu près guéri. Les muscles extenseurs sont cependant demeurés un peu plus faibles que les fléchisseurs.

L'orateur fait remarquer, à propos de ce fait, que, dans certains hôpitaux d'enfants, on se sert encore de gobelets d'étain contenant une proportion de plomb assez forte (12 %) pour qu'à la longue leur usage puisse devenir nuisible.

M. Rendu rappelle qu'il a observé également des accidents d'encéphalopathie saturnine chez un homme qui faisait usage de cidre ayant séjourné dans des pichets d'étain plombifère.

Thorax en entonnoir et hérédo-syphilis.

M. Gaucher montre un homme chez lequel on constate quelques ulcérations au niveau des jambes et, en même temps, la déformation connue sous le nom de thorax en entonnoir. Il existe, en outre, chez ce malade une abolition des réflexes patellaires et une diminution du réflexe pupillaire à la lumière. La cause de tous ces accidents est assez obscure; cet individu, en effet, ne présente aucune tare névropathique; de plus, il n'est certainement pas syphilitique. Peut-être faut-il voir là une manifestation de la syphilis héréditaire.

M. Comby fait remarquer que, chez les enfants, le thorax en entonnoir coïncide presque toujours avec le rachitisme.

M. Marie croit qu'il s'agit d'une malformation congénitale indépendante du rachitisme.

Pseudo-rhumatisme tuberculeux.

M. Galliard. — Voici une observation qui peut être rapprochée de celle que M. Bezançon nous a communiquée dans la dernière séance:

Une jeune fille de dix-sept ans fut atteinte, au cours d'une tuberculose pulmonaire chronique, d'une poussée aiguë de granulations tuberculeuses du côté de la plèvre, du péritoine et peut-être aussi des méninges, puis, quelque temps après, d'une tuméfaction douloureuse des articulations des doigts, des orteils et des genoux. Durant l'évolution de ce pseudo-rhumatisme, qui s'accompagna d'une pleurésie diaphragmatique du côté gauche, le cœur fut toujours respecté. Tous ces accidents se terminèrent par résolution, à la suite de la formation d'une collection purulente de la cuisse qui semble avoir joué le rôle d'un abcès de fixation, et cette jeune fille put quitter l'hôpital à peu près dans l'état où elle y était entrée, c'est-à-dire avec une tuberculose localisée au sommet des deux poumons.

Un cas d'angine de Vincent.

M. Siredey présente, en son nom et au nom de M. Mantoux, un homme qui a été atteint, au mois d'août dernier, d'une stomatite ulcéro-membraneuse ayant envahi récemment la voûte et le voile du palais; en même temps apparaissaient des phénomènes angineux, bien que les amygdales et le fond de la gorge fussent complètement indemnes. L'examen bactériologique de l'exsudat du voile du palais et des gencives a permis d'y constater à plusieurs reprises des bacilles fusiformes et des spirilles. Il s'agit

donc d'un cas d'angine de Vincent, intéressant par sa localisation un peu spéciale et aussi par l'existence d'une albuminurie, particularité qui n'avait pas été signalée jusqu'à présent au cours de cette affection.

M. Hirtz communique les observations de deux malades qui ont été atteints d'albuminurie orthostatique.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 21 octobre 1901.

La bronchiolite fibreuse oblitérante.

M. A. Fränkel. — L'affection dont je désire vous parler consiste en une prolifération aiguë ou subaiguë du tissu conjonctif dans les bronchioles, entraînant la mort d'une façon assez rapide. Ce processus avait été considéré jusqu'ici comme secondaire à diverses maladies du poumon; récemment, M. Lange a fait connaître les deux premiers cas où il fût primitif. Toutefois, l'étiologie demeurait obscure; un fait que je viens d'observer me paraît de nature à apporter quelques éclaircissements à ce point de vue.

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, fondeur en cuivre, qui entra dans mon service avec de la dyspnée, de la cyanose et une augmentation de volume des poumons; il n'existait aucune zone de matité thoracique, mais on percevait partout des râles à fines bulles et, en arrière, de la crépitation; pas de fièvre. Le malade racontait que la veille il avait, en traitant du laiton par un mélange d'acides sulfurique et azotique, respiré en abondance les vapeurs qui s'échappaient de ce bain; il avait éprouvé aussitôt un sentiment d'angoisse avec besoin d'air; la dyspnée n'avait fait que s'accentuer depuis lors. Au bout de peu de temps, cet homme, malgré divers incidents (état de faiblesse du cœur qui céda à la digitale, légère expectoration pneumonique, emphysème cutané de la moitié droite du thorax), paraissait tout à fait rétabli, quand, au quatorzième jour, les symptômes reparurent avec une grande intensité; la mort survint une semaine plus tard. Dans ces conditions, j'estime que la première phase de la maladie a correspondu à la bronchiolite due à l'irritation par les vapeurs acides; la seconde, à la prolifération du tissu conjonctif.

A l'autopsie, les poumons renfermaient de nombreux petits nodules rappelant l'aspect de la tuberculose miliaire; mais le microscope montra qu'il s'agissait de bronchiolite oblitérante : les fines bronches présentaient seulement de la desquamation épithéliale; puis, à mesure qu'on examinait des ramifications plus profondes de l'arbre respiratoire, on rencontrait d'abord des masses albumineuses avec chute de l'épithélium, enfin du tissu conjonctif jeune oblitérant les bronchioles et ayant même envahi les alvéoles.

Déviation de l'omoplate, d'origine musculaire.

M. Eulenburg présente une jeune fille de dix-sept ans, dont l'omoplate droite a subi un mouvement de bascule tel que son bord externe regarde en bas et que son bord interne est obliquement dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Cette déformation, qui date d'un an environ, peut tenir soit à une contracture de l'angulaire de l'omoplate et des rhomboïdes, soit à une paralysie du grand dentelé. La première hypothèse paraît la plus vraisemblable; aussi peut-on espérer que la myotomie donnera de bons résultats.

A propos de la physiologie de la respiration.

M. de la Camp communique les résultats de recherches radiographiques démontrant qu'il existe trois types respiratoires. Dans le premier, l'inspiration correspond à un abaissement du diaphragme, l'expiration à une élévation de ce muscle; dans le second, l'inspiration normale coïncide encore avec l'abaissement du diaphragme, mais l'inspiration forcée s'accompagne d'abord d'une élévation, bientôt suivie d'un abaissement plus considérable que d'ordinaire, de ce muscle; dans le troisième, enfin, le diaphragme effectue ses mouvements normaux tant que la respiration est calme, tandis qu'une respiration plus profonde a pour effet d'invertir ces mouvements (élévation pendant l'inspiration, abaissement pendant l'expiration).

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 26 octobre 1901.

Effets expérimentaux de la méthode de Bier sur le développement du cal osseux.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. A. Bum** a relaté les résultats des expériences qu'il a faites avec M. Biedl pour étudier les effets de la méthode de Bier (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 140) sur le développement du cal. Ces recherches ont porté sur des lapins et de jeunes chiens auxquels on fracturait les deux tibias au niveau de la diaphyse. Un appareil plâtré était ensuite placé sur chaque membre fracturé, puis on pratiquait la méthode de Bier pendant deux heures, chaque jour, au dessus de l'articulation fémoro-tibiale droite. Quand les animaux furent sacrifiés, on constata que les parties périphériques du côté traité par la méthode de Bier étaient le siège d'une imbibition séreuse du tissu conjonctif sous-cutané et intermusculaire, et que, dans presque tous les cas, le cal correspondant était plus résistant et plus solide que celui du côté opposé; l'examen histologique montra, en outre, que le processus d'ossification était plus prononcé du côté soumis au traitement de Bier.

De la théorie des anticorps.

M. Max Gruber a fait un exposé critique sur la théorie des anticorps émise par Ehrlich pour expliquer l'action antitoxique de certains sérums (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 411-412).

D'après Ehrlich, l'organisme normal renfermerait des substances chimiques ou anticorps, qui seraient unies en majeure partie au protoplasma des cellules sous forme de « chaînes latérales » et dont une très petite portion seulement resterait libre dans le sang. Lorsqu'un poison pénètre dans l'organisme, les anticorps entreraient en activité, se déverseraient en grande quantité dans le sang et se combineraient aux substances toxiques pour les neutraliser.

Ehrlich admet, en outre, que la toxine est formée de deux parties : l'une toxique ou *toxophore* et l'autre, *haptophore*, qui se combinerait avec les anticorps. Au fur et à mesure que la toxine vieillit, le groupement moléculaire toxophore diminuerait et finirait par disparaître (*toxoïde*), tandis que le groupement haptophore ne subirait aucune modification.

Il est possible, dit l'orateur, que le groupe toxophore et le groupe haptophore soient isolés l'un de l'autre dans la toxine, mais rien ne le prouve. Ehrlich admet cependant que ces deux groupements moléculaires peuvent agir indépendamment l'un de l'autre, de façon à se neutraliser; l'action isolée du groupe haptophore expliquerait ainsi, d'après cet auteur, la période de latence ou d'incubation qui précède presque toutes les intoxications.

Le fait que le mélange de toxine tétanique avec de la substance cérébrale fraîche n'est pas toxique paraît plaider en faveur de l'hypothèse d'Ehrlich. Cependant, si l'action de la substance cérébrale était identique à celle de l'antitoxine, la quantité de cette dernière substance nécessaire pour neutraliser un mélange de toxine et de substance cérébrale devrait être moins considérable; or, on n'observe rien de pareil. Il n'est donc nullement prouvé que le poison soit fixé par le groupe haptophore avant d'exercer ses effets. Ce qui infirme encore cette hypothèse, c'est la différence d'action des toxines suivant qu'elles sont introduites dans l'organisme par la voie sous-cutanée ou intraveineuse, ou injectées directement dans le cerveau. Du reste, les poisons non microbiens, tels que la saponine, la colchicine, le plomb, etc., c'est-à-dire des toxiques dans la constitution desquels le groupement haptophore n'existe pas, ne manifestent leurs effets qu'après une période d'incubation, tout comme les poisons microbiens. La période d'incubation des infections n'est donc pas expliquée par la théorie d'Ehrlich.

Enfin, que des animaux réfractaires à l'action des toxines diphtérique et tétanique produisent les antitoxines correspondantes, c'est encore là une nouvelle preuve du peu de fondement de la théorie des chaînes latérales. D'après l'orateur, la formation dans l'organisme de substances antitoxiques s'expliquerait mieux par un processus de sécrétion, car ces substances peuvent continuer à augmenter même après qu'on a cessé les injections de toxines. D'autre part, lorsque, à la suite d'une injection de toxine, on soustrait à un animal la plus grande partie de son sang, la production d'antitoxine devient énorme, même en l'absence de toute nouvelle injection de toxine. Il est enfin absolument certain que l'antitoxine ne prend pas naissance aux points sur lesquels la toxine porte son action.

Dr SCHNIRER.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections épidurales de cocaïne ou de sérum artificiel contre l'incontinence d'urine.

Il y a quelques mois, M. le docteur Albarran, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et M. Cathelin, interne à l'hôpital Necker, ont fait connaître les bons résultats qu'ils avaient obtenus, dans 4 cas d'incontinence d'urine de cause variée, au moyen d'une ou de plusieurs injections épidurales de 1 c.c. d'une solution de cocaïne à 2 % (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 239). Depuis lors, ils ont poursuivi ces essais, de sorte qu'aujourd'hui le total des malades traités par ce moyen se monte à 15, parmi lesquels 3 étaient atteints de tuberculose urinaire. Dans la plupart des cas, les effets favorables de la médication se sont manifestés dès les premières injections, et, sauf 2 patients ayant une tuberculose des organes urinaires, tous les malades ont été très améliorés ou même complètement guéris.

Fait à remarquer, à côté de la cocaïne, MM. Albarran et Cathelin ont aussi expérimenté le sérum artificiel à la dose de 15 à 20 c.c. par injection, et cette pratique leur a donné des résultats très satisfaisants. C'est ainsi que, dans 3 cas d'incontinence infantile nocturne, la guérison a été obtenue par une seule injection de sérum, ce qui mérite d'être retenu, étant donné l'avantage que présente sur la cocaïne, au point de vue de l'innocuité, la solution physiologique de chlorure de sodium.

Emploi du galvanocautère pour la méatotomie.

Afin de pouvoir mener à bonne fin la dilatation progressive d'un urèthre rétréci, on se voit souvent obligé de pratiquer la méatotomie. A cet effet, on se sert habituellement d'un bistouri à bascule, connu sous le nom de méatotome. Or, d'après l'expérience de M. le docteur Genouville (de Paris), il serait préférable de recourir, en pareille occurrence, au galvanocautère. Après avoir aseptisé le champ opératoire et avoir assuré l'anesthésie locale par la cocaïne, on entr'ouvre les lèvres du méat à l'aide d'un dilatateur approprié ou, à défaut d'un instrument de ce genre, au moyen d'une simple pince hémostatique, et on procède ensuite à l'opération avec un petit couteau galvanique. En fait de pansement, il suffit d'appliquer sous le prépuce un petit tampon de coton.

La section ainsi obtenue offrirait l'avantage d'être peu douloureuse et à peu près complètement exsangue. De plus, elle serait peu sujette à s'infecter, tandis que l'incision au bistouri constitue parfois, à cet égard, un véritable danger, surtout lorsqu'il s'agit d'un sujet atteint de blennorrhagie aiguë et chez lequel l'étroitesse du méat entrave l'écoulement du pus et gêne les lavages.

La méatotomie au galvanocautère ne donnerait lieu à aucun accident, tout en facilitant considérablement les dilatations ultérieures du canal. Ajoutons que ce procédé permettrait d'obtenir un élargissement durable du méat : M. Genouville a revu des patients chez lesquels l'introduction de grosses bougies restait facile plus de neuf mois après l'intervention.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement du diabète sucré.

J'ai exposé il y a trois ans, dans ce journal (1), les moyens hygiéniques et médicamenteux, à l'aide desquels on peut diminuer l'hyperglycémie diabétique. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit (2), et je renvoie aux travaux précités; mais tout diabétique est un *malade*, c'est-à-dire un sujet dont l'état anomal est plus ou moins complexe. Traiter un diabétique, ce n'est pas simplement traiter la glycosurie : la tâche est autrement compliquée. Je vais donc indiquer, en me plaçant au point de vue pratique, comment le médecin doit se comporter dans un cas donné.

I

Tout d'abord — et avant de commencer le traitement —, il faut s'efforcer de connaître *à fond* son malade, et, pour cela, l'interroger minutieusement sur son genre de vie. Les hommes, assez souvent, s'observent mal; il est utile de contrôler leurs assertions par les personnes de leur entourage, surtout par leurs femmes. C'est ainsi qu'on apprendra certaines particularités importantes, qu'on sera mis au courant de quelque habitude nuisible, etc. L'an dernier, j'étais consulté par un diabétique d'une cinquantaine d'années. C'était un homme exempt de toute tare héréditaire; industriel aisé, il menait une vie hygiénique; il était sobre et ne s'était pas surmené; bref, on ne voyait aucune cause à sa maladie. Ce n'est qu'après un long interrogatoire que je finis par apprendre que depuis trois ans il avait apporté une modification — qu'il jugeait insignifiante — à ses habitudes : il était venu habiter son usine, tandis qu'auparavant il en était distant de 3 kilomètres; comme il s'y rendait deux fois dans la journée, il avait contracté l'habitude de faire quotidiennement 12 kilomètres. En possession de ce renseignement, je lui prescrivis de marcher deux heures par jour et, naturellement, je lui conseillai quelques restrictions à son régime alimentaire. La glycosurie a disparu.

Quand on a corrigé les défectuosités de l'hygiène du malade — il y en a toujours —, on pratique l'examen *médical :* antécédents héréditaires et personnels, état somatique actuel, etc., etc Après ces investigations, on passe à l'état de l'urine : quelle quantité de sucre par jour? Quels sucres? Y a-t-il d'autres anomalies de l'urine, notamment de l'albuminurie, des cylindres? L'urine donne-t-elle la réaction de Gerhardt?

II

La détermination de la quantité de sucre excrétée en vingt-quatre heures n'a de l'importance que si elle est exacte. Il faut donc opérer — à peine est-il besoin de le rappeler — non avec une émission quelconque d'urine, mais avec un échantillon prélevé sur la totalité des urines de vingt quatre heures; de plus, il est bon que le malade soit soumis, depuis deux ou trois jours au moins, d'une manière uniforme, à son régime ordinaire. S'il vient de voyager, s'il a changé ses habitudes, sa glycosurie peut, momentanément, être si modifiée qu'elle donne une indication fausse sur son degré habituel.

Il importe que le dosage du sucre soit fait, et par le polarimètre, et par la liqueur de Fehling. La plupart des pharmaciens se contentent du dosage au polarimètre, qui passe pour plus exact (parce qu'on ne dose pas avec cet instrument diverses matières réductrices qui sont comptées comme sucre, quand on se sert de la liqueur de Fehling); mais si l'urine diabétique renferme une certaine proportion de maltose — et nous avons prouvé, M. Boulud et moi, que le fait n'est pas très rare (1) —, le polarimètre accuse un chiffre beaucoup trop élevé, le pouvoir rotatoire du maltose étant près de trois fois plus fort que celui du glucose (2).

C'est non seulement dans le cas de maltosurie, mais dans bien d'autres circonstances que le dosage du sucre urinaire a besoin d'être fait à l'aide de plusieurs méthodes, qui se contrôlent mutuellement. Et il ne suffit pas d'opérer avec l'urine telle qu'elle vient d'être émise : dans beaucoup de cas il sera nécessaire de l'acidifier et de la chauffer au tube scellé (3). Aussi, un dosage *du sucre seul*, dans certaines urines diabétiques, demande-t-il *plusieurs* heures, et une certaine habileté. Une étroite corrélation existe entre la quantité totale de substances sucrées contenues dans un litre d'urine diabétique et la nature de ces substances, parce que chacune d'elles se comporte différemment vis-à-vis de nos moyens de dosage.

III

Après le dosage du sucre, c'est celui de l'urée qui est le plus utile, car il importe de savoir le degré de la désassimilation des matières albuminoïdes. A cet égard, les médecins oublient trop que tous les hommes ne sont pas équivalents : il en est de grands et de petits, de gros et de maigres, de jeunes et de vieux. Rapporter l'urée au poids corporel, comme on le fait quelquefois, c'est déjà quelque chose, mais ce n'est pas suffisant : si l'on veut faire une estimation précise, il est indispensable, à l'exemple du professeur Bouchard (4), de la rapporter à la quantité d'albumine *fixe* renfermée dans le corps du sujet.

Le *rapport* du sucre à l'urée n'est pas sans intérêt : supposons un diabétique grave, c'est-à-dire consommant mal le sucre qu'il forme aux dépens de ses matières albuminoïdes, et se disant au régime antidiabétique strict; le rapport de l'azote uréique au sucre sera comme 1 est à 3, environ (5). Si ce rapport est beaucoup plus bas (s'il y a, par exemple, 5 ou 6 de sucre pour 1 d'azote uréique), il faut admettre que le malade, contrairement à son affirmation, n'observe pas strictement le régime, ou qu'on a affaire à un diabète grave et, dans ce cas, il y a deux possibilités : ou bien, comme le supposent M. Blumenthal (6) et, après lui, M. Umber (7), les matières protéiques possédant un noyau d'hydrate de carbone perdent ce noyau, ou bien l'économie fabrique du sucre aux dépens de la graisse (1). Reste à savoir si c'est aux dépens de la graisse de l'alimentation, ou aux dépens de sa propre graisse. La courbe du poids corporel permettra, en général, de trancher la question. Tels sont les services que rend l'étude attentive du rapport du sucre à l'urée.

IV

L'albuminurie est *très commune* chez le diabétique. Ce fait, sur lequel insistait M. Stokvis dès 1886, est trop peu connu des médecins, parce qu'ils ne tiennent compte, pour la plupart, que des quantités un peu notables d'albumine. Mais les observateurs qui l'ont soigneusement recherchée ont décelé de l'albumine dans les deux tiers, au moins, des cas : Külz (2), sur 540 diabétiques, a noté de l'albuminurie chez 79 %. Et cette anomalie n'est pas spéciale aux diabètes graves; diverses statistiques, celles de Külz, de M. von Noorden, etc., semblent indiquer qu'elle est tout aussi fréquente chez les malades légèrement atteints. L'albumine est-elle en proportion moins forte chez ces derniers? Cela paraît *a priori* assez vraisemblable; mais je ne connais pas de statistique qui le prouve.

Quoi qu'il en soit, l'albumine est à rechercher avec soin; ce qui montre qu'il ne s'agit pas d'une albuminurie purement dyscrasique, c'est la fréquence des cylindres, que les élèves de Külz (3) ont observés 64 fois sur 100 diabétiques. Il y a donc chez ces sujets un symptôme *d'irritation rénale* facile à reconnaître, et dont la constatation est fort importante pour le traitement; car, chez un diabétique présentant *beaucoup* de cylindres, il faut éviter avec soin tout remède susceptible d'irriter le rein, une néphrite, même légère, étant une des conditions les plus favorables au développement de l'intoxication prémonitoire du coma (4).

V

L'urine des individus sains peut renfermer des traces et parfois une proportion assez forte d'acétone (5); aussi n'est-ce pas l'acétonurie, mais la *diacéturie*, qu'il faut rechercher chez les diabétiques, parce que c'est elle qui est le signe le plus sûr et le plus facilement appréciable du début de la dyscrasie dont je viens de parler. Rien, en effet, de plus facile que de reconnaître l'existence de la diacéturie; il suffit de verser goutte à goutte une solution de perchlorure de fer dans l'urine diabétique. S'il se produit — outre la précipitation des phosphates — une teinte rouge foncé (le malade ne prenant aucun médicament qui puisse donner lieu à une coloration de ce genre), on peut affirmer que l'urine renferme de l'acide diacétique. Telle est la réaction de Gerhardt, réaction d'une sensibilité suffisante (6) et très sûre, à condition, nous le répétons, que le malade n'absorbe pas de sub-

---

(1) R. Lépine. Traitement diététique du diabète. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 401.) — Du mode d'action des principaux agents physiques et médicamenteux usités dans le traitement du diabète sucré. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 497.)

(2) J'ajouterai seulement que M. le professeur Mossé (de Toulouse), dans un récent travail (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept. 1901, p. 792), a insisté de nouveau sur ce fait que certains diabétiques tolèrent une quantité de pommes de terre bien supérieure à leur équivalent de pain.

(1) R. Lépine et Boulud. Maltosurie chez certains diabétiques. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 11 mars 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 84.)

(2) En revanche, le pouvoir réducteur du maltose est plus faible que celui du glucose, de sorte que dans le cas où l'urine renferme un mélange de ces deux sucres, ce n'est que par la combinaison de plusieurs méthodes (y compris celle de la fermentation) qu'on arrive à déterminer approximativement le chiffre du sucre.

(3) Voir, à ce sujet : R. Lépine et Boulud. Note sur la détermination des divers principes sucrés qui peuvent exister dans l'urine diabétique. (*Rev. de méd.*, juillet 1901, p. 632, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 342.)

(4) Ch. Bouchard. Traité de pathologie générale, T. III, p. 186 et suiv. Paris, 1900.

(5) Chez le chien dépancréaté, qui utilise *très mal* son sucre, M. Minkowski, comme on sait, a trouvé, en moyenne, le rapport 1 : 2,8. — Voir mon article sur « La formation du sucre aux dépens des matières albuminoïdes (glycogénie sans glycogène) » (*Semaine Médicale*, 1899, p. 417).

(6) Blumenthal. Ueber Diabetes mellitus und seine Behandlung. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, 1901, IV, 7, p. 588.)

(7) Umber. Das Verhältniss von Zucker- und Stickstoffausscheidung beim Eiweisszerfall im Diabetes. (*Therapie der Gegenwart*, oct. 1901, p. 440.)

(1) Il n'est pas prouvé que la graisse fasse *directement* du sucre; mais il semble qu'elle puisse en faire par l'intermédiaire du glycogène. — Voir, à ce sujet, un récent travail de M. L. Mohr consacré à « La formation de sucre aux dépens de la graisse dans les cas graves de diabète sucré » (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 sept. 1901, p. 919). Dans le cas de glycosurie phloridzique, on a encore la ressource d'admettre, avec M. Hédon, une élimination rapide du sucre et une rétention *relative* de l'urée.

(2) E. Külz. Klinische Erfahrungen über Diabetes mellitus (nach dem Tode des Verfassers bearbeitet und herausgegeben von Rumpf, Aldehoff und Sandmeyer), p. 452-53. Iéna, 1899.

(3) E. Külz. (*Loc. cit.*, p. 454.) A la vérité, le plus souvent on n'en rencontre que très peu dans l'urine même centrifugée.

(4) Ce fait capital a été établi par Ebstein, Fichtner, Sandmeyer, etc., et confirmé tout récemment par Domansky et Reimann (*Zeitsch. f. Heilk.*, 1901, XXII, 8-9).

(5) R. Lépine. Le diabète et son traitement, p. 66. Paris, 1899.

(6) Il existe des réactions plus sensibles de l'acide diacétique — Voir Allard. Zur Frage des Nachweises der Acetessigsäure im Harn (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 sept. 1901, p. 985) —, mais jusqu'ici la réaction de Gerhardt m'a paru suffisante pour les besoins de la clinique.

stance susceptible de produire une coloration rouge avec le perchlorure. Aussi, ne saurait-on trop la recommander, d'autant plus qu'elle est le plus souvent négligée par les pharmaciens. C'est ainsi que j'ai vu des diabétiques graves, en imminence de mort, me présenter des analyses où la quantité de sucre était dosée à quelques centigrammes (!) — ce qui n'est qu'une fausse et illusoire précision — et où ne se trouvait pas indiquée l'anomalie capitale de l'urine, la diacéturie!

C'est elle qui, à mon avis, doit commander le traitement : tant qu'il n'y a pas d'acide diacétique dans l'urine, la question thérapeutique se borne à diminuer ou à essayer de supprimer la glycosurie par un régime sévère (et par quelque agent pharmaceutique, s'il y a lieu). Quand, au contraire, cet acide existe, la glycosurie passe au second plan, et ce dont il faut se préoccuper d'abord, c'est de tâcher de le faire disparaître.

Voici donc comment, au point de vue du pronostic et du traitement, se classent, selon moi, les diabétiques :

I. Diabétiques n'ayant pas d'acide diacétique dans l'urine, et	a) dont la glycosurie disparaît par un régime rigoureux.
	b) dont la glycosurie est seulement diminuée par ce régime.
II. Diabétiques ayant de la diacéturie	a) disparaissant grâce à un traitement approprié.
	b) persistant malgré tout traitement (pronostic presque toujours fatal).

Il y a lieu d'envisager séparément le traitement de ces différents cas.

VI

I. Traitement des diabétiques n'ayant pas d'acide diacétique dans l'urine. — *a) Diabétiques dont la glycosurie disparaît sous l'influence du régime :* D'après ce qui précède, la première chose à faire est de soumettre le malade, pendant trois jours, *au moins*, à un régime consistant exclusivement en substances albuminoïdes et grasses : viandes, poissons, fromages, crème, œufs, noix (1).

Mais pour que cette épreuve soit valable, il importe de tenir compte de la *quantité* des aliments quotidiennement ingérés. Il faut, de toute nécessité, que ce régime soit *suffisant pour maintenir le sujet en équilibre azoté;* car si un régime d'inanition est tout puissant contre la glycosurie, il a le vice rédhibitoire de n'être pas pratique; il fera bien cesser la glycosurie, mais il tuera le malade.

D'autre part, comme je le dirai plus loin, un excès d'albumine aurait de graves inconvénients : il faut donc que l'alimentation soit *juste* suffisante, et on arrivera à l'établir en tenant compte du poids du malade, de son état d'obésité ou de maigreur, de sa surface corporelle (2), de son âge, et aussi de son excrétion azotée habituelle. Voilà pourquoi il est utile de commencer, comme je l'ai dit plus haut, par une période d'observation où le patient suit uniformément son régime habituel, avant la période de régime antidiabétique.

Si, grâce à cette alimentation, la glycosurie disparaît, le malade doit être, provisoirement, considéré comme un diabétique léger, et, s'il n'y a aucune complication, le pronostic pourra

(1) Plusieurs des aliments ci-dessus indiqués, la crème, par exemple, ne sont pas exempts d'hydrates de carbone; mais ils en contiennent assez peu pour que l'apport du sucre puisse être considéré comme négligeable.

(2) Pour toutes ces questions, voir Ch. Bouchard. Détermination de la surface, de la corpulence et de la composition chimique du corps de l'homme. (*Semaine Médicale*, 1897, p. 141.) — Traité de pathologie générale, T. III, p. 384 et suiv. Paris, 1900.
J'ajouterai que, tout récemment, M. Bordier a fait connaître un excellent procédé pour déterminer rapidement la surface du corps. (*Lyon méd.*, 15 sept. 1901, et *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept. 1901, p. 673.)

être, le plus souvent (1), tenu pour bénin. En conséquence, le sujet sera essentiellement traité par le régime, en tenant compte, bien entendu, de l'état diathésique qu'il pourra présenter. Il est clair, en effet, qu'un arthritique ne sera pas soumis (après l'épreuve initiale) au régime carné. On devra lui prescrire un régime mixte, *non surabondant*. Le régime lacté (mitigé) sera souvent très utile.

Alors même qu'il ne sera pas arthritique, le diabétique léger ne devra pas, en général, être tenu longtemps à un régime très sévère, car le plus souvent ce sera inutile. Lorsque, grâce à l'alimentation strictement antidiabétique, il sera resté quelques semaines sans excréter de sucre, sa capacité d'assimilation pour les hydrates de carbone augmentera, et on pourra, ultérieurement, par tâtonnements successifs, préciser quelle *quantité* et quelle *qualité* d'hydrates de carbone il pourra consommer sans inconvénient.

Les tableaux indiquant la composition des aliments en matières albuminoïdes, graisses et hydrates de carbone, pourront rendre quelques services, mais très limités, et cela pour plusieurs raisons : 1° parce qu'on n'est jamais sûr que tel aliment consommé par le malade est identique avec celui qui aura été analysé quelques années auparavant (2); 2° parce que, au point de vue de l'*utilisation*, 100 grammes de tel hydrate de carbone sont très différents de la même quantité de tel autre (3); 3° parce qu'alors même qu'on sait, *d'une manière générale*, que tel hydrate de carbone est assez bien utilisé, on ne peut préjuger *avec certitude* qu'il en sera de même chez tel ou tel individu, attendu que chacun a son coefficient personnel, non seulement relativement à la quantité, mais aussi quant à la qualité des hydrates de carbone qu'il peut tolérer. Encore ne faut-il pas oublier que ce coefficient n'est pas constant, pour le même sujet, aux différents moments de sa maladie. Voilà pourquoi le diabétique a besoin d'être constamment surveillé, et guidé par le médecin.

VII

b) Diabétiques dont la glycosurie est seulement diminuée par le régime : Ici, le traitement est plus difficile, puisque, même avec un régime sévère, on ne réduit la glycosurie que d'une manière insuffisante. Aussi est-on tenté d'insister sur l'alimentation carnée. Malgré l'autorité de Cantani, je n'hésite pas à affirmer que cette pratique est vicieuse. Prout et surtout Bouchardat l'avaient déjà formellement condamnée (4).

Bouchardat n'explique pas pourquoi l'abus des matières protéiques est nuisible aux diabétiques. Il eût été d'ailleurs embarrassé de le dire. On sait aujourd'hui que cet abus a plusieurs inconvénients.

Un d'eux est d'irriter le rein et d'augmenter l'albuminurie; un autre est de favoriser le développement de la dyscrasie acide; un troisième, moins connu, est d'élever le taux de la glycosurie, ainsi que je l'ai indiqué dans ce journal (5) après Külz, M. Naunyn, etc. Plus récemment, M. Lenné (6) a de nouveau insisté sur ce point, et il a même fixé une *limite* à

(1) Je dis *le plus souvent*, parce que certains diabètes, en apparence bénins *au début*, peuvent, dans certaines conditions, passer ultérieurement à l'état de diabètes graves.

(2) Certains cacaos renferment *quatre* fois plus d'hydrates de carbone que d'autres.

(3) Voir mon article sur « La lévulosurie alimentaire dans ses rapports avec les affections du foie ». (*Semaine Médicale*, 1901, p. 105.)

(4) Bouchardat. De la glycosurie ou diabete sucré. 2e éd., p. 200. Paris, 1853.

(5) R. Lépine. Traitement diététique du diabète. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 401.)

(6) Lenné. Die Eiweisszufuhr in der Diabetikerdiät. (*Verhandlungen des 18. Congresses für innere Medicin*, Wiesbaden, 1900.)

l'ingestion des matières albuminoïdes, correspondant à 1 gr. 02 centigr. d'albumine sèche par jour et par kilogramme du poids corporel (1).

Mais cette limite est arbitraire : M. Lenné n'a pas tenu suffisamment compte du fait sur lequel a tant insisté M. le professeur Bouchard, qu'un kilogramme de poids corporel n'est pas identique chez tous les individus; de sorte que, tout en reconnaissant le bien fondé de la manière de voir de cet auteur, je conteste son chiffre; je crois que certains diabétiques peuvent tolérer sans inconvénient sérieux l'ingestion d'un peu plus de 1 gr. 02 centigr. d'albumine; et, d'autre part, j'en connais plusieurs pour qui ce chiffre serait un excès nuisible.

VIII

Jusqu'ici, l'exagération de la glycosurie, à la suite de l'excès d'alimentation carnée, était expliquée simplement par l'augmentation de la production du sucre aux dépens des matières protéiques (2); mais, tout récemment, M. Talma (3) est venu donner une autre explication de ce fait : ce médecin distingué admet que l'irritation rénale que détermine une excrétion azotée abondante peut non seulement augmenter l'albuminurie, mais rendre le rein plus perméable au sucre.

L'exagération de la perméabilité du rein au sucre, *dans certaines conditions*, est un fait incontestable; Klemperer a même supposé qu'elle peut produire, chez l'homme, une espèce particulière de diabète sucré. Ainsi, dans cette manière de voir, certains malades excréteraient du sucre sans être hyperglycémiques, et seulement parce que leur rein est incapable de retenir cette substance. C'est ce qui a lieu, comme on sait, dans la glycosurie phloridzique, où l'hyperglycémie fait défaut (4).

La réalité du *diabète rénal chez l'homme non phloridziné* n'est pas, pour le moment, généralement admise; mais il est hors de doute qu'il faut, dès à présent, accepter l'existence d'un *élément rénal* dans le diabète (5). En d'autres termes, deux sujets ayant le même degré d'hyperglycémie excréteront l'un une urine renfermant peu de sucre, et l'autre une urine en contenant beaucoup, parce que leur rein sera inégalement perméable; c'est ce que la clinique nous montre chaque jour; c'est ce que j'ai vu maintes fois dans mes expériences sur le diabète pancréatique chez le chien, et c'est ce que viennent d'observer, de leur côté, MM. Ellinger et Seelig (6), en provoquant arti-

(1) L'ingestion de cette quantité d'albumine amène l'excrétion de 0 gr. 37 centigr. d'urée par kilogramme de poids corporel. Il suffit donc de doser l'urée des urines des vingt-quatre heures et de diviser le chiffre par le poids du sujet : si le quotient dépasse 0.37, d'après M. Lenné, le sujet ingère trop de matières albuminoïdes.

(2) Voir mon article, déjà cité, sur la glycogénie sans glycogène. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 417.)

(3) Talma. Zur Ernährung der Diabetiker. (*Therapie der Gegenwart*, sept. 1901, p. 385.).

(4) Ce fait a été contesté : Coolen et plus récemment Biedl et Kolisch ont annoncé avoir trouvé de l'hyperglycémie chez des animaux phloridzinés. Dans un récent article des *Archives de médecine expérimentale* (septembre 1901), j'explique ces assertions et je montre qu'elles ne peuvent ébranler le fait fondamental, parfaitement établi, que dans l'intoxication phloridzique *il n'y a pas d'hyperglycémie*.

(5) R. Lépine. Nécessité d'admettre l'intervention d'un élément rénal dans le diabète sucré. (*Deuxième Congrès français de médecine interne, tenu à Bordeaux en 1895*, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 383.) — Relations entre la glycémie et la glycosurie. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 1er déc. 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 420.)
Voir aussi, à ce sujet :
F. Richter. Zur Frage des « Nierendiabetes ». (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 déc. 1899, p. 840.)
F. Schupfer. L'albuminuria nel diabete ed il diabete renale; ricerche cliniche e sperimentali. (*Policlinico*, 1er janv. et 1er fév. 1900.)
H. Lüthje. Beitrag zur Frage des renalen Diabetes. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 sept. 1901, p. 147.)

(6) Ellinger et Seelig. Der Einfluss von Nierenveränderungen auf den Verlauf des Pankreasdiabetes beim Hunde, *in* Festschrift zur Feier des sechzigsten Geburtstages von Max Jaffé. Kœnigsberg, 1901.

ficiellement une néphrite chez le chien dépancréaté.

L'élimination d'un excès de matériaux azotés peut elle, comme le fait la phloridzine, rendre le rein plus perméable au sucre, et provoquer ainsi une glycosurie sans hyperglycémie ? M. Talma l'affirme, mais, en réalité, il ne l'a pas prouvé. Voici, en effet, comment il s'exprime :

« Chez des personnes qui avaient été atteintes de diabète, ou tout au moins de glycosurie persistante, et qui, à cause de cela, avaient augmenté dans leur alimentation la proportion des albuminoïdes et diminué celle des hydrates de carbone, j'ai rencontré, quelquefois, de l'albuminurie, de la glycosurie, et un sédiment volumineux consistant en oxalate de calcium et en urate de sodium, à côté de cylindres d'*origine rénale*, uratiques ou hyalins. Dès que le régime était modifié, l'albuminurie, la glycosurie et le sédiment disparaissaient. La disparition de la glycosurie dans ces conditions prouve qu'elle ne résultait pas de la formation du sucre aux dépens des albuminoïdes; l'albuminurie et la cylindrurie démontrent qu'elle était d'origine rénale (1). »

Quelque bien disposé que je sois à accepter cette hypothèse, je répète que toute preuve fait défaut. On irait loin en admettant que la *coexistence* d'une albuminurie et d'une cylindrurie avec une glycosurie démontre l'origine rénale de cette dernière. Assurément, l'idée de M. Talma est ingénieuse et mérite considération; mais, pour le moment, il est difficile d'admettre qu'elle soit bien solidement fondée.

Quoi qu'il en soit, que la glycosurie soit la conséquence d'une hyperglycémie ou de la perméabilité exagérée du rein, il faut restreindre l'ingestion des albuminoïdes. On a recommandé, en pareil cas, d'insister sur les graisses, qui, d'après les idées ayant cours actuellement, ne donnent pas lieu à la formation de sucre. Je n'en suis pas, pour ma part, si convaincu, depuis que j'ai vu l'ingestion d'un demi-litre de crème (quantité d'ailleurs excessive) augmenter évidemment la glycosurie (2). On est d'ailleurs limité, quant à l'ingestion de substances grasses, par la répugnance du malade. Enfin il paraît certain que la graisse, comme les matières protéiques, *peut* être une source d'acétone (3). L'abus de la graisse, comme l'abus des matières protéiques, est donc susceptible de provoquer un grave danger.

IX

II. Traitement des diabétiques ayant de l'acide diacétique dans l'urine. — Je n'ai pas besoin de rappeler que les diabétiques dont l'urine renferme de l'acide diacétique excrètent aussi de l'acétone. On rencontre, comme je l'ai dit plus haut, beaucoup de gens excrétant une *petite* quantité d'acétone, sans diacéturie appréciable; mais il n'existe pas, à ma connaissance, de diacéturiques qui ne soient acétonuriques. Le plus souvent, sinon toujours, les diacéturiques ont aussi de l'acide β oxybutyrique dans l'urine (4).

Sur l'origine de ces substances dans l'économie, il y a encore beaucoup d'incertitude (5). On a cru, il y a quelques années, que les matières albuminoïdes en étaient la seule source; d'où l'indication, chez les diacéturiques, de restreindre la proportion de ces substances dans l'alimentation; mais, depuis les travaux de Geelmuyden (1), etc., on est de plus en plus porté à admettre que les graisses sont une source très importante de l'acide oxybutyrique et de ses dérivés, l'acide diacétique et l'acétone; d'où l'indication nouvelle de diminuer l'ingestion des graisses, ou, tout au moins, de certaines graisses, chez les diabétiques diacéturiques. Et ce n'est pas là une indication théorique; certains résultats cliniques sont, en effet, des plus nets : ainsi, je traite actuellement un jeune homme diacéturique à un haut degré; la crème augmente d'une manière certaine la quantité d'acide diacétique dans son urine.

On a dit que la graisse de bœuf ou de mouton produisait moins la dyscrasie acide que les substances grasses végétales et même que le beurre. Je n'ai pas d'opinion arrêtée à cet égard.

Bien que, chez certains diabétiques, une diacéturie, même intense, puisse persister *des mois* sans inconvénient apparent (2), l'indication de faire cesser cette grave complication est formelle. Il faut donc tout mettre en œuvre pour tâcher d'y arriver. Le résultat du traitement permettra, comme je l'ai dit plus haut, d'établir au point de vue du pronostic deux catégories de diacéturiques, ceux chez lesquels la dyscrasie acide diminue beaucoup ou même disparaît complètement, et ceux chez lesquels le traitement reste sans effet.

X

Les moyens auxquels il faut avoir recours sont empruntés à l'alimentation et aux agents pharmaceutiques.

L'ingestion abondante d'hydrates de carbone est souvent suivie de la diminution de la diacéturie. C'est là un résultat important; mais il ne saurait entièrement nous satisfaire, puisque, d'autre part, on augmente fatalement ainsi la glycosurie. Aussi serait-il désirable de trouver une substance qui, tout en brûlant dans l'économie, c'est-à-dire en lui fournissant de l'énergie, ne donnât pas naissance à du glucose, ni à d'autres substances inutiles ou nuisibles au diabétique.

Schultzen, il y a fort longtemps (3), avait cru trouver dans la glycérine cette substance. Sa théorie était fort séduisante : le sucre, en absorbant un équivalent d'eau, se dédoublait, selon lui, en aldéhyde glycérique et en glycérine. En donnant cette dernière, il suppléait au défaut de dédoublement du glucose. Malheureusement, la pratique n'a pas répondu aux présomptions de la théorie.

D'après M. Schwarz (4), un *dérivé* du glucose, l'acide gluconique, c'est-à-dire du glucose *déjà en partie oxydé*, diminuerait la diacéturie mieux que le glucose. Cela porte à croire que cet acide achève sa combustion même dans l'économie du diabétique. Si ce fait était bien établi, on aurait la possibilité de suppléer chez le diabétique à l'insuffisance de la destruction du glucose. En fait, l'observation récemment publiée par M. Schwarz (5) est bien digne d'attention :

Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-huit ans, affecté de diabète grave avec phtisie pulmonaire. Pendant les six semaines de son séjour à la première clinique de Prague, le malade a été trois fois dans un état comateux, avec augmentation de l'excrétion de l'acétone et dyspnée typique. La première fois, alors qu'il avait déjà perdu connaissance, on lui fit prendre dans un demi-litre d'eau 70 grammes d'acide gluconique, neutralisé à l'aide de bicarbonate de soude, ainsi que 140 grammes de ce dernier sel (par la bouche et en lavement). Bien que l'acidité de l'urine eût persisté, la connaissance revint, la dyspnée disparut et l'état du malade demeura satisfaisant pendant trois semaines; mais l'augmentation de la graisse dans l'alimentation (600 grammes de graisse de bœuf en trois jours) accrut de nouveau l'acétonurie; deuxième attaque de coma avec dyspnée; cinq heures après le début de ces nouveaux accidents, on administra 50 grammes d'acide gluconique dans de l'eau alcalinisée; disparition des accidents en quelques heures, et nouvelle période d'accalmie qui dura quinze jours; puis, nouveau coma; faute d'acide gluconique, le malade fut traité exclusivement par le bicarbonate de soude (1); il succomba le troisième jour du coma.

Bien qu'il faille tenir compte des coïncidences, il semble évident que, dans cette remarquable observation, l'acide gluconique, a, deux fois, sauvé le patient. Il paraît avoir servi non seulement comme aliment remplaçant le sucre, mais comme un véritable agent curatif. Sans doute, on ne peut rien conclure d'un seul fait, quelque remarquable qu'il soit. Aussi est-il à désirer que l'on ait bientôt de l'acide gluconique en quantité suffisante pour l'essayer, non seulement dans le coma, mais aussi dans la dyscrasie acide, avant l'apparition de la dyspnée spéciale.

Contre la dyscrasie acide, et en attendant que l'acide gluconique ait fait ses preuves, il convient toujours de recourir au bicarbonate de soude à très hautes doses, médication qui souvent s'est montrée fort utile, au moins temporairement, et qui a même sauvé plusieurs malades (2).

R. Lépine,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'auscultation parallèle et simultanée des poumons.

Cet article a pour but de faire connaître une méthode d'auscultation pulmonaire que nous employons depuis assez longtemps, et qui nous donne de très bons résultats. Elle présente, à notre avis, le grand avantage de faciliter considérablement la tâche aux commençants, qui saisissent ainsi beaucoup plus facilement les bruits normaux et pathologiques de la respiration.

Nous avons toujours remarqué, en effet, que la principale difficulté éprouvée par les étudiants est, non pas de distinguer un souffle pneumonique, un frottement pleural, des râles secs ou humides, et en général tous les bruits pathologiques qui peuvent s'observer dans les affections pulmonaires, mais bien de reconnaître le moment où le murmure vésiculaire devient anormal. Cette difficulté s'explique si l'on songe que chaque individu possède, en dehors de toute altération pathologique, un bruit respiratoire

(1) Talma. (*Loc. cit.*, p. 389.)

(2) R. Lépine. Traitement diététique du diabète. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 401.)

(3) Voir le paragraphe suivant.

(4) Il serait utile, pour la clarté du langage, de désigner par une épithète appropriée les diabétiques affectés de dyscrasie acide. Celle d'acétonuriques n'est pas très satisfaisante, puisqu'il peut exister des acétonuriques sans dyscrasie acide. Je propose celle de *diacéturiques*.

(5) Voir mon article sur « La dyscrasie toxique, complication du diabète, et son traitement ». (*Semaine Médicale*, 1900, p. 399.)

(1) Geelmuyden. Ueber Aceton als Stoffwechselproduct. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1897, XXIII, 4-5, p. 431.) — Acetonurie bei Phloridzinvergiftung. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1898, XXVI, p. 381.)

(2) Je dis *apparent*, parce qu'on rencontre des diabétiques qui paraissent bien tolérer l'intoxication acétonémique. Il est impossible cependant que cette intoxication n'entraîne pas de graves désordres dans l'économie, et particulièrement dans les reins, ainsi qu'Albertoni l'a signalé depuis longtemps.

(3) O. Schultzen. Beiträge zur Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 août 1872, p. 417.)

(4) L. Schwarz. Ueber die Ausscheidung des Acetons. (*Verhandlungen des 18. Congresses für innere Medicin*, Wiesbaden, 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 150.)

(5) L. Schwarz. Zur Behandlung des Coma diabeticum. (*Prag. med. Wochensch.*, 25 juillet et 1er août 1901, p. 361 et 376.)

(1) Depuis la première attaque de coma, on n'avait d'ailleurs pas cessé de faire ingérer quotidiennement au malade de 20 à 30 grammes de bicarbonate de soude.

(2) Voir R. Lépine. Traitement du coma diabétique. (*Semaine Médicale*, 1897, p. 73.) — Diabète grave; imminence de coma; infusion intra-veineuse de deux litres d'une solution de bicarbonate de soude. (*Rev. de méd.*, sept. 1898, p. 741.) — Le diabète et son traitement. Paris, 1899.

propre et spécial, dépendant de la conformation physique, du sexe, de l'âge, du métier et de bien d'autres causes encore, lesquelles modifient le murmure respiratoire dans des limites assez étendues, tant comme timbre que comme intensité; et qu'en outre, le bruit respiratoire peut varier chez le même individu normal dans des proportions très appréciables suivant l'heure de la journée, le travail musculaire, l'influence des repas et la température.

Il est donc bien difficile de trouver le sujet offrant la respiration type, telle qu'elle nous est décrite dans les livres classiques sur l'auscultation pulmonaire. En d'autres termes, il n'est pas possible d'établir une comparaison adéquate entre deux appareils pulmonaires, le système respiratoire de chaque individu présentant le murmure respiratoire qui lui est propre. Il y a bien des caractères moyens auxquels on reconnaîtra qu'une inspiration ou une expiration est normale ou pathologique; mais il est bien souvent très délicat de se prononcer entre une exagération physiologique de ces bruits, ou leur renforcement par une lésion commençante. On est obligé d'attendre, d'ausculter à plusieurs reprises et par intervalles pour arriver à formuler une conclusion.

S'il est difficile de comparer les bruits respiratoires des poumons de deux individus différents, il est bien plus facile de comparer ces bruits chez le même individu, en faisant porter simultanément la comparaison sur des points identiques du poumon gauche et du poumon droit. C'est à cette auscultation que nous avons donné le nom d'*auscultation parallèle et simultanée des poumons*.

Nous n'avons rencontré nulle part l'indice que cette auscultation ait été mise en pratique avant nous. L'idée en est si simple et vient si naturellement à l'esprit pour les besoins de la clinique, qu'il ne serait pas impossible qu'elle eût déjà été préconisée. Mais, comme nous n'en trouvons aucune mention dans les nombreux manuels d'auscultation que nous avons consultés (Spillmann, Eichhorst, Sahli, Spehl, Achard et Debove, Faisans, etc.), que seul Gerhardt, dans son excellent traité d'auscultation et de percussion (1), signale en deux ou trois lignes le stéthoscope différentiel (*Differential-Hörrohr*) pour comparer deux points pulmonaires, nous avons pensé qu'il serait peut-être utile de faire part de nos expériences avec ce nouveau mode d'auscultation.

Comme instrument, nous nous servons d'un petit cône de bois ou d'ébonite perforé, relié à l'oreille par un tuyau de caoutchouc d'environ 40 centimètres de longueur, lequel se termine par un bouton perforé (*fig. 1*). Le tuyau de caoutchouc doit s'enfoncer jusqu'à la base du cône; de cette façon, le stéthoscope peut être tenu fermement par l'opérateur, sans qu'il y ait transmission des bruits musculaires ou autres pouvant prendre naissance dans les doigts ou dans la main.



Fig. 1.

On introduit dans chaque oreille un tel instrument qui s'y maintient parfaitement fixé, si on ne l'a pas construit en matériaux trop lourds.

Pour pratiquer l'auscultation, on se place bien en face du sujet, et on pose les pavillons des deux instruments sur des points identiques des poumons gauche et droit, en commençant par le sommet (*fig. 2*). On peut auparavant diviser les régions antérieure, latérale et postérieure en zones égales au moyen du crayon dermographique. On pratique ensuite parallèlement et simultanément l'auscultation méthodique des deux poumons, en notant sur un schéma thoracique, portant les mêmes divisions, les observations faites.

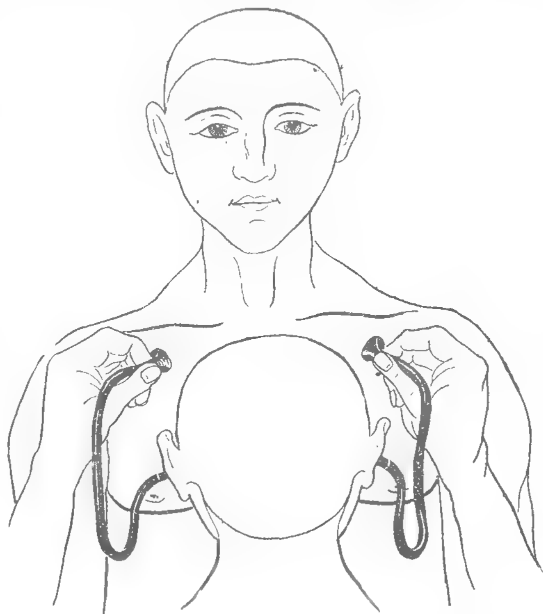


Fig. 2.

Un grand avantage de la méthode est d'isoler la personne qui ausculte des bruits pouvant se produire dans son voisinage.

Il suffit d'avoir pratiqué quelquefois cette méthode d'auscultation pour se rendre compte de la facilité avec laquelle on saisit les moindres différences entre le jeu des deux poumons.

Veut-on interroger un seul poumon, il suffit de soulever légèrement l'un des stéthoscopes, en lui faisant simplement quitter le contact cutané, pour ne plus être impressionné que par le bruit respiratoire du seul poumon resté en relation avec l'oreille.

Nous allons passer en revue quelques cas où l'auscultation parallèle et simultanée présente une réelle supériorité sur l'auscultation ordinaire.

Chez l'*homme sain,* la respiration perçue par les deux oreilles se confond pour ainsi dire en un seul murmure respiratoire, sans prédominance particulière, sauf cependant, dans quelques cas, un léger renforcement gauche, qui est du reste signalé par beaucoup d'auteurs comme physiologique. Il nous semble qu'on peut expliquer cette différence par le fait que bien souvent les muscles thoraciques sont plus développés à droite qu'à gauche, et cette particularité peut faire paraître le murmure respiratoire plus faible, alors qu'il n'est que plus éloigné.

Il suffit parfois d'exercer une pression plus ou moins forte sur l'une des moitiés thoraciques pour y faire diminuer le bruit respiratoire, qui alors s'entendra un peu plus fortement du côté non comprimé.

On obtient le même résultat en appliquant une vessie de glace sur l'un des côtés du thorax; mais, dans ce cas, la différence n'est sensible que durant les premières minutes; l'égalité respiratoire se rétablit bientôt.

Dans la *tuberculose pulmonaire*, notre méthode d'auscultation se montre supérieure pour déceler une lésion au début, surtout quand l'infection commence par les sommets. La moindre différence dans l'intensité du bruit respiratoire est perçue facilement, même par des oreilles peu exercées. Nous avons souvent pratiqué l'expérience de faire ausculter un sujet atteint de tuberculose commençante par un étudiant qui, le plus souvent, hésitait à localiser et à caractériser l'altération lorsqu'il se servait de l'auscultation mono-auriculaire, mais qui, après avoir écouté deux ou trois respirations avec le stéthoscope double, se rendait un compte exact du siège de la lésion et des différences essentielles existant entre les deux côtés.

Il est même excessivement curieux de voir combien ces différences s'accusent dans les cas de lésions unilatérales. Ainsi, dans les premiers débuts d'une tuberculose du sommet, alors que le bruit respiratoire — surtout inspiratoire — est diminué, il paraît pour ainsi dire aboli du côté lésé, tandis que de l'autre côté il gagne quelque chose en intensité. En enlevant le stéthoscope du côté sain, et en n'auscultant que le côté malade, on s'aperçoit que celui-ci respire en réalité, mais faiblement.

C'est surtout pour cette recherche de la tuberculose pulmonaire au début que l'auscultation parallèle et simultanée donne de meilleurs résultats que tous les autres procédés avec laquelle nous l'avons comparée.

Si la diminution du bruit respiratoire est facile à déceler, la période de densification pulmonaire avec expiration prolongée et soufflée est encore plus nettement caractérisée par le mode d'auscultation que nous préconisons.

La moindre prolongation expiratoire est très facilement saisie, et on peut même, avec un peu de pratique, la noter par un chiffre, en la comparant soit avec l'inspiration du même côté, soit avec l'expiration du côté sain.

Toutes les observations comparatives qu'on peut faire (et nous ne venons que de les esquisser) pour les bruits respiratoires, peuvent être faites aussi pour l'auscultation de la voix: les plus légères variations dans la propagation des vibrations vocales dans le thorax se percevront avec la plus grande netteté.

Pendant la marche envahissante de la tuberculose pulmonaire, on pourra faire des comparaisons analogues sur un même côté de la poitrine, en choisissant comme type la partie de l'organe restée saine. On aura ainsi une plus grande facilité pour délimiter les lésions et pour les caractériser plus sûrement. Cela peut avoir une réelle importance quand il s'agit de suivre les effets de la thérapeutique instituée.

Lorsqu'on a pris soin de noter, à intervalles réguliers, le résultat de cette auscultation sur des schémas établis comme nous l'avons indiqué plus haut, on pourra se rendre un compte beaucoup plus exact de la marche de la lésion pulmonaire, car, de la sorte, on est certain de placer le stéthoscope toujours au même endroit et de reporter le résultat de cette investigation au point exactement correspondant du graphique, ce dont on n'est jamais sûr quand on promène, un peu au hasard, son oreille sur un thorax de tuberculeux.

Dans la *pneumonie franche*, on reconnaîtra très facilement la première période d'engouement et l'étendue du territoire qui sera envahi; on pourra même suivre d'heure en heure la formation du souffle tubaire remplaçant le silence respiratoire. Mais tout l'intérêt se portera sur le pourtour de la lésion, où l'on pourra saisir les moindres changements survenant dans le bloc pneumonique, au moyen de l'auscultation comparée par régions du même côté. En poursuivant cette comparaison avec le poumon sain, nous avons souvent cru percevoir que non seulement la respiration était généralement renforcée dans tout ce poumon par suppléance, mais encore qu'elle l'était relativement plus au point exact correspondant au bloc pneumonique du côté opposé, quelle que fût l'étendue de ce dernier.

Dans la *pleurésie*, la perception des frottements pleuraux est très facilitée, parce que ces bruits apparaissent beaucoup plus superficiels; il devient, dès lors, difficile de les confondre avec des râles, comme cela arrive si souvent quand on fait l'auscultation mono-auriculaire.

Au début de la pleurésie, quelquefois au moment du point de côté, alors qu'on ne perçoit pas encore le frottement de la plèvre, on trouvera de brusques arrêts du bruit respiratoire, ou une respiration saccadée qui tranche nettement avec celle du côté sain.

Nous avons aussi appliqué la même méthode à l'examen des orifices du cœur, et elle nous a

(1) C. Gerhardt. Lehrbuch der Auskultation und Perkussion mit besonderer Berücksichtigung der Besichtigung, Betastung und Messung der Brust und des Unterleibes zu diagnostischen Zwecken. 6e éd., p. 180. Tubingue, 1900.

donné de bons renseignements surtout quand il s'agissait d'apprécier un bruit renforcé. Ainsi, dans l'auscultation comparative des orifices aortique et pulmonaire, on distingue très nettement auquel des deux le second bruit est renforcé. On constate aussi une différence dans le bruit de claquement comparé au cas d'épaississement ou de rigidité des valvules de l'aorte, et cette différence est rendue très sensible lorsqu'on ausculte avec une oreille le second bruit de l'aorte et avec l'autre le second bruit pulmonaire.

L'utilité de l'auscultation parallèle et simultanée étant démontrée par ces indications sommaires, il y a lieu d'espérer que l'emploi de cette méthode d'examen se propagera, et qu'elle contribuera à préciser le diagnostic, surtout dans les cas douteux.

Dr Bourget,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lausanne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 novembre 1901.

De la valeur sémiologique de l'épilepsie jacksonienne dans le diagnostic topographique des lésions cérébrales.

M. Pitres (de Bordeaux). — Dans l'avant-dernière séance, M. Dieulafoy nous a communiqué un cas d'épilepsie partielle provoquée par une tumeur de la partie antérieure du lobe frontal, fait qui, d'après lui, serait en opposition avec la doctrine des localisations cérébrales (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 349).

Je ne partage pas cette manière de voir. Il est aujourd'hui bien établi que les lésions susceptibles de provoquer l'épilepsie partielle n'ont, quand elles existent, aucune fixité absolue, qu'elles peuvent siéger sur la zone motrice ou en dehors de cette zone, sans que les caractères des convulsions symptomatiques en soient notablement modifiés.

Je ne prétends pas pourtant que l'épilepsie partielle n'ait aucune valeur diagnostique. Quand elle se présente avec des caractères nets, quand l'*aura* motrice est bien localisée, quand les convulsions se propagent lentement de la périphérie vers les centres, quand le malade assiste conscient à leur origine et à leur évolution, quand surtout elles s'accompagnent de monoplégies pures ou associées persistantes, il y a beaucoup de chances pour qu'on soit dans le vrai en diagnostiquant une lésion localisée siégeant dans le centre ou au voisinage immédiat du centre cortical correspondant aux muscles primitivement convulsés; mais la certitude n'est jamais absolue, notamment lorsqu'il s'agit de tumeurs.

Ce qui paraît ressortir de plus clair de l'ensemble des faits actuellement connus, c'est que nous ne sommes pas encore complètement fixés sur la pathogénie de l'épilepsie partielle.

Nous raisonnons d'ordinaire comme si elle était une, alors qu'elle est probablement multiple. Il est bien vraisemblable qu'elle dépend parfois, ainsi que l'a établi Hughlings Jackson, de lésions à décharge des centres corticaux; mais il est possible aussi qu'elle résulte dans d'autres cas, comme l'a prétendu Adamkievicz, de la compression ou de l'irritation directe des centres sous-corticaux. S'il en était ainsi, on s'expliquerait un bon nombre de faits dont chacune des deux théories ne donne pas à elle seule une interprétation satisfaisante. On comprendrait comment les convulsions épileptoïdes peuvent se développer avec ou sans lésions de la zone motrice, comment elles peuvent guérir dans quelques cas par la diminution de la tension intracrânienne succédant à la trépanation simple, comment elles peuvent, dans d'autres faits, continuer à se produire après l'excision totale des centres corticaux correspondant physiologiquement au « signal-symptôme ».

Je ne veux pas m'étendre davantage sur cette question de pathogénie, et je reviens à mon point de départ, en disant que l'observation de M. Dieulafoy est un exemple de plus à ajouter à la longue liste des observations déjà connues où l'épilepsie jacksonienne a été provoquée par une lésion siégeant en dehors de la zone motrice, mais qu'elle ne porte aucune atteinte, ni grave ni légère, à la doctrine des localisations cérébrales.

M. Lucas-Championnière. — Ainsi que vient de le démontrer M. Pitres, il est bien certain que l'épilepsie jacksonienne n'indique pas toujours une lésion limitée à l'un des centres moteurs, mais cela n'empêche pas que la trépanation puisse rendre des services contre cette affection, à la condition qu'elle soit assez large pour permettre d'atteindre une lésion située même en dehors de la zone motrice.

Ce n'est qu'après avoir pratiqué un très grand nombre d'opérations que je me suis bien rendu compte de la variabilité de situation et de nature des lésions excitatrices de l'épilepsie, même jacksonienne.

Sur les 70 opérations de chirurgie cérébrale que comporte ma pratique, 17 ont été nécessitées par des accès d'épilepsie jacksonienne accompagnés de contractures ou de paralysies : dans tous ces cas, la trépanation a rendu service aux malades, en ce sens que toujours elle a fait diminuer ou disparaître les crises.

Si l'épilepsie jacksonienne peut être provoquée par des lésions très variées et qui ne sont pas nécessairement limitées à la région des centres, elle peut cependant fournir dans un grand nombre de cas des indications suffisantes pour qu'on soit autorisé à intervenir par une opération. Dans le fait de M. Dieulafoy, la tumeur n'était pas bien éloignée des centres moteurs; la trépanation eût donc pu être faite; si elle n'avait pas découvert la gomme, ce qui n'est pas certain, elle aurait à coup sûr décomprimé la région envahie par la congestion et l'inflammation qui ont causé la mort du sujet. Il y avait là une chance de guérison, même sans toucher directement à la lésion spécifique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 octobre 1901.

De la prostatectomie.

M. Albarran. — Dans la dernière séance, M. Tuffier nous a présenté un court rapport au sujet d'une communication de M. Adenot relative à la prostatectomie (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 350). En ce qui concerne la prostatectomie sus-pubienne, il en existe actuellement 400 observations environ; pour ma part, je l'ai pratiquée 7 fois, avec 1 mort, et j'ai renoncé à l'employer, car les résultats qu'elle donne ne me paraissent pas satisfaisants. Pour ce qui est de l'opération par voie périnéale, je crois qu'on peut la considérer comme indiquée dans un très grand nombre de cas d'hypertrophie de la prostate; à mon avis, elle n'est contre-indiquée que s'il y a cachexie urinaire très avancée, pyélonéphrite bilatérale, périprostatite suppurée ou infection vésicale grave.. Cette intervention, en effet, n'est pas dangereuse : sur 16 malades que j'ai opérés depuis le mois d'avril dernier, je n'en ai perdu aucun, malgré l'âge avancé et le très mauvais état local et général de la plupart d'entre eux; 8 sont absolument guéris; 3 sont en voie de guérison; 4 sont opérés depuis trop peu de temps pour qu'on puisse apprécier le résultat obtenu; quant au seizième, je n'ai pas eu l'occasion de le revoir.

M. Bazy. — Pour juger les effets de la prostatectomie, comme pour toutes les autres méthodes qui ont été proposées contre l'hypertrophie de la prostate, il faut attendre que les interventions datent de plusieurs années, car, après quelques mois seulement, si brillant que puisse être le résultat opératoire, le résultat fonctionnel est loin de pouvoir être considéré comme définitif.

M. Albarran. — Ce n'est pas au point de vue des résultats éloignés de la prostatectomie que j'ai voulu vous communiquer mes observations; c'est surtout à cause de la gravité qu'on attribue à cette opération, et cela bien à tort, puisque, sur 16 cas, j'ai eu 16 succès.

M. Routier. — Je m'associe pleinement aux réserves formulées par M. Bazy, relativement aux résultats définitifs de la prostatectomie. Je me souviens d'un malade auquel j'avais enlevé le lobe médian de la prostate, et qui, après trois ans de très grande amélioration, a été repris d'accidents de rétention.

Astragalectomie pour luxation ancienne de l'astragale.

M. Walther. — Vous m'avez chargé de faire un rapport sur une observation de luxation traumatique de l'astragale, traitée par l'extirpation, que nous a adressée M. Brossard (du Caire). Il s'agit d'une femme de quarante deux ans, auprès de laquelle notre confrère fut appelé un mois après l'accident. Il existait une luxation de l'astragale en avant et en dehors; l'extirpation fut proposée et acceptée. Après l'ablation de l'astragale, on constata qu'il manquait un fragment de cet os, au niveau de sa partie postérieure et interne. Le résultat fonctionnel a été excellent, et il n'y a guère de différence entre l'empreinte du pied opéré et celle du pied sain. M Brossard attribue la perfection de ce résultat à la conservation du fragment d'astragale correspondant à la partie interne de l'extrémité postérieur de cet os, et il appuie cette opinion sur les constatations qu'il a pu faire par la radiographie. Je n'accepte pas sans réserves cette interprétation, car je ne sais pas si la conservation de ce fragment osseux a eu la moindre importance.

M. Quénu. — J'ai obtenu, comme plusieurs de mes collègues, des résultats parfaits par l'extirpation complète de l'astragale, dans des cas de luxation sous-astragalienne ancienne; je ne pense pas que la conservation de ce débris d'astragale ait pu jouer un rôle au point de vue fonctionnel.

M. Berger. — J'ai enlevé fréquemment des astragales luxés complètement, et les fonctions du pied se sont toujours exécutées ultérieurement de la façon la plus parfaite.

M. Lejars lit un rapport sur une observation d'*œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage*, communiquée par M. Sébileau.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 26 octobre et 2 novembre 1901.

Des lécithines du foie.

M. Balthazard. — Il résulte de mes recherches que le foie du cobaye renferme en moyenne, à l'état normal, 0.85 % de lécithine, celui du lapin 1.30 %; celui d'un homme mort accidentellement en contenait 1.28 %.

J'ai constaté, d'autre part, que les lécithines du foie augmentent du double et même du triple au cours de certaines infections, telles que la tuberculose et la diphtérie, dans les intoxications par poisons minéraux (phosphore) ou microbiens (toxine typhique), ainsi que dans les auto intoxications (inanition, urémie, etc.).

Une partie de ces lécithines provient des dédoublements de la nucléine des noyaux des cellules hépatiques, mais la plus importante résulte de la destruction des leucocytes par les poisons englobés et plus ou moins digérés par les macrophages. Les leucocytes, en effet, renferment de la lécithine en nature et sont susceptibles d'en produire encore aux dépens de la nucléine de leurs noyaux.

Paralysie familiale périodique.

M. Oddo (de Marseille) fait une communication sur la paralysie familiale périodique, affection qui est caractérisée par une impotence passagère des muscles avec abolition des réflexes et intégrité de la sensibilité et des sphincters. L'étude des réactions électriques prouve que ces accidents paralytiques ne correspondent à aucune distribution nerveuse périphérique, radiculaire ni métamérique; ce sont les muscles qui sont momentanément altérés dans leurs fonctions. A cet égard, cette forme de paralysie pourrait être rapprochée du groupe des myoclonies et de la maladie de Thomsen, avec cette différence toutefois qu'au lieu de l'hypertonie musculaire qui caractérise ces affections, on se trouverait ici en présence d'une hypotonie plus ou moins marquée. La paralysie familiale périodique devrait donc être considérée comme une variété de myoplégie.

Action favorisante du sérum antituberculineux sur l'infection par le bacille de Koch en cultures atténuées.

M. Arloing (de Lyon). — J'ai déjà signalé le rôle favorisant du sérum antituberculineux sur l'infection par le bacille de Koch très virulent inoculé sous la peau (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p 239). Je viens de faire une nouvelle série d'expériences qui ont consisté à introduire dans les cavités séreuses du lapin (péritoine et plèvre) des cultures homogènes du bacille de Koch additionnées de doses variables de sérum.

Les animaux inoculés avec ce mélange ont succombé rapidement, tantôt à une tuberculose septicémique, tantôt à des lésions organiques beaucoup plus graves et plus étendues que chez les témoins. D'où je conclus qu'introduit par la voie des séreuses en même temps que l'agent microbien, le sérum antituberculineux exerce une action favorisante incontestable sur l'infection par le bacille de Koch en cultures liquides homogènes.

Lésions de l'insula de Reil en cas d'aphasie motrice pure.

M. Touche montre plusieurs dessins représentant la topographie des lésions qu'il a rencontrées chez un certain nombre de malades atteints d'hémiplégie droite avec aphasie. L'examen de ces figures semble prouver que c'est la lésion de l'insula de Reil qui joue le principal rôle dans la production de l'aphasie motrice pure.

ETRANGER

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 26 octobre 1901.

La maladie du sommeil.

M. Kuborn. — Je dois vous faire un rapport sur un travail de M. A. Broden (de Léopoldville), relatif à la maladie du sommeil.

La léthargie d'Afrique ou maladie du sommeil affecte surtout les nègres des deux sexes; en ce qui concerne sa distribution géographique, on en a observé des cas sporadiques en divers points du Congo belge.

La durée de cette affection, qui serait presque toujours mortelle, varierait de quelques semaines à un an et demi. Elle ne paraît pas contagieuse d'homme à homme, les léthargiques disséminés ne créant pas de nouveaux foyers.

Si l'on en juge d'après les résultats des autopsies, le *substratum* anatomique de la maladie serait une myélite chronique diffuse; on constate, en effet, que le liquide céphalo-rachidien est abondant, l'arachnoïde adhérente au tissu cérébral, le cerveau congestionné; la substance grise cérébrale a beaucoup diminué d'épaisseur; elle a même complètement disparu en certains points; il existe, dans la substance grise des noyaux centraux, de véritables infarctus inflammatoires adhérents à la pie-mère. La moelle épinière présente des foyers de ramollissement et une destruction de la substance grise. Les ganglions lymphatiques corticaux paraissent normaux, quoique, pendant la maladie, ils augmentent de volume d'une manière variable.

L'examen bactériologique du sang et du liquide céphalo-rachidien a permis à M. Broden d'isoler un bacille droit assez long, qui a été vu en état de sporulation. Cultivé et inoculé à divers animaux (chien, singe), ce microorganisme serait virulent et déterminerait les symptômes et les lésions de la maladie du sommeil. L'auteur a pu trouver le même bacille vivant dans l'eau (1).

Dr Keiffer.

(1) Nous avons sous les yeux le premier rapport de la commission médicale envoyée cette année par le gouvernement portugais dans la province d'Angola (Congo portugais) pour y étudier la maladie du sommeil. Des données fournies par la clinique et l'anatomie pathologique, MM. A. Bettencourt, Correia Mendes, Correia Pinto et J.-G. de Rezende concluent que la maladie du sommeil est une méningo-encéphalite, laquelle reconnaîtrait une origine microbienne, car ils ont trouvé constamment dans l'exsudat méningé un diplostreptocoque qui s'est montré pathogène pour les animaux. Ce même microorganisme a pu être isolé de quelques ganglions lymphatiques (il existe presque toujours des adénopathies) et on l'a rencontré une fois dans le sang pendant la vie du malade.

L'affection s'étant développée chez plusieurs personnes qui avaient l'habitude de fréquenter des individus atteints de la maladie du sommeil et de prendre leurs repas avec eux, les membres de la mission sont portés à croire que ladite maladie est contagieuse. — N. D. L. R.

ONZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Pise du 27 au 31 octobre 1901.

La péritonite par propagation dans la fièvre typhoïde.

M. Queirolo (de Pise), *rapporteur*. — La péritonite se manifeste dans le cours de la fièvre typhoïde, ou dans la convalescence de cette affection, sous trois formes principales : la plus fréquente est la péritonite par *perforation;* puis vient la péritonite par *continuité*, consécutive à la diffusion du processus inflammatoire des plaques de Peyer ulcérées; enfin, la péritonite par *contiguïté* (Trousseau) ou par *migration* de l'élément infectieux. Cette forme, signalée en 1813 par Petit et Serres et revendiquée par Thirial en 1853, a été bien décrite depuis lors par de nombreux auteurs. De mon côté, j'ai eu l'occasion d'en observer un cas; le malade succomba à la suite d'une récidive de sa fièvre typhoïde et l'on put pratiquer un examen anatomique minutieux; on constata ainsi les reliquats de l'inflammation péritonéale, et en même temps on put exclure toute perforation intestinale et toute lésion de l'appendice; dans l'intestin existaient les altérations habituelles des plaques de Peyer.

Malgré l'opinion contraire de MM. Jaccoud, Chantemesse, Brouardel, Thoinot, Rendu, Strümpell, etc., tout récemment M. Dieulafoy a contesté l'existence de cette forme de péritonite typhoïdique; je me propose de réaffirmer sa réalité.

J'ai commencé par me poser la question suivante : de quelle façon les agents qui sont cause de l'inflammation péritonéale peuvent-ils traverser les parois intestinales et pénétrer dans le péritoine? En second lieu, quelles sont les conditions spéciales du péritoine qui permettent le développement d'une péritonite?

Une des circonstances nécessaires au passage des microbes intestinaux à travers les parois de l'intestin non perforées est l'exaltation de la virulence de ces microbes; je crois que cette exaltation ne survient pas seulement dans les cas particuliers sur lesquels M. Dieulafoy a insisté (appendicite, hernie étranglée, etc.), mais aussi dans la cavité même de l'intestin sans que ce dernier soit transformé en cavité close. J'ai observé, en effet, un cas démontrant que ni la cavité close, ni la perforation de l'appendice ne sont indispensables pour que l'infection du péritoine ait lieu. Outre l'exaltation de la virulence, il faut d'autres conditions pour que les bactéries puissent traverser les parois intestinales, à savoir une altération anatomique plus ou moins grave de la paroi et probablement aussi du péritoine. Ces facteurs existent bien dans la péritonite typhoïdique où la paroi intestinale est profondément lésée. Mais la clinique nous enseigne que la péritonite est très rare au cours de la fièvre typhoïde, tandis que l'exaltation des bactéries y est constante (surtout pour le *bacterium coli*) et que la lésion intestinale y est tout à fait commune. Aussi je crois que, vu l'état actuel de la question, il faut rechercher une autre circonstance qui puisse rendre efficacement pathogènes les bactéries contenues dans la cavité péritonéale.

Je dois rappeler à ce propos ce que l'on sait sur la tolérance du péritoine vis-à-vis des agents microbiens, physiques et chimiques, et de l'action protectrice de cette séreuse qui offre une résistance très notable aux infections en général; cette résistance est due à plusieurs facteurs, entre autres au pouvoir d'absorption considérable du péritoine. Mais que cette action protectrice de l'endothélium péritonéal soit suspendue, et l'action analogue de l'épithélium intestinal cesse aussitôt.

La rareté de la péritonite par propagation prouve l'énergie du pouvoir de défense du péritoine, malgré les conditions anormales des parois intestinales au cours de la dothiénentérie : en effet, l'épithélium intestinal est détruit, la muqueuse ulcérée; souvent la paroi intestinale est plus profondément altérée, les vaisseaux lymphatiques sont béants, mille voies sont ouvertes à l'infection, et cependant le péritoine, dans le plus grand nombre des cas, reste indemne.

Je suis convaincu que, pour que la péritonite par propagation puisse se produire, une lésion du péritoine est nécessaire; c'est cette lésion qui ouvre la voie à l'infection intestinale.

La diminution de résistance du péritoine, vérifiée en certains cas de fièvre typhoïde, dépend quelquefois de l'intoxication générale; d'autres fois, plus probablement, d'une intoxication de la séreuse. Une autre condition très importante, c'est la parésie intestinale favorisant la multiplication des germes et l'augmentation de leur virulence. Les recherches de Benvenuti sur l'intestin des typhoïdiques éclairent le mécanisme pathogénique en démontrant que le processus infectieux peut, de l'intestin, se diffuser au péritoine en suivant les voies lymphatiques périvasculaires et les vaisseaux veineux, sans léser la tunique musculaire. Je crois que le *bacterium coli* est l'agent habituel de la péritonite par propagation, mais il n'en est pas l'agent spécifique.

Quant aux symptômes de cette complication, je rappellerai la douleur abdominale, le facies hippocratique, la cyanose, la dyspnée, les vomissements, le hoquet, la rapidité du pouls, la distension et la tuméfaction de l'abdomen; les zones de matité hépatique et splénique, bien que refoulées dans la cage thoracique, ne sont pas abolies.

Le diagnostic entre la péritonite par perforation et la péritonite par propagation est très difficile; il ne faut pas attribuer grande créance à ce fait que, dans la première, la symptomatologie serait plus brusque et plus violente que dans la seconde; cette opinion est contraire aux observations recueillies jusqu'à ce jour et à ce que j'ai constaté moi-même.

Je ne crois pas qu'on puisse assigner au brusque abaissement de la température au moment de la perforation intestinale une valeur aussi absolue, pour le diagnostic différentiel entre les deux variétés de péritonite que nous étudions, que l'a prétendu M. Dieulafoy; et, à ce propos, je peux citer un cas personnel de perforation intestinale dans le cours d'une fièvre typhoïde où ne se produisit aucune hypothermie. Egalement sans valeur différentielle, à mon avis, sont les caractères tirés du pouls, des vomissements, du hoquet, de l'examen du sang. Un signe précieux, par contre, est la persistance des zones de matité hépatique et splénique; malheureusement ce symptôme n'apparaît que tardivement, à une époque où le diagnostic différentiel a perdu beaucoup de son intérêt; en outre, dans quelques cas de perforation, les zones de matité hépatique et splénique persistent par insuffisance de développement des gaz. Enfin, la disparition tardive des matités hépatique et splénique dans la péritonite par perforation étant due à la rigidité et à la contracture des muscles abdominaux, ce signe n'a aucune valeur différentielle quand, chez un dothiénentérique, surviennent des symptômes de péritonite diffuse, s'il existe, en même temps, une énergique contraction réflexe des muscles de l'abdomen.

Le pronostic de la péritonite par propagation est grave. Le traitement doit viser à renforcer l'action cardiaque et nerveuse, à favoriser l'épuration rénale, etc. La désinfection intestinale est d'une grande importance et, sous ce rapport, j'ai obtenu de bons résultats en supprimant complètement l'alimentation par la voie gastrique et en lui substituant l'alimentation rectale; on doit assurer l'évacuation de l'intestin par le calomel. Les applications de glace sur l'abdomen doivent être faites avec prudence dans ces cas, car la réfrigération diminue, d'après Simoncini, le pouvoir de défense du péritoine. L'intervention chirurgicale, relativement facile et utile contre la péritonite par perforation, est contre-indiquée dans la péritonite par propagation, où les meilleurs résultats s'obtiennent avec le traitement médical.

M. Fedeli (de Pise), *co-rapporteur*, — Pour élucider l'étiologie et la pathogénie de la périto-

nite par propagation, j'ai pratiqué des recherches expérimentales sur des lapins et des cobayes.

Sur une première série d'animaux, j'ai cherché à établir d'une façon nette et précise le mode de réaction du péritoine vis-à-vis des substances irritantes (cantharide, iode, croton); j'ai pu constater que seule la teinture d'iode détermine toujours, même en petite quantité, un processus phlogogène, tandis que les autres irritants sont relativement tolérés par le péritoine. J'ai expérimenté ensuite avec des solutions fécales, stérilisées ou non, obtenues par infusion de fèces humaines et de lapin : avec les solutions non stérilisées, mes résultats ont été analogues à ceux de Pavlovsky; avec celles qui avaient été stérilisées, ils ont été complètement négatifs.

En injectant dans la cavité péritonéale du lapin des cultures pures de colibacille très virulent, je n'ai constaté aucune réaction péritonéale; de même avec le bacille d'Eberth. Au contraire, en injectant en même temps une émulsion de fèces stérilisée et une culture virulente de l'un des bacilles en question, j'ai provoqué le développement d'une péritonite séreuse caractéristique.

Dans une seconde série de recherches, j'ai déterminé des altérations intestinales analogues à celles de la fièvre typhoïde, et, dans une troisième série, j'ai laissé intact l'intestin et irrité primitivement le péritoine avec des substances reconnues insuffisantes, dans les expériences antérieures, pour produire une péritonite diffuse. Dans ce but, je me suis servi tout d'abord de purgatifs salins et de calomel; mais j'ai vu que l'irritation provoquée par ces substances, bien que très intense, n'était pas capable de donner lieu à une diffusion péritonéale. Au contraire, quand, après avoir déterminé l'irritation intestinale, je nourrissais les animaux avec des aliments arrosés de cultures très virulentes, il se produisait généralement une péritonite caractéristique, séreuse ou séropurulente; j'ai obtenu le même résultat avec l'irritation préalable du péritoine. J'ai répété aussi ces recherches sur une anse intestinale close et isolée, dans laquelle j'ai injecté une culture virulente, après avoir, ou non, soumis le péritoine à l'action d'irritants : dans le premier cas le résultat a été positif; il a été négatif dans le second. J'ai étudié aussi l'action du refroidissement sur le péritoine : en ajoutant des cultures virulentes à l'alimentation d'animaux tenus immobiles dans l'eau froide, j'ai vu se développer des péritonites sérofibrineuses.

Après avoir fait toutes ces recherches avec des cultures de *bacterium coli* ou de bacille d'Eberth, je les ai reprises avec le diplocoque, le streptocoque et le staphylocoque; dans la majorité des cas, le résultat a été négatif.

Dr G. Zanoni (de Gênes).

(*A suivre.*)

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

L'amygdalite pharyngée aiguë primitive chez les enfants, par MM. E. Ausset et Dorion.

L'inflammation de l'amygdale pharyngée est fréquente au cours de diverses affections intéressant la gorge, telles que la diphtérie, la rougeole, la scarlatine; en temps que processus idiopathique, elle paraît moins commune; du moins a-t-elle été peu étudiée, et la plupart des cas qu'on trouve dans la littérature médicale sont désignés sous le nom impropre d'*adénoïdite*, terme que les auteurs voudraient voir réserver à l'inflammation d'une amygdale pharyngée préalablement hypertrophiée. Les 19 faits que MM. Ausset et Dorion ont observés, et sur lesquels ils basent leur description, ressortissent tous à l'inflammation aiguë et *primitive* d'une amygdale pharyngée jusque-là *normale*.

Cette affection, probablement plus fréquente qu'on ne le suppose, débute brusquement, en pleine santé; parfois cependant on observe un coryza précédant de deux ou trois jours l'apparition de la fièvre et des troubles généraux; mais, dans la majorité des cas, l'élévation de la température et un état de prostration avec langue saburrale, quelquefois vomissements et céphalée, constituent les premiers traits du tableau morbide. Bientôt s'y ajoute un nouveau symptôme, dont la signification, si on n'est pas prévenu, est aisément méconnue : c'est une toux répétée, sèche, pénible, survenant surtout dans le décubitus dorsal, et qui éveille aussitôt l'idée d'une affection pulmonaire.

Un autre signe de haute valeur, malheureusement inconstant, est l'otalgie, plus fréquemment unilatérale que bilatérale, parfois accompagnée d'un certain engorgement des ganglions cervicaux; quand elle existe, elle doit immédiatement engager à faire l'examen de la gorge, complété par le toucher naso-pharyngien : le premier montre que la paroi postérieure du pharynx est rouge, recouverte de mucus; si l'on provoque le réflexe pharyngé, la contraction du voile du palais fait sourdre du cavum une masse de muco-pus plus ou moins volumineuse, qui est aussitôt déglutie; par le second on perçoit une tumeur dure et lisse, tout à fait différente, quant à sa consistance, des végétations adénoïdes, toujours mollasses.

Enfin, le coryza est également un élément habituel du tableau morbide; il acquiert même dans certains cas, nous l'avons dit, la valeur d'un prodrome.

La rhinoscopie postérieure donnerait évidemment le signe de certitude par excellence, en permettant de s'assurer *de visu* de la tuméfaction amygdalienne; mais elle est très souvent impraticable chez l'enfant; elle n'offre, d'ailleurs, aucune utilité dans la très grande majorité des cas.

D'ordinaire, l'amygdalite pharyngienne aiguë a une évolution très rapide et un pronostic essentiellement bénin. Toutefois, il arrive qu'elle se prolonge pendant deux ou trois semaines, et qu'elle laisse, comme séquelle, une hypertrophie de la glande, une véritable végétation adénoïde. En outre, il faut tenir compte de la possibilité de complications de voisinage (salpingites et otites moyennes, adénites et abcès rétropharyngiens, etc.) ou même de métastases infectieuses (arthrites, pneumonie, endocardite, néphrite). Comme traitement, les auteurs préconisent les instillations d'huile mentholée à 1 %, répétées trois fois par jour à la dose d'une cuillerée à café; ce moyen, d'application facile, suffirait toujours chez les enfants, sans qu'il fût nécessaire de recourir aux grandes irrigations au moyen du siphon de Weber, ni aux badigeonnages par voie buccale. (*Echo méd. du Nord*, 4 août 1901.) — F. F.

Cytodiagnostic et méningite tuberculeuse, par M. Marcou-Mutzner.

Si l'examen cytologique des liquides organiques peut fournir des éléments de haute valeur pour le diagnostic de diverses affections, il ne semble pas cependant que ce mode d'investigation soit infaillible. En particulier, la lymphocytose, considérée comme caractéristique des épanchements de nature tuberculeuse, pourrait faire défaut dans certains cas où le bacille de Koch est en cause; c'est du moins ce qui ressort du fait relaté par M. Marcou-Mutzner.

Il s'agit d'un homme de quarante ans qui entra à l'hôpital pour une sciatique droite, sans trace de névrite, et un profond endolorissement de la région lombaire. L'état général était assez mauvais; la température oscillait entre 38° le matin et 39° le soir; enfin l'auscultation révélait un silence respiratoire presque absolu au sommet droit; aussi porta-t-on le diagnostic de névralgie sciatique chez un tuberculeux au début. Les jours suivants apparurent un point de côté sous le mamelon droit et une hémicrânie gauche; le premier disparut bientôt sous l'influence de révulsifs, mais la céphalalgie résista aux divers analgésiques auxquels on eut recours. Très rapidement, cet homme se cachectisa, et, au bout de deux semaines, il présenta des phénomènes méningitiques (délire, contracture de la nuque, signe de Kernig) avec hypothermie (36°); une ponction lombaire faite à ce moment permit de retirer 20 c.c. de sérosité paraissant normale; la mort survint trois jours plus tard.

L'examen histologique du liquide céphalo-rachidien avait montré une polynucléose à peu près pure, formule leucocytaire qui, d'après les schémas ordinairement admis, correspond à une lésion inflammatoire aiguë non tuberculeuse; or, l'autopsie fit voir, outre une granulie généralisée, des lésions absolument nettes de méningite tuberculeuse.

L'auteur pense que si le cytodiagnostic a été en défaut dans ce cas, cela tient sans doute à deux causes : d'une part, à la granulie concomitante, d'autre part à l'ancienneté des lésions méningées, deux facteurs de multiplication des polynucléaires. (*Arch. gén. de méd.*, septembre 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De l'angine à spirilles et à bacilles fusiformes, par M. H. Salomon.

Le présent travail est consacré à l'étude des associations morbides que peut réaliser l'angine à spirilles et à bacilles fusiformes.

S'occupant d'abord de la diphtérie, M. Salomon signale que, d'après une statistique de M. le professeur Neisser portant sur 737 malades soignés à l'Institut de thérapeutique expérimentale de Francfort-sur-le-Mein pour des affections pseudo-membraneuses du pharynx, le bacille de la diphtérie a été constaté dans 30 % de cas; les spirilles et les bacilles fusiformes n'ont été rencontrés que 3 fois, et jamais en association avec le bacille de Löffler. Ces deux infections paraissent donc s'exclure mutuellement; on a bien signalé quelques cas où elles étaient combinées, mais, d'une façon générale — et l'auteur appuie encore cette affirmation sur 15 cas personnels —, là où les bacilles fusiformes se distinguent par leur abondance et leur pureté (surtout dans les couches profondes des membranes), le bacille de la diphtérie manque toujours.

La coexistence de l'angine à spirilles avec la syphilis secondaire du pharynx est relativement plus fréquente. M. Salomon a observé, entre autres, 2 cas où l'angine en question avait précédé immédiatement les plaques muqueuses.

Dans le premier, il s'agissait d'une jeune femme dont l'affection avait débuté par de la courbature, de la fièvre et une sensation de brûlure dans la gorge. Les amygdales augmentèrent bientôt de volume, et il se forma, sur la gauche d'abord, sur la droite ensuite, une ulcération assez profonde, accompagnée d'une tuméfaction douloureuse des ganglions sous-maxillaires gauches; l'examen bactériologique des matières recueillies au fond des ulcérations révélait la présence de bacilles fusiformes et de spirilles. Le surlendemain il se produisit, au niveau des ulcérations, des membranes assez épaisses, d'une coloration blanc grisâtre sale; l'examen bactériologique donnait le même résultat que précédemment. Au bout d'une vingtaine de jours, les membranes avaient complètement disparu et les amygdales étaient couvertes de plaques muqueuses très nettes, accompagnées d'éruptions cutanées de nature également spécifique.

La deuxième malade avait contracté la syphilis deux années auparavant. A son entrée à l'Institut, elle fut soumise au traitement mercuriel; au bout de seize jours, elle eut une angine à bacilles fusiformes. Les plaques muqueuses ne firent leur apparition que dans le courant de la cinquième semaine du traitement.

L'auteur a encore rencontré des spirilles et des bacilles fusiformes dans deux cas de stomatite : 1° chez un enfant de cinq ans atteint de stomatite aphteuse; 2° chez un malade qui présentait une stomatite ulcéreuse mercurielle. Dans les lésions éruptives du premier de ces cas, comme dans les ulcérations du second, on trouvait d'une façon presque exclusive de très nombreux spirilles et bacilles fusiformes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 août 1901.) — S. J.

De la luxation carpo-métacarpienne, par M. Burk.

La luxation carpo-métacarpienne constitue un accident si rare que les anciens traités de chirurgie l'ignorent complètement; le dernier travail sur ce sujet, dû à M. Orillard, n'en mentionnait que 7 cas. Un nouveau fait observé à la clinique chirurgicale de M. von Bruns a engagé l'auteur à rechercher les observations connues jusqu'à ce jour : il en a réuni 24.

Le malade qui fait l'objet de ce mémoire est un ouvrier dont la main droite avait été comprimée, dans le sens radio-cubital, par une pierre de 6 quintaux. On constatait une tuméfaction considérable de la région carpienne et un léger raccourcissement de la main; au niveau du carpe existait, en outre, une saillie dorsale manifeste, dont le point le plus culminant correspondait à

la base du troisième métacarpien; celui-ci s'élevait d'un centimètre au-dessus du carpe. Les mouvements du poignet étaient sensiblement entravés, surtout l'extension. Quant aux doigts, le jeu du pouce était libre, celui du petit doigt peu gêné, mais la flexion de tous les autres était notablement diminuée. L'examen radiographique permit de porter le diagnostic de luxation dorsale complète des troisième et quatrième métacarpiens avec luxation incomplète du deuxième. La réduction sous anesthésie générale fut tentée sans succès; d'ailleurs, les troubles fonctionnels s'amendèrent progressivement, et l'on put renoncer à toute intervention sanglante.

Des 24 faits relatés dans la littérature médicale, 17 concernent des luxations dorsales, 6 des luxations palmaires et un seul une luxation divergente des métacarpiens. Dans tous ces cas, l'accident était consécutif à un traumatisme très violent; tous les sujets appartenaient au sexe masculin. Au point de vue pathogénique, le traumatisme agit tantôt directement, en disloquant les métacarpiens, tantôt indirectement, par l'intermédiaire d'une hyperflexion, d'une hyperextension ou d'une compression latérale.

Le traitement se résume en la réduction aussi précoce que possible. Celle-ci peut être obtenue même sans narcose dans la luxation récente; elle devient, au contraire, impossible malgré la narcose, quand la luxation est invétérée. La meilleure méthode de réduction consiste à faire une forte traction sur les doigts correspondant aux métacarpiens luxés, en même temps qu'on exerce une pression directe sur la proéminence, qu'elle soit dorsale ou palmaire. La réduction sanglante avec résection éventuelle des bases des métacarpiens luxés serait indiquée dans les cas où les troubles fonctionnels iraient en s'aggravant. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 2.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS RUSSES

Un nouveau signe de la maladie de Raynaud, par M. A. Pospelov.

Il y a quatre ans, l'auteur fut appelé à donner ses soins à une femme de trente ans, atteinte d'alopécie trophonévrotique généralisée à la tête, aux sourcils, aux aisselles et au mont de Vénus. La malade, mariée depuis quatorze ans, était mère de 10 enfants, qui tous avaient l'habitude de se ronger les ongles. La patiente elle même, ainsi que son père, âgé de soixante-quatre ans, et deux tantes du côté paternel, âgées l'une de cinquante ans et l'autre de cinquante deux ans, s'adonnaient également, depuis leur enfance, à l'onychophagie. Il semble donc que cette habitude peut se transmettre par hérédité. D'autre part, en examinant la malade en question et une de ses filles, M. Pospelov a trouvé chez toutes les deux les symptômes caractéristiques de l'asphyxie locale des extrémités; au dire de la patiente, tous les membres de sa famille étaient très sensibles à l'action du froid et avaient souvent les extrémités cyanosées. Frappé par cette coïncidence, l'auteur a, depuis lors, étudié avec soin toute une série d'onychophages, enfants ou adultes, et il a pu se rendre compte que presque toujours l'habitude de se ronger les ongles coexiste avec la maladie de Raynaud et se trouve sous la dépendance de celle-ci. On sait que l'asphyxie locale des extrémités a pour point de départ un spasme vasculaire se traduisant par une constriction des artérioles avec stase veineuse consécutive. Or, comme le lit unguéal et la matrice de l'ongle sont parcourus par des veines larges et sinueuses, la stase sanguine dans ces vaisseaux donne lieu à une compression très marquée des terminaisons nerveuses situées dans le derme sous-unguéal. Cette compression provoque une sensation de pesanteur ou de douleur sourde, qui amène le malade à ronger ses ongles, parfois jusqu'à la lunule.

En se basant sur ces considérations, M. Pospelov estime que l'onychophagie, loin d'être une simple habitude automatique, traduit, en réalité, un trouble local de la circulation sanguine au niveau des extrémités et constitue, tout en se rattachant à la maladie de Raynaud, une véritable névrose cutanée, analogue à celle que M. Hallopeau a décrite sous le nom de trichotillomanie (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 232 et 1896, p. 75). (*Méd. Obozr.*, juin 1901.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La substitution du petit-lait au lait ordinaire dans l'alimentation des typhoïdiques.

On admet généralement que le lait, étant à la fois un aliment et un diurétique, convient très bien aux sujets atteints de fièvre typhoïde. Cependant, à l'exemple d'un certain nombre d'autres praticiens, un médecin anglais, M. le docteur P. Selby (de Teynham), estime que le lait est tout à fait contre-indiqué dans la dothiénentérie, et cela pour deux raisons : en se coagulant dans l'estomac, il se transforme souvent en caillots plus ou moins volumineux et durs, susceptibles de blesser les surfaces ulcérées de l'intestin et d'occasionner des hémorrhagies, voire même des perforations mortelles, sans compter que l'abondante quantité de gaz auxquels donne naissance la digestion ou la décomposition du lait distend constamment l'intestin et amincit le fond des ulcérations. D'autre part, le bacille d'Eberth pullule rapidement dans le lait, dont l'usage favoriserait la production de toxines et de tous les troubles qui doivent être mis sur leur compte.

Aussi notre confrère a-t-il cherché à remplacer le lait par le petit-lait qui, étant privé de la caséine et du beurre contenus dans le lait, renferme à peu près deux fois moins de principes solides. Pour préparer le petit-lait, on additionne chaque litre de lait de deux cuillerées à café de présure autant que possible fraîchement obtenue, on agite et on met à chauffer le mélange, à petit feu, dans un récipient approprié. Au bout d'une vingtaine de minutes, lorsque le lait se trouve caillé, on sépare la caillebotte et on filtre à travers une fine mousseline. En été, le petit-lait ainsi préparé peut être soumis à la stérilisation, auquel cas il serait bon de donner au patient, de temps à autre, un peu de jus de citron, afin d'éviter des manifestations scorbutiques. Pour rendre le petit-lait plus agréable au goût, on peut l'additionner de thé, de café ou de tout autre liquide aromatique. Les enfants le prennent volontiers, si l'on a soin de le colorer légèrement avec de la teinture de cochenille. M. Selby recommande de donner le petit-lait à discrétion; la quantité absorbée en vingt-quatre heures varie entre 750 c.c. et 3 litres 1/2.

Notre confrère a eu l'occasion d'alimenter avec du petit-lait 73 typhoïdiques, sans avoir jamais eu à observer le moindre accident susceptible d'être attribué à ce genre d'alimentation. La mortalité, qui, au cours des sept années précédentes, avait été de 15.5 % dans la pratique de M. Selby, se trouva réduite à 2.7 %, et encore faut-il noter que dans l'un des deux cas mortels enregistrés par notre confrère il s'agissait plutôt d'une fièvre maligne des pays chauds que d'une dothiénentérie.

Parmi les avantages que semble présenter l'emploi du petit-lait, il convient de signaler l'absence de fuliginosités et d'ulcérations linguales et buccales : déjà au cours du troisième septénaire la langue et la bouche paraissent absolument normales, et chez aucun des malades soumis au régime du petit-lait, M. Selby n'a vu la langue prendre l'aspect particulier de *langue de perroquet*, ni les lèvres se fendiller.

La médication sialagogue dans le traitement des angines diphtéritiques et scarlatineuses.

Au début d'une angine, M. le docteur L. Kürt (de Vienne), s'étant mis à sucer des pastilles au jus de fruits pour combattre la sensation de sécheresse dans la bouche, ne tarda pas à constater une amélioration sensible des phénomènes douloureux, de sorte qu'en l'espace d'une heure tout rentra dans l'ordre. Fort de cet exemple et de quelques autres faits analogues, notre confrère s'est demandé si la sécrétion buccale ne constituerait pas un moyen naturel de défense à l'égard de certaines angines infectieuses et, en particulier, à l'égard de la diphtérie. Le hasard le mit bientôt à même de vérifier cette hypothèse : ayant, en effet, contracté une angine diphtéritique, M. Kürt, dès l'apparition des premiers symptômes du mal, s'appliqua à exécuter, pendant deux heures environ, des mouvements de mastication, de succion et de déglutition. Sous l'influence de la sécrétion abondante de salive que provoquèrent ces manœuvres, l'hyperthermie et la douleur à la déglutition ne tardèrent pas à disparaître, et le processus local resta limité à l'amygdale droite pour se résoudre complètement en trois jours.

Depuis lors, notre confrère a eu l'occasion de traiter de la sorte, avec succès, une trentaine de cas de diphtérie plus ou moins grave et autant d'angines scarlatineuses : s'abstenant de toute intervention locale et de l'emploi de la sérothérapie, il se borna, pour tout traitement, à provoquer une salivation précoce, abondante et durable. A cet effet, il recommande l'usage du sucre, surtout sous la forme de *sucre candi*, qui est préférable au sucre ordinaire, en raison de sa dureté et de son goût agréable. On peut également employer des pastilles de menthe ou toute autre préparation analogue.

Dans les angines infectieuses graves, il importe d'entretenir la sécrétion de salive jour et nuit. Aussi, pendant le premier ou les deux premiers jours de la maladie, ne doit-on pas laisser au patient plus d'une demi-heure de sommeil ininterrompu. On lui fera avaler, toutes les demi-heures, quelques gorgées d'eau pour favoriser la déglutition de la salive, en même temps qu'on lui administrera une cuillerée d'une potion légèrement sialagogue, formulée, par exemple, comme il suit :

Acide phosphorique..........	1 gramme.
Eau distillée de menthe.	10 grammes.
Sirop de fenouil.............	20 —
Eau distillée................	120 —

On lui recommandera, en outre, de garder à peu près constamment dans la bouche un petit morceau de sucre, afin de mieux entretenir la salivation.

Dans les cas où ces moyens sont mis en œuvre dès le début, on arriverait souvent à faire rapidement avorter le mal. Mais alors même qu'on ne serait plus à temps pour enrayer la marche de l'affection, on verrait toujours les symptômes morbides s'atténuer considérablement et on réussirait à abréger la durée de la maladie et à empêcher l'extension du processus local.

La trachéotomie contre l'asphyxie du fœtus dans la présentation du siège.

Dans un cas de présentation du siège chez une secondipare de trente et un ans, M. le docteur H. M. Stowe, assistant d'obstétrique au Provident Hospital de Chicago, éprouvant de très grandes difficultés pour dégager la tête au moyen de la manœuvre de Mauriceau associée à des pressions sus-pubiennes dans la position de Walcher, se décida, en désespoir de cause et vu l'asphyxie imminente de l'enfant, à pratiquer la trachéotomie. Le corps du fœtus étant soutenu par un aide, on procéda rapidement à la désinfection du champ opératoire; puis, après avoir écarté le périnée en arrière et avoir fixé le larynx au moyen d'un ténaculum, on fit une incision linéaire à travers le cartilage cricoïde et les deux ou trois premiers anneaux de la trachée. On écarta alors les tissus incisés pour introduire dans la trachée une sonde en caoutchouc, préalablement stérilisée et communiquant avec un ballon chargé d'air pur. Dès la première insufflation pratiquée à l'aide de ce dispositif, la cage thoracique se dilata immédiatement. En alternant les insufflations avec la compression du thorax, on continua la respiration artificielle jusqu'à ce qu'on eût vu s'établir les mouvements respiratoires spontanés. L'hémorrhagie opératoire cessa et on put mener à bonne fin l'accouchement en appliquant le forceps sur la tête dernière. Le cordon ne fut sectionné qu'après cessation complète de la circulation placentaire, afin de compenser, dans une certaine mesure, la perte sanguine liée à l'opération. Après avoir nettoyé la bouche et le pharynx et avoir débarrassé la trachée du sang, on plaça une anse de fil de chaque côté de l'incision, en les fixant en arrière, de manière à maintenir la plaie béante et à donner accès à l'air, le cathéter étant enlevé. La respiration se fit d'abord uniquement par la plaie; mais au bout de cinq heures on put procéder à la réunion définitive des lèvres de l'incision sans voir survenir de la dyspnée; la respiration normale s'établit immédiatement après l'occlusion de la plaie; on obtint la guérison par première intention et les suites opératoires ne présentèrent absolument rien d'irrégulier.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Maternité (de Lausanne). — M. le professeur O. RAPIN.

Séjour prolongé du fœtus, pendant le travail, dans la cavité cervicale énormément dilatée.

J'ai eu, il y a quelques mois, l'occasion de faire un accouchement ayant présenté un certain nombre de particularités remarquables, dont une au moins — la plus importante — constitue, si l'explication que j'en donne est exacte, une observation encore unique à ma connaissance. Aussi me semble-t-il intéressant de consacrer notre leçon d'aujourd'hui à la discussion de ce fait.

Je fus appelé, le 1er février dernier, auprès d'une primipare de vingt-cinq ans, qui, réglée pour la première fois à dix-sept ans, avait toujours eu des menstrues irrégulières depuis lors; je vous signale dès à présent que cette femme déclarait avoir marché tard, et qu'elle se plaignait d'être « faible des jambes ». Elle ne se souvenait pas de l'époque de ses dernières règles; la grossesse s'était bien passée, sans nausées ni douleurs. Les premiers mouvements furent perçus au commencement de septembre; ils cessèrent vers le 20 janvier; à la même époque, violentes douleurs abdominales qui disparurent après quelques heures et se répétèrent tous les jours pendant une semaine; enfin, le 30 janvier, à deux heures de l'après-midi, début des douleurs utérines, très fortes par moment; elles sont tout d'abord ressenties dans les reins, mais pas dans le ventre; le soir du même jour, et dans la nuit suivante, elles font presque entièrement défaut; à trois heures du matin elles reprennent dans le ventre et dans les reins. Un peu avant cinq heures, la poche des eaux se rompt, et les douleurs expulsives commencent. Une sage-femme est alors appelée, soit le 31 janvier à cinq heures du matin; elle constate que l'abdomen est régulièrement et également distendu, que l'orifice utérin est complètement dilaté, que la tête est engagée dans le bassin; elle n'entend pas les bruits du cœur fœtal. Vers dix heures et demie du matin (il n'y avait presque pas eu de douleurs depuis sept heures), la sage-femme remarque l'*apparition d'une tumeur arrondie*, de la dimension des deux poings, située entre la symphyse et le nombril. Les douleurs reprennent, mais, la tête ne descendant pas, on fait appeler M. Rossier, privatdocent de notre Faculté.

A son arrivée, une heure plus tard, notre confrère fait les remarques suivantes : la parturiente est de petite taille et présente, sur son squelette, des stigmates de rachitisme; les mensurations du bassin montrent qu'il s'agit d'un bassin rachitique généralement rétréci : la distance des épines iliaques est de 24 centimètres, celle des crêtes iliaques de 27 centimètres, celle des trochanters de 27 centim. 6, celle des tubérosités sciatiques de 10 centimètres : le diamètre de Baudelocque mesure 17 centim. 4, le sacro-sous-pubien du détroit inférieur 10 centimètres. Au toucher vaginal, on trouve l'orifice utérin complètement dilaté; la tête est dans l'excavation, en occipito-iliaque gauche antérieure; il existe sur la présentation *une bosse sanguine très nette;* les bruits du cœur fœtal ne sont pas perceptibles. Mais ce qui attire surtout l'attention, c'est la présence, entre la symphyse et l'ombilic (*fig. 1*), d'une tumeur de consistance élastique, se continuant du côté du creux épigastrique par une paroi extrêmement mince qui recouvre le siège de l'enfant. Pensant que cette tumeur est due à la rétention d'urine, M. Rossier fait le cathétérisme de la vessie; la sonde pénètre avec quelque difficulté à cause de l'engagement de la tête; elle ne ramène que 200 à 300 c.c. d'urine, et cette petite intervention ne modifie en rien l'aspect de l'abdomen.

L'application du forceps — après injection vaginale antiseptique — est facile, mais il faut

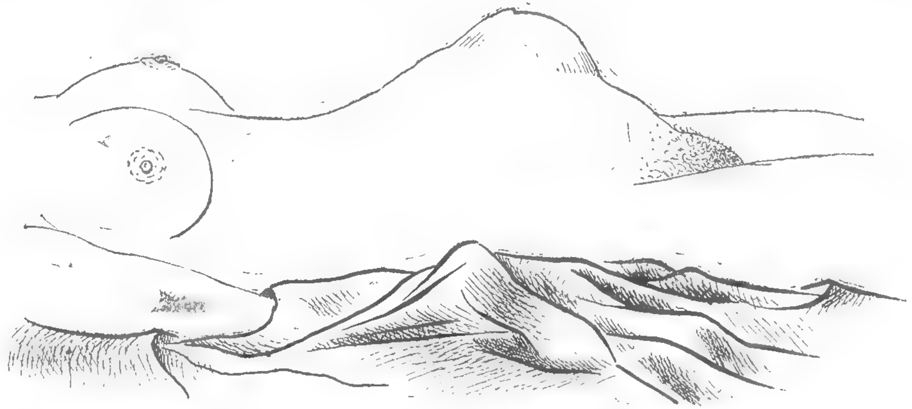


Fig. 1.

des tractions assez fortes pour dégager la tête, dont les téguments sont macérés (*fig. 2*). Malgré des tractions très énergiques sur l'extrémité

Fig. 2.

céphalique dégagée, il n'est pas possible à notre confrère de faire descendre le tronc d'un seul cran. Une nouvelle exploration digitale ne fait rien découvrir de spécial; en avant, le doigt ne peut pénétrer entre le cou et la symphyse; en arrière, il remonte jusqu'au thorax (Voir *fig. 3*). Pensant qu'il s'agit d'une tumeur siégeant sur le dos de l'enfant (spina bifida) et empêchant la descente de celui-ci, M. Rossier — de qui je tiens tous les détails qui précèdent — juge que le transfert de la malade à la Maternité est urgent et me fait appeler. En attendant, il injecte sous la peau 0 gr. 01 centigr. de morphine, car les douleurs ayant subitement repris et se montrant accompagnées d'un écoulement modéré de sang, on pouvait craindre une rupture de l'utérus au-dessus de la tumeur, dans la région amincie de l'organe.

Dès mon arrivée, je constate que la tumeur abdominale, de consistance molle et rénitente, devient plus apparente et plus ferme au moment des contractions. J'admets comme M. Rossier l'imminence d'une rupture utérine, et reconnais avec lui que la présence d'une tumeur sur le dos de l'enfant peut seule expliquer l'impossibilité de faire l'extraction manuelle du corps du fœtus. J'accepte aussitôt la proposition d'un transfert à la Maternité, dans le but de faire la thoracotomie et l'éviscération.

Toutefois, m'étant aperçu, au toucher, que les bras sont tous deux allongés le long du corps et serrés dans le bassin, la tête seule étant dégagée, je repousse l'épaule gauche dans la concavité du sacrum et je parviens, en glissant les doigts jusqu'au coude du fœtus, à dégager le bras correspondant, comme on le fait lorsqu'il est relevé à côté de la tête, pendant l'extraction manuelle, dans les présentations de l'extrémité pelvienne. Le bras droit est amené en arrière et dégagé à son tour par le même procédé; après quoi le tronc suit, en offrant une assez forte résistance attribuée à la présence de la tumeur du dos de l'enfant, tumeur qui reste visible pendant toute la durée de l'extraction.

Mais quel n'est pas notre étonnement à tous deux en constatant que le fœtus, du sexe féminin, *ne présente aucune tumeur!* Il est bien constitué, quoique macéré; le corps est très gros, le ventre flasque et volumineux (comme cela se produit ordinairement chez les fœtus macérés).

Après l'extraction de l'enfant, il y eut une assez forte hémorrhagie, suivie, au bout de quatre ou cinq minutes, de l'expulsion du placenta, sous l'influence de frictions et de l'expression par la méthode de Crédé. Puis l'hémorrhagie reprit de plus belle, pour ne céder qu'à des frictions énergiques, à une injection intra-utérine chaude au lysol, et surtout à la compression de l'utérus contre la symphyse. De tumeur, plus trace; elle avait disparu comme la muscade du prestidigitateur. On ne trouvait plus que l'utérus mobile, arrondi, de la grosseur des deux poings et bien contracté.

L'exploration interne manuelle me donna la clef du diagnostic, ou plutôt me mit sur la voie d'une explication plausible de cet étrange cas. En effet, la main passait du vagin dans un immense sac extrêmement dilaté, à parois molles et minces, présentant quelques replis transversaux, et dont il était impossible de sentir le fond en arrière, tandis qu'en avant et sur les côtés on aboutissait à l'anneau de l'orifice interne, contracté et invaginé dans ce sac (Voir *fig. 5*). J'eus un instant l'idée qu'il existait une déchirure postérieure, mais en abaissant fortement le corps de l'utérus je pus me convaincre qu'il n'y avait aucune solution de continuité au col ni au corps de la matrice.

En présence de ces constatations, voici l'explication que je proposai et qui fut acceptée, après discussion, par M. Rossier. J'espère qu'elle vous paraîtra également vraisemblable, malgré son apparence paradoxale.

Je rappelle que la tumeur n'était apparue que tardivement : cinq heures après la dilatation

complète et au moins vingt heures après le début des douleurs; puis, qu'elle disparut quand l'enfant eut été extrait.

Cette tumeur, à mon avis, n'était autre que le *corps rétracté de l'utérus, contenant le placenta à moitié décollé.* Les figures que je vous présente vous feront comprendre ce qui s'est passé, mieux qu'une longue description (*fig. 3*). La dilatation s'est faite assez lentement;

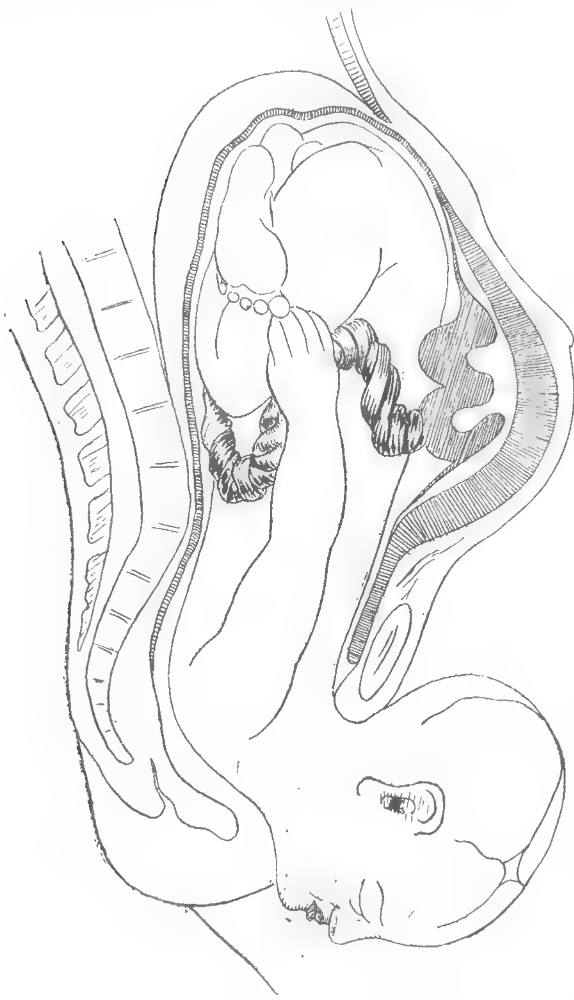


Fig. 3.

vous savez que c'est ordinairement le cas chez les primipares; ici, elle a duré au moins quinze heures. Le col, probablement long de nature, a dû subir un allongement considérable et progressif, comme on l'observe quand l'orifice externe résiste longtemps à la poussée de la poche des eaux, ou lorsque le col est pincé entre la tête et les bords du bassin, ou encore toutes les fois qu'un obstacle s'oppose à la progression de la tête. Rien ne nous indique, chez notre patiente, que l'orifice externe ait résisté, mais les autres facteurs n'ont pas manqué : il est bien établi que l'angustie pelvienne absolue (bassin généralement rétréci) peut provoquer le pincement du col au détroit supérieur, et les difficultés de l'extraction de la tête au moyen du forceps démontrèrent suffisamment ici l'importance de l'obstacle opposé par le bassin à la progression du fœtus. Dans ces conditions, les contractions utérines n'eurent d'autre effet que de faire monter peu à peu l'anneau de contraction (qui n'est autre que l'orifice interne) le long du corps du fœtus; ce phénomène est très connu et éveille toujours la crainte d'une rupture de l'utérus.

C'est à partir de ce moment que, dans notre cas, se produisit un phénomène extraordinaire, encore inobservé. La paroi postérieure du col, plus extensible que l'antérieure, paraît-il, a dû se distendre assez, sans se rompre, pour permettre à l'anneau de contraction de passer pardessus le siège du fœtus et de venir se rétracter à la partie antérieure de l'abdomen, sur le dos de l'enfant, où l'utérus formait la tumeur qui nous a si fort intrigué (Voir *fig. 3*).

Quand M. Rossier appliqua le forceps, le fœtus était tout entier dans le canal cervical énormément dilaté. Les contractions ne pouvaient plus avoir aucun effet sur sa progression. Même si le bassin et le périnée n'eussent, à ce moment, opposé aucune résistance, les contractions utérines fussent restées sans résultat. Ceci ne rappelle-t-il pas les cas d'avortement où le col, très distendu, retient l'œuf entier (*fig. 4*), tandis que l'utérus rapetissé se contracte inutilement au-dessus?

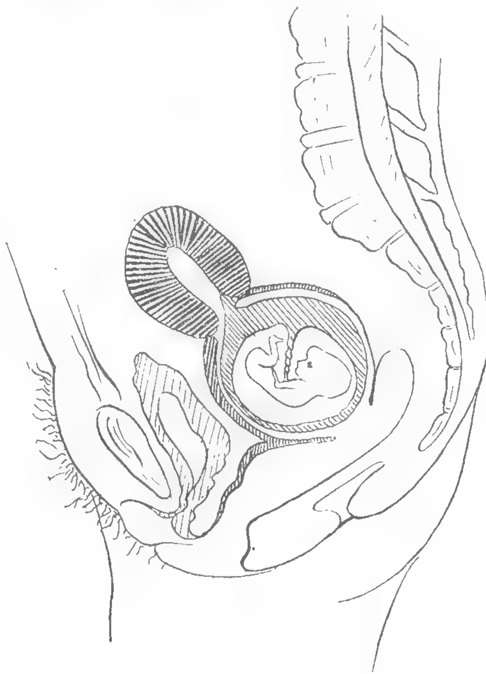


Fig. 4.

Depuis la formation de la tumeur, et même auparavant, notre malade a été continuellement menacée de rupture de l'utérus, et c'est en somme cette menace qui engagea M. Rossier à appliquer immédiatement le forceps. L'hémorragie qui s'est produite après le dégagement de la tête fut causée par le décollement du placenta, conséquence fatale de la rétraction utérine. Enfin, la preuve que notre explication est la bonne, c'est que la tumeur n'existait plus comme telle après l'extraction de l'enfant, qu'il n'y avait plus que le corps de l'utérus, globuleux, avec un col extrêmement distendu et replié en accordéon (Voir *fig. 5*); le doigt explorateur avait de la peine à en atteindre le fond.

D'autres explications auraient-elles pu rendre compte des diverses particularités que je viens de vous exposer? Je ne le crois pas. Nous avons cependant discuté les possibilités suivantes :

Utérus bicorne, l'une des cornes, vide, formant la tumeur, l'autre étant occupée par le fœtus; toutefois, cette hypothèse n'explique ni l'apparition de la tumeur après la dilatation complète, ni le résultat de la palpation après l'accouchement;

Tumeur fibreuse siégeant à la partie antérieure de l'utérus; mais cette tumeur aurait été retrouvée après l'accouchement et n'aurait pas apparu soudainement dans la période d'expulsion;

Déchirure de l'utérus, le fœtus se trouvant en partie dans l'abdomen et la tumeur étant constituée par l'utérus rétracté; dans ce cas, on aurait senti plus distinctement la séparation entre la tumeur et le corps du fœtus et l'idée d'un spina-bifida du dos n'aurait pas pu surgir; enfin, les résultats de l'examen *post partum* permettent d'écarter cette supposition;

Hernie de la ligne blanche ayant apparu pendant le travail et disparu après l'accouchement; mais la tumeur eût été d'une consistance tout autre et on aurait retrouvé l'hiatus de la paroi abdominale après la réduction spontanée de la hernie.

Au reste, s'il subsiste quelques doutes dans vos esprits, j'espère les dissiper en vous rappelant un fait que vous avez pu observer dans le service à l'époque même de l'accouchement dont je viens de vous donner les détails.

Le 30 janvier, nous recevions une multipare en travail, envoyée à l'hôpital précisément par M. Rossier. Cette femme avait accouché six fois normalement, et cependant son bassin était rétréci : la distance des épines iliaques était de 26 centim. 2, celle des crêtes iliaques de 27 centim. 2, celle des trochanters de 33 centim. 2; le diamètre de Baudelocque mesurait 17 centimètres 8, le conjugué vrai 9 centimètres. Ce bassin était plat, rachitique, à la limite supérieure des rétrécissements moyens. Le travail avait commencé la veille à deux heures du matin, et la tête, en occipito-iliaque gauche antérieure, s'engageait fléchie sur la moitié gauche du détroit supérieur; il s'agissait d'*engagement latéral*. La hauteur de la tête me détermina tout d'abord à temporiser, mais, le lendemain, à quatre heures du soir, trouvant la tête bien fixée, et le fœtus souffrant — les bruits du cœur étaient faibles et irréguliers —, je me décidai à intervenir, d'autant qu'il s'échappait de la vulve du méconium et des gaz fétides dont la présence dans l'utérus était aussi décelable par la percussion. Les douleurs étaient faibles; le col, pincé entre la tête et le bassin, était perceptible derrière la symphyse, tandis que le cercle utérin ou orifice interne, palpable et même visible comme un sillon transversal tracé sur l'abdomen, remontait jusqu'aux environs de l'ombilic, indiquant une distension énorme du canal cervical.

Le forceps appliqué au détroit supérieur amena au jour, avec un peu de peine, un garçon asphyxique qui fut rappelé à la vie. Le placenta fut exprimé au bout de dix minutes et, tout en faisant une injection antiseptique dans l'utérus, je constatai que cet organe, bien contracté, *était comme invaginé dans le col*, très mou, très long et complètement plissé en accordéon, ainsi que le montre la figure que vous avez sous les yeux (*fig. 5*).

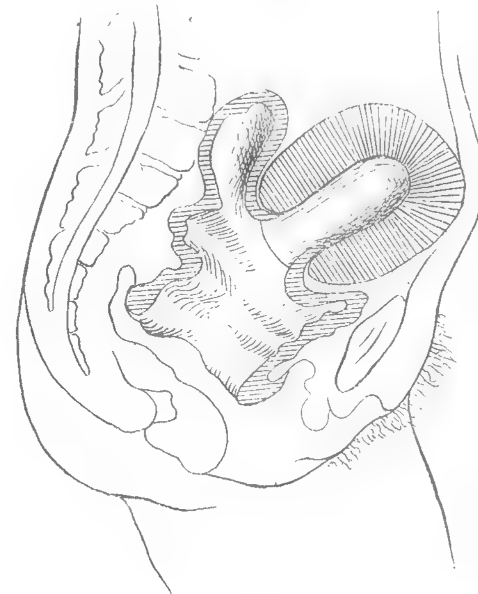


Fig. 5.

Ce cas ne semble-t-il pas être venu juste à point pour m'indiquer comment il fallait interpréter le fait que je venais d'observer quelques heures auparavant?

Une deuxième question intéressante — mais je ne ferai que l'effleurer — se pose à propos du premier de ces deux accouchements; elle concerne la présence de la bosse sanguine sur la tête de l'enfant. On admet, en général, qu'il ne se forme pas de bosse sanguine après la mort du fœtus; or, M. le professeur Stilling constata, à l'autopsie, une bosse sanguine volumineuse, située au sommet du crâne, et un œdème généralisé; il n'existait pas de signes de syphilis ni aucune autre anomalie. Il nous paraît impossible d'admettre que la bosse sanguine se soit formée avant la mort, c'est-à-dire dix jours avant l'accouchement, au moment où la parturiente, du reste très endurante et très courageuse, a ressenti de violentes crampes

abdominales. Nous préférons supposer que la règle habituelle, dans certaines circonstances, souffre des exceptions, et que la bosse sanguine peut se produire d'une façon tout à fait passive, par un processus exclusivement mécanique.

Enfin, un troisième point aurait mérité d'être discuté à propos de ce très curieux cas : quelle a été la cause de la mort du fœtus? Mais ici, force nous est de laisser la question en suspens, car aucune donnée ne nous permet d'y répondre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 28 octobre et 4 novembre 1901.

Sur les matières sucrées du sang et leur glycolyse.

MM. R. Lépine et **Boulud**. — Pour un même pouvoir réducteur, le sang du chien a un pouvoir dextrogyre plus faible que celui que possède, d'après M. Hanriot et M. Hédon, le sang du cheval. Parfois même il a un pouvoir lévogyre, ce qui tient sans doute à l'abondance de l'acide glycuronique *conjugué*, dont la présence normale a été démontrée, par M. P. Mayer, dans le sang du bœuf et de l'homme, et par nous dans le sang du chien (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 236).

Si, dans une éprouvette plongeant dans un bain-marie à 39° C. et renfermant du sang défibriné de chien sain, on fait passer de l'oxygène, bulle à bulle, on constate au bout d'une heure :

a) Une diminution notable du pouvoir dextrogyre (ou une augmentation du pouvoir lévogyre);

b) Une diminution considérable du pouvoir réducteur;

c) La disparition complète, ou à peu près complète, du sucre fermentescible.

Si on fait la même expérience avec du sang défibriné de chien dépancréaté depuis vingt-quatre à trente heures, on observe, au contraire, qu'*il n'y a pas de diminution sensible du sucre fermentescible*. Ainsi, dans les conditions nouvelles où nous faisons l'épreuve de la glycolyse, la différence entre le sang diabétique et le sang normal ne consiste pas seulement dans le fait que le premier, après une heure à 39°, conserve mieux son pouvoir réducteur que le second, ainsi que l'un de nous l'a établi, il y a douze ans, avec M. Barral, mais encore dans le fait, plus décisif, qu'après une heure à 39° le sucre fermentescible du sang diabétique n'*est pas modifié*, tandis qu'il est *détruit* dans le sang normal.

Si 100 grammes de sang défibriné d'un chien sain sont additionnés de quelques gouttes de chloroforme et maintenus une heure à 39° (sans passage d'oxygène, qui chasserait le chloroforme), on observe :

a) Une diminution du pouvoir dextrogyre (ou une augmentation *très marquée* du pouvoir lévogyre);

b) Une diminution moindre du pouvoir réducteur que dans le sang non chloroformé;

c) La conservation d'une certaine quantité de sucre fermentescible.

Ces résultats s'expliquent par la formation *in vitro* d'acide glycuronique *conjugué*, et par la diminution de la glycolyse du sucre fermentescible.

Sur le dosage de l'alcalinité du sang.

MM. A. et **L. Lumière** et **H. Barbier** adressent une note dans laquelle, après avoir montré les causes d'erreur auxquelles sont soumises les méthodes usuelles de dosage de l'alcalinité du sang, ils font connaître le procédé suivant :

On sature, suivant la technique connue, l'alcalinité d'une certaine quantité de sang par un excès d'une solution acide titrée; puis on dose l'acide resté libre en l'employant à déplacer l'iode contenu dans une solution d'iodure et d'iodate de potassium; en outre, pour obtenir des chiffres constants et comparables, il faut traiter les poids quelconques de sang soumis à l'analyse, non par le même volume initial de liqueur acide, mais par des volumes proportionnels aux poids de sang employés. Divers dosages pratiqués par cette méthode sur un même échantillon de sang n'ont donné qu'un écart de 1.4 %, tandis qu'avec les anciens procédés l'écart s'est élevé à 24 %.

Détermination qualitative et quantitative de traces d'antimoine en présence de fortes proportions d'arsenic.

M. G. Denigès propose, pour la recherche — utile en toxicologie — de traces d'antimoine en présence de quantités jusqu'à 500 fois plus considérables d'arsenic, deux méthodes permettant de déceler un millième de milligramme d'antimoine.

Dans la première, les matières à analyser, dissoutes dans l'acide chlorhydrique, sont placées dans une capsule de platine; on y plonge une lame d'étain qui doit toucher le fond de la capsule : dans ces conditions, on voit apparaître sur le platine une tache brune d'antimoine.

La seconde consiste à faire agir, sous le microscope, une goutte de la même solution chlorhydrique des substances suspectes sur une goutte d'un réactif composé de 1 gramme d'iodure de potassium et de 3 grammes de chlorure de cœsium pour 10 c.c. d'eau : il se forme, quand la recherche est positive, des lamelles hexagonales, jaunes ou grenat, d'iodure stibiocœsique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 novembre 1900.

De la rachicocaïnisation.

M. Legueu. — J'ai eu dans ces temps derniers deux cas de mort immédiate, sur la table d'opération, à la suite d'une rachicocaïnisation. L'injection a été faite une fois par le chef de clinique, et une fois par un des internes; dans les deux cas, la dose injectée était inférieure à 0 gr. 02 centigr.

La première observation a trait à un homme qui, dans une chute déterminée par un ictus apoplectique, s'était fait une rupture du tendon du triceps du côté gauche. Chez ce blessé, cardiaque, athéromateux, congestionné et emphysémateux, le chloroforme me parut absolument contre indiqué, et je crus devoir m'adresser à la rachicocaïnisation. Dix minutes après l'injection lombaire, je commençais l'opération, lorsque le malade fut pris de signes d'agitation et succomba en deux ou trois minutes. L'autopsie ne put être pratiquée.

Quelques semaines plus tard, un homme de soixante et un ans était amené dans le service, atteint d'une hernie étranglée, avec un état général extrêmement mauvais. L'examen des urines ne fut pas fait. Le chef de clinique, appelé d'urgence, pratiqua la rachicocaïnisation dans le troisième espace lombaire. Avant même que l'anesthésie fût obtenue, c'est-à-dire six minutes après l'injection, le malade fut pris d'anxiété, de sueurs froides; sa respiration se ralentit, ses pupilles se dilatèrent, et, quelques minutes après, il était mort. L'autopsie a montré dans les deux reins des lésions macroscopiques très accentuées; l'examen histologique n'a cependant pas révélé l'existence d'altérations rénales suffisantes pour expliquer la mort, en dehors de l'action de la cocaïne.

M. Kirmisson. — Les faits de ce genre nous démontrent irréfutablement que la rachicocaïnisation n'est pas sans danger. En ce qui concerne les deux observations de M. Legueu, je me demande s'il n'aurait pas été préférable, pour des interventions aussi simples, de recourir à l'anesthésie locale par la cocaïne.

M. Reclus. — Il semble résulter de ces faits malheureux que, dans les cas où le chloroforme est contre-indiqué par l'état général, la rachicocaïnisation ne semble pas indiquée davantage.

De la prostatectomie.

M. Tuffier. — Au point de vue des indications de la prostatectomie, je crois qu'il convient d'être encore très réservé, et qu'il y aurait une certaine exagération à dire, comme M. Albarran, que tous les prostatiques sont opérables, à part certaines contre-indications (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 365).

Pour quelques cas bien déterminés, où le lobe médian fait manifestement saillie en avant et constitue réellement le seul obstacle, j'estime que la voie sus-pubienne reste la meilleure; l'opération sus-pubienne ne doit donc pas être proscrite.

Complications intracrâniennes de l'otite moyenne aiguë.

M. Broca. — Je dois vous rendre compte de deux observations qui nous ont été adressées par M. Imbert (de Montpellier). Dans l'un de ces cas, qui est particulièrement intéressant, notre confrère, voyant les phénomènes cérébraux persister après la trépanation de l'apophyse mastoïde, trépana la fosse temporale; ayant trouvé une thrombose du sinus latéral, il pratiqua à ce niveau un curettage et un drainage; malgré cela, les accidents continuèrent à évoluer, et, des symptômes locaux s'étant manifestés dans la région carotidienne, M. Imbert fit une nouvelle intervention, au cours de laquelle il lia la jugulaire qu'il trouva également thrombosée. Cette opération a été suivie de guérison.

Dans l'autre fait, la trépanation de la fosse temporale a été également pratiquée, quelques jours après la trépanation mastoïdienne, à cause de la persistance des symptômes cérébraux. Notre confrère pensait trouver un abcès cérébral; or, il existait seulement des lésions méningitiques, sans altération du cerveau ni des sinus. La guérison a été obtenue. Je crois que, dans ce cas, il était indiqué de faire une ponction du cerveau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 novembre 1901.

Sérothérapie de la fièvre typhoïde.

M. Chantemesse. — La toxine typhique soluble, dont j'ai fait connaître la découverte et le mode de préparation au Congrès international d'hygiène et de démographie tenu à Madrid (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 162-163), m'a permis d'obtenir un sérum antityphoïde doué de propriétés non seulement préventives, mais aussi antitoxiques et anti-infectieuses.

Pour apprécier la valeur curative de ce sérum, il importe d'abord de retenir que la dothiénentérie a une mortalité plus élevée qu'on ne le croit généralement; d'après les relevés que j'ai faits dans divers hôpitaux parisiens, cette affection entraînerait la mort dans environ 29 % des cas chez l'adulte, dans 10 % des cas chez l'enfant; les chiffres fournis par le « Bulletin de statistique municipale de la ville de Paris » montrent, d'autre part, que la mortalité totale par fièvre typhoïde a été de 18.5 % pour les années 1899 et 1900.

J'ai traité par la sérothérapie 100 cas de dothiénentérie, dont 29 dans mon service du Bastion 29, et les autres soit dans différents services hospitaliers, soit dans la pratique privée. Tous les malades injectés avant le dixième jour ont guéri; 6 ont succombé : 3 à une perforation intestinale suivie de péritonite, 2 parce qu'ils ont été injectés trop tard (vingt et unième et vingt-cinquième jours), alors qu'ils avaient de l'hyperthermie et un pouls à 140, 1 enfin à une eschare gangreneuse du sacrum; j'ai perdu, en outre, 2 patients qui ont été injectés dans des conditions absolument désespérées.

Sur les courbes que je vous montre, vous pouvez voir combien rapides sont la défervescence et la chute du pouls quand il s'agit de sujets jeunes et vigoureux, atteints de dothiénentérie grave mais sans complications, et traités dès le début.

Lorsque le sérum n'intervient que le huitième jour, on observe souvent un arrêt faisant espérer la guérison, mais cette amélioration ne continue pas; l'infection reprend sa marche et une nouvelle injection devient nécessaire, qui ne pourra plus arrêter brusquement la maladie, mais l'enrayera peu à peu. Du reste, ce terme de huit jours n'a rien d'absolu : tout dépend de la puissance de l'infection comparée à celle de l'organisme; c'est ainsi qu'une fièvre typhoïde qui n'est pas d'allure très sévère pourra être arrêtée en quelques jours, même si l'intervention n'a lieu que le huitième, le neuvième, voire le douzième jour.

On peut observer des rechutes après l'emploi de la sérothérapie : l'organisme n'a vaincu l'infection que grâce à l'appui momentané du sérum; une fois ce dernier éliminé, la maladie reprend le dessus; aussi faut-il faire une deuxième injection dès que se dessine le début d'une rechute.

Sous l'influence de cette médication, la durée de la fièvre typhoïde est notablement diminuée, l'état général s'améliore, la diarrhée est supprimée en trois ou quatre jours, la fièvre tombe en même temps que le pouls se ralentit et que la pression sanguine augmente beaucoup (au point que des injections d'eau salée ou de caféine pourraient être dangereuses); la sécrétion urinaire est activée, il y a souvent une polyurie de 3, 4 litres et au delà. Le sérum à lui seul ne produit jamais d'albuminurie; souvent même il fait disparaître les faibles quantités d'albumine existant dans les urines; enfin, l'injection sérothérapique détermine une hyperleucocytose manifeste, avec réapparition des éosinophiles.

En ce qui concerne la température, le sérum produit, dans les cas légers, une réaction fébrile modérée et de courte durée, et bientôt le thermomètre retombe au-dessous de son niveau primitif; mais quand l'infection est grave, la réaction est plus violente et beaucoup plus prolongée, et il y a lieu de la combattre énergiquement par les bains froids.

Les complications sont rares chez les malades traités par la sérothérapie : sur 100 cas, j'ai observé 3 fois des perforations intestinales ayant entraîné la mort, et 1 fois une pneumonie, chez un sujet hyperpyrétique qui a également succombé; les autres complications que j'ai vu survenir (2 hémorrhagies intestinales, 1 otite moyenne, 2 phlébites de la saphène) n'ont pas empêché la guérison.

Les injections, qui ne sont ni douloureuses ni irritantes, doivent être faites sous la peau de l'avant-bras, la résorption y étant plus rapide qu'à l'abdomen; il ne s'est produit que 2 fois sur mes 100 cas un léger érythème, bien que certains malades eussent reçu 25 ou 30 c.c. de sérum en plusieurs fois. La dose de choix, pour la première injection, est de 12 à 14 c.c.; si, au bout d'une dizaine de jours, l'apyrexie n'est pas complète, il faut injecter à nouveau 4 ou 5 c.c. quand la fièvre est minime, 10 c.c. lorsqu'elle est intense; la première dose peut être abaissée à 10 c.c. dans les cas où l'on peut intervenir tout à fait au début, ou au contraire lorsque l'intoxication est ancienne ou profonde et qu'on redoute une réaction trop vive.

En dehors du sérum, deux moyens me paraissent importants pour assurer le succès : le bain froid, qui n'a pas par lui-même une action d'arrêt sur l'affection mais aide le patient à la supporter, et une alimentation copieuse en eau de boisson, sous forme de tisanes, de limonade, etc.

M. Faisans. — Si le sérum préconisé par M. Chantemesse constitue un remède véritablement spécifique de la fièvre typhoïde, il n'y a pas lieu, selon moi, de le comparer aux médications purement symptomatiques de cette affection, les bains froids par exemple. Je désirerais, en outre, savoir si M. Chantemesse a eu l'occasion d'appliquer son traitement tout à fait au début de la fièvre typhoïde et, dans ce cas, quels en ont été les résultats.

M. Chantemesse. — Pour établir la valeur de la sérothérapie en matière de fièvre typhoïde, il me fallait bien comparer ses résultats à ceux des autres modes de traitement; si j'ai choisi les bains froids, c'est que c'est la méthode la plus répandue dans les hôpitaux de Paris. Quant à l'époque de la fièvre typhoïde à laquelle j'ai pratiqué mes injections, elle a été forcément très variable; je me suis toujours efforcé de me rapprocher autant que possible du début de l'affection : 2 malades qui ont été injectés respectivement le sixième et le septième jour ont guéri en trois jours. D'une façon générale, je puis dire que l'action du sérum est d'autant plus nette que l'injection a été plus précoce.

M. Le Gendre. — Parmi les cas de fièvre typhoïde qui ont été traités dans mon service, il en est deux qui m'ont particulièrement frappé : le premier est celui d'une femme plongée dans un état d'adynamie profonde, chez laquelle tout faisait présager une forme grave; injectée au sixième jour, elle est devenue apyrétique au bout de trois jours. Le second cas concerne un homme atteint de tuberculose pulmonaire en évolution, qui a formellement refusé le traitement par les bains froids; les injections de sérum ont fait disparaître la fièvre à bref délai, mais la tuberculose a continué à évoluer.

Deux autres cas également défavorables ont été suivis d'une guérison rapide.

M. Merklen. — Un seul point me paraît commander quelques réserves dans la communication de M. Chantemesse : c'est que la plupart de ses malades ont été soumis simultanément à plusieurs médications (injections de sérum, bains froids, boissons abondantes, etc.); il est donc difficile de savoir la part exacte qui revient au sérum dans les résultats obtenus.

M. Chantemesse. — Cette critique est parfaitement fondée, mais, comme j'expérimentais un nouveau mode de traitement, je n'ai pas cru devoir priver les malades du bénéfice des autres médications ayant fait leurs preuves. Du reste, ainsi que j'ai eu soin de le faire observer, les bains froids m'ont toujours paru être un adjuvant précieux de la sérothérapie. Je ne me crois pas le droit d'affirmer aujourd'hui la supériorité de cette dernière méthode, parce qu'il faudrait pouvoir appuyer cette affirmation sur plusieurs centaines d'observations, ce qui n'est pas le cas en ce moment; son efficacité me paraît cependant ressortir de la comparaison des chiffres de la mortalité chez les malades traités uniquement par les bains froids et chez ceux qui ont été, en outre, soumis aux injections de sérum.

Des troubles pupillaires dans les anévrysmes de l'aorte.

M. Babinski. — Les troubles pupillaires, en particulier l'inégalité des pupilles, qu'il n'est pas rare d'observer dans les anévrysmes de l'aorte, ont été attribués jusqu'à présent à une irritation ou à une paralysie par compression du sympathique. Il est possible qu'il en soit ainsi dans certains cas, mais je crois que la pathogénie de ces troubles n'est pas univoque.

Voici une malade qui présente une dilatation très accusée de l'aorte avec double souffle, etc.; la pupille droite est plus petite que la gauche et ne réagit pas à la lumière, ce qui prouve qu'il ne s'agit pas d'une lésion du sympathique; la pupille gauche est également immobile à la lumière; les deux pupilles ont conservé le réflexe accommodateur. Nous nous trouvons donc en présence du signe de Robertson, fait indiquant, selon moi, que le système nerveux central est touché par la syphilis; du reste, il existe aussi chez cette femme une abolition des réflexes achilléens; on peut donc la considérer comme atteinte de tabes fruste.

Je vous montre maintenant une seconde malade à peu près identique à la précédente, avec cette différence que le signe de Robertson est, chez elle, unilatéral.

Dans ces deux cas, la syphilis me paraît être le lien qui unit les troubles pupillaires à l'anévrysme de l'aorte; aussi j'invite mes collègues à rechercher chez leurs malades atteints d'anévrysme aortique l'état du réflexe pupillaire, afin de distinguer les troubles des pupilles dus à une lésion du système nerveux central d'avec ceux qui dépendraient d'une altération du sympathique.

Hystérie sénile.

M. Marie montre un homme de soixante-douze ans, atteint d'une hémiplégie gauche avec hémianesthésie et spasme glosso-labié : il s'agit donc d'une hémiplégie hystérique qui est survenue à l'âge de quarante ans à la suite d'une chute et qui, depuis cette époque, a disparu et reparu à diverses reprises. Ce malade a, du reste, de temps à autre, des attaques convulsives qui se terminent invariablement par une éjaculation et qui peuvent être arrêtées par la compression du testicule.

Pseudo-phtisie hystérique.

M. Rénon communique, en son nom et au nom de M. Sollier, la relation d'un cas de fausse phtisie hystérique. L'amaigrissement, la toux, la présence de frottements pleuraux, la révélation par la radioscopie d'un état de condensation du poumon, les accès de fièvre, la tachycardie, etc., tout, en un mot, se trouvait réuni pour égarer le diagnostic. Celui-ci n'a pu être établi que par la constatation d'une anesthésie accompagnée de phénomènes d'auto représentation des organes, et aussi par les résultats du traitement. La malade, en effet, a complètement guéri à la suite de la restauration de la sensibilité de l'appareil respiratoire par des exercices de gymnastique pratiqués soit à l'état de veille, soit dans l'hypnose, jointe au relèvement de la nutrition générale par une alimentation normale et par l'isolement.

Ladrerie généralisée.

M. Guillain présente, au nom de M. Marie et au sien, une femme de trente-trois ans, glycosurique, chez laquelle on constate un grand nombre de petites tumeurs lisses, dures, du volume d'un pois, disséminées sur tout le corps et douloureuses spontanément, ainsi qu'à la pression. Une de ces nodosités siège dans l'épaisseur de la langue.

Après biopsie, on a constaté que ces productions étaient des kystes contenant le *cysticercus cellulosæ*, larve du tænia solium : superficielles en apparence, ces tumeurs sont en réalité sous-aponévrotiques et intramusculaires. Un des points intéressants de cette observation, c'est qu'au lieu d'être indolents comme l'ont écrit tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, ces petits kystes sont le siège de douleurs assez vives.

Stomatite ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et à spirilles guérie par des applications de bleu de méthylène.

M. Siredey dit que le malade atteint de stomatite ulcéro-membraneuse, dont il a communiqué l'observation dans une précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 359), a été guéri au bout de huit jours par des applications de bleu de méthylène pulvérisé. C'est là une particularité digne d'être signalée, car tous les cas d'angine de Vincent publiés ont été remarquables par leur longue durée.

M. Marie présente un homme de trente-six ans, chez lequel plusieurs séances d'application des rayons de Röntgen — prolongées pendant cinq et sept heures — pour découvrir le siège d'une balle de revolver logée dans le crâne, ont déterminé, au niveau de la tempe, un certain nombre de troubles trophiques très accusés (chute des cheveux, amincissement de la peau, etc., etc.).

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 novembre 1901.

Sarcomatose mélanique généralisée.

M. Gaucher. — Je vous présente un malade qui a été opéré en 1898 pour une tumeur sarcomateuse non mélanique, siégeant au-dessous de la mâchoire. En novembre 1900, une nouvelle intervention devint nécessaire, le néoplasme ayant récidivé; cette fois il s'agissait d'un sarcome mélanique. On constatait déjà quelques noyaux mélanodermiques sur la peau; aujourd'hui, ces noyaux sont plus abondants; nous avons pu en suivre quelques uns depuis leur début : on percevait un nodule d'abord hypodermique, puis dermique. Sur plusieurs points il s'est développé, au niveau de ces petits néoplasmes, un processus inflammatoire accompagné de suppuration qui détruisait une partie de la tumeur. Aucun signe ne permet de soupçonner chez ce sujet une invasion des viscères; il n'y a pas de mélanurie; le sang présente seulement quelques rares leucocytes mélaniques.

M. J Darier. — L'absence de signes cliniques n'implique pas que la néoplasie ait forcément respecté les viscères. Dans toutes les autopsies de sarcomatose mélanique généralisée, on relève l'existence de tumeurs viscérales, alors même qu'aucun symptôme ne les révélait pendant la vie. Souvent, quelques parties des tumeurs sont mélaniques, tandis que le reste ne l'est pas. Enfin il peut se produire sur certains points, dans les organes, de l'infiltration mélanique, sans qu'on rencontre à ce niveau d'élément néoplasique.

M. E. Besnier. — Je rappelle qu'il existe toujours un nævus pigmenté à l'origine de la sarcomatose mélanique. Je crois, d'accord avec tous les chirurgiens, qu'il ne faut jamais tou-

cher à ces nævi pigmentés lorsqu'ils s'accroissent, l'opération semblant provoquer la généralisation. On a remarqué, d'ailleurs, que la sarcomatose a déjà envahi certains viscères, particulièrement le foie, lorsque l'augmentation de volume du nævus pigmenté devient sensible.

M. J. Darier. — Je puis citer un exemple qui constitue une exception à la règle que vient de signaler M. Besnier. Une vieille femme que je connaissais de longue date présentait depuis une vingtaine d'années un nævus mélanique qui s'accrut subitement Je fis pratiquer l'ablation au bistouri de ce nævus, en dépassant très largement les limites de la lésion; on enleva en même temps tous les ganglions accessibles de la région. Il y a cinq ans que l'opération a été faite et il ne s'est pas produit de généralisation.

M. Brocq. — Chez une malade ayant un nævus mélanique de la face en voie d'accroissement, j'ai obtenu la disparition de la petite tumeur au moyen de l'électrolyse. Un an après, il ne s'était rien produit de nouveau. Depuis, je n'ai pas revu cette femme.

Ulcère mutilant du nez et de la face.

M. Du Castel. — Voici un homme, habitant les pays chauds, que je soigne depuis trois mois pour un ulcère datant de six ans et ayant abouti à la destruction complète du nez, de la voûte palatine, de la luette, des piliers et d'une grande partie du voile du palais; l'ulcération s'est étendue d'une façon régulièrement symétrique; sa surface est rouge, ulcérée, suintante.

Les antécédents du malade ne peuvent nous éclairer sur l'origine de la lésion. Ils sont négatifs au point de vue de la lèpre, de la tuberculose et de la syphilis; sa femme a fait, il est vrai, deux fausses couches, mais elle a mis au monde six enfants bien portants.

Il paraît qu'au début il y a eu des rougeurs, des poussées inflammatoires à la face, peut-être même de la dacryocystite. Il faudrait donc songer à la morve, d'autant que le sujet est planteur et vit au milieu des chevaux. Mais l'injection intrapéritonéale, au cobaye mâle, des produits de sécrétion de l'ulcère n'a pas provoqué l'orchite caractéristique, de même que leur ensemencement sur pomme de terre n'a pas donné de colonies de bacille morveux. Rien ne permet ici de songer à la tuberculose. Quant au rhinosclérome, il peut être ulcéreux, mais jamais il ne devient mutilant comme la lésion que vous avez sous les yeux.

L'infiltration et la dureté des tissus à la périphérie de l'ulcère sembleraient favorables à l'hypothèse d'un épithélioma, et cependant les injections de calomel, que j'ai faites au malade depuis trois mois, ont modifié la lésion très favorablement dans ces trois dernières semaines. Nous trouvons nous donc en présence d'une syphilis mutilante ou s'agit-il d'un ulcère d'origine différente, difficile à préciser ?

M. Brocq. — Cette lésion rappelle les destructions qu'entraîne la syphilis mutilante ou la morve; mais on peut écarter ce dernier diagnostic, même en l'absence de tout examen bactériologique, car on n'observe pas ici la mollesse des tissus propre à cette maladie. Au contraire on constate à la périphérie de l'ulcère un bourrelet induré, renversé en dehors, qui ne se rencontre guère que dans l'épithélioma.

M. J. Darier. — La biopsie a permis de faire des examens histologiques de ces lésions. La conclusion en est qu'on peut sûrement rejeter l'hypothèse d'un rhinosclérome. Je ne trouve pas non plus d'éléments épithéliomateux dans les coupes.

M. A. Fournier. — J'ai vu ce malade dès son entrée à l'hôpital et j'étais persuadé qu'il était atteint d'épithélioma. Mon opinion n'a pas changé aujourd'hui, mais l'amélioration si marquée obtenue à la suite des injections de calomel, et surtout les modifications dans l'état de la gorge, me donnent la conviction qu'il est atteint en même temps de syphilis. D'ailleurs, l'évolution ultérieure de la maladie nous éclairera complètement, le calomel ne pouvant en aucune façon enrayer le processus épithéliomateux.

Un cas de pian-bois.

M. Jeanselme. — J'ai récemment observé un cas d'une maladie exotique, très commune dans les régions boisées de la Guyane, où elle porte le nom de *pian-bois*. Le patient a d'abord eu sur les téguments, principalement aux jambes, des tuméfactions circonscrites, se creusant par la suite en ulcères cratériformes. Les membres inférieurs étaient devenus le siège de douleurs très vives. Ces lésions s'accompagnaient d'engorgements ganglionnaires, surtout marqués dans les régions inguinales.

L'état de cet homme s'aggrava progressivement, en dépit des divers traitements appliqués, jusqu'au moment où il revint en France. Alors les ulcérations ne tardèrent pas à guérir. Actuellement, on constate encore de nombreuses cicatrices au niveau des points où siégeaient les lésions, principalement aux jambes. Ces cicatrices sont planes, superficielles, légèrement réticulées; tandis que leur centre est décoloré, leur partie périphérique est fortement pigmentée, et dans cette zone hyperchromique, le derme n'a pas été profondément atteint par le processus ulcéreux, car on y constate des poils assez nombreux. En plusieurs endroits, les ulcérations n'ont laissé après elles que des taches érythémato pigmentaires à peine appréciables. En résumé, ces cicatrices ne diffèrent pas sensiblement de celles de l'ecthyma.

On possède peu de notions précises sur la nature même du *pian-bois;* tout ce qu'on peut affirmer, c'est que cette affection n'est en rapport ni avec la syphilis, ni avec le *pian* proprement dit ou *frambœsia*. J'ajouterai un détail qui peut avoir son importance : le malade prétend que chaque élément éruptif a eu pour point de départ une piqûre de moustique.

M. Danlos présente deux malades atteints de lupus érythémateux et traités par des applications de radium. Ce moyen semble avoir sur la photothérapie certains avantages : il est plus simple, d'une activité plus grande et ne provoque pour ainsi dire pas de douleur.

M. Jeanselme montre un enfant qui offre une curieuse dystrophie familiale; il a de la kératodermie du cuir chevelu avec aplasie moniliforme des cheveux, lesquels présentent des renflements et des amincissements alternatifs. Le père, la grand'mère et une tante paternelles, deux cousins germains du petit malade ont la même affection.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 30 octobre 1901.

Sur la splénomégalie avec cirrhose du foie.

M. Senator. — Dans l'affection qu'il a décrite sous ce nom (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 318-319), et qui est caractérisée, comme on sait, par une hypertrophie considérable de la rate, par de l'anémie, de la cirrhose du foie et de l'ascite, M. G. Banti considère les lésions spléniques comme la cause des phénomènes hépatiques. Cette hypothèse, quoique en contradiction avec les idées généralement admises, me paraît cependant acceptable pour l'altération du foie; mais il n'en est pas de même de l'ascite; en effet, chez deux de mes malades, l'épanchement péritonéal disparut spontanément ou ne se reproduisit plus après la ponction, bien que l'affection n'eût pas rétrocédé et que l'hypertrophie splénique eût fait des progrès plus ou moins considérables.

En ce qui concerne la symptomatologie de la maladie de Banti, je crois devoir attirer l'attention sur la fréquence des hémorrhagies, surtout au niveau du tube gastro-intestinal; ces accidents se sont produits dans 6 cas sur 7 que j'ai observés depuis cinq ans; tantôt ils ouvrent la scène morbide, tantôt ne surviennent que plus tard ou se reproduisent durant l'évolution du mal, tantôt enfin amènent le dénouement fatal, ainsi que j'en ai vu un exemple.

Des recherches hématologiques minutieuses que j'ai faites sur 3 de mes malades, comme des indications que j'ai recueillies dans 17 observations antérieurement publiées, il ressort que l'étude du sang révèle, dans l'affection qui nous occupe, des particularités intéressantes, notamment la diminution du nombre des hématies et des leucocytes, et surtout l'abaissement du taux de l'hémoglobine; toutefois, je dois dire, pour ce qui est des globules blancs, qu'il se produit des oscillations considérables, mais, d'une façon générale, il y a leucopénie.

Quant au traitement, on sait que M. Banti préconise la splénectomie; malgré les dangers de cette opération, je crois qu'on ne saurait en refuser le bénéfice aux patients.

M. Litten. — J'ai observé 4 cas de maladie de Banti, dont 3 chez des hommes. Dans un de ces faits, la rate avait acquis un volume énorme, sans leucémie; il y avait de l'ascite et des hémorrhagies se produisirent du côté des yeux, de la peau, du canal gastro-intestinal et de l'appareil urinaire; le taux de l'hémoglobine était fort abaissé, mais on ne constata aucune altération notable des éléments figurés du sang; à l'autopsie, le foie — qui n'était pas appréciable pendant l'existence — présentait des lésions de cirrhose atrophique et ne dépassait pas les fausses côtes.

En ce qui concerne le traitement, la plupart des chirurgiens refuseraient de faire la splénectomie; pour ma part, j'ai essayé la médication arsenicale, mais sans succès.

M. Lennhoff — L'ictère peut faire partie du tableau de la maladie de Banti; c'est ainsi que j'ai observé un homme de vingt-neuf ans qui, depuis l'âge de dix-huit ans, était ictérique; quand je le vis, je trouvai, outre l'infiltration jaune des téguments, une hypertrophie considérable de la rate; le foie n'était pas palpable; le malade se plaignait d'une sensation de pesanteur dans l'abdomen, lequel était dur et douloureux; peu après survinrent des hémorrhagies abondantes, et le patient succomba. M. Jacobowitz m'a montré un cas analogue.

Des amputations pour phlegmons.

M. von Bergmann. — L'opinion qu'on ne doit pas amputer quand il y a bactérihémie me paraît tout à fait fausse. C'est ainsi que je puis vous citer le cas d'un jeune homme de vingt ans chez qui, après un écrasement de la main, il se développa un phlegmon pour lequel on fit d'abord l'amputation du petit doigt; néanmoins l'inflammation continua à progresser. A ce moment, le sang, recueilli au niveau de la plaie et dans la veine médiane, renfermait un streptocoque mortel pour la souris. Malgré de grandes incisions de la partie postérieure de l'avant bras et l'ouverture de l'articulation du poignet, qui avait été envahie par le pus, la fièvre ne tomba pas et le délire apparut; aussi, bien que le nombre des microorganismes en circulation dans le sang eût augmenté, fit-on l'amputation; le malade guérit très bien, et, les jours qui suivirent cette opération, les streptocoques diminuèrent peu à peu dans le sang et finirent par disparaître.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 9 novembre 1901.

De la théorie des anticorps.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Gruber** a continué l'exposé de la théorie des anticorps (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 360). On sait que l'immunisation est la conséquence des propriétés bactéricides acquises par le sang, propriétés qui sont habituellement temporaires et disparaissent sous l'influence du chauffage; mais le sérum ainsi devenu inactif peut rendre bactéricide le sang des animaux auxquels on l'injecte : il contient donc en germe, pour ainsi dire, les substances immunisantes. Ainsi, lorsqu'on injecte une culture microbienne dans la cavité péritonéale d'animaux, les bactéries sont détruites même si ces animaux ne sont pas immunisés, pourvu qu'on injecte du sérum immunisant en même temps que la culture microbienne. On a voulu attribuer ce résultat à une action dissolvante du sérum, mais il n'en est rien, car les bactéries injectées vont toutes s'agglomérer au niveau de la paroi abdominale à laquelle elles adhèrent.

Büchner a désigné sous le nom d'*alexines*

les substances actives que l'on trouve dans le sérum vivant, mais l'existence de ces substances est très contestée. A côté des alexines, on a admis d'autres substances ayant la propriété d'agglutiner les microbes ou *agglutinines*. Enfin Ehrlich a émis l'hypothèse très discutable que les *lysines* étaient formées par la combinaison de ces deux sortes de substances. D'après les recherches de M. Gruber, les anticorps et les alexines n'ont aucune action les uns sur les autres; en outre, le sérum de chaque espèce animale contient une alexine spéciale. Quant à l'opinion de M. Metchnikoff, d'après laquelle les alexines proviendraient de la destruction des leucocytes, elle n'est pas acceptée par l'orateur, car les alexines n'ont aucun rapport avec les leucocytes.

Elimination de la muqueuse œsophagienne par une plaie trachéale.

M. Fuchsig a communiqué l'observation d'une femme qui dut subir la trachéotomie parce qu'elle avait avalé par mégarde de la potasse caustique liquide; lorsque, au bout de plusieurs jours, on voulut retirer la canule, on trouva dans la plaie trachéale un tube membraneux long de 20 centimètres, qui n'était autre chose que la muqueuse œsophagienne. La malade ayant succombé, on constata à l'autopsie une perte de substance qui faisait communiquer la trachée avec l'œsophage, et qui avait permis l'aspiration par la trachée de la muqueuse œsophagienne.

M. Hofbauer a présenté un ouvrier mineur, qui a été atteint d'ankylostomiase. Le thymol ayant échoué, on eut recours à l'extrait de fougère mâle qui amena la guérison complète, car actuellement on ne constate plus d'œufs d'ankylostome dans les selles.

La fièvre ganglionnaire des enfants.

Dans la séance du 4 novembre du COLLÈGE MÉDICAL DE VIENNE, **M. Hochsinger** a combattu l'opinion de Pfeiffer, qui considère la fièvre ganglionnaire comme une entité morbide. D'après l'orateur, la fièvre ganglionnaire n'est que l'expression de l'action des microbes ou de leurs toxines sur les ganglions cervicaux, en rapport avec les réseaux lymphatiques de la muqueuse lésée. La « fièvre ganglionnaire » est donc une inflammation secondaire, consécutive à une altération des muqueuses. Son étiologie est variable comme sa symptomatologie. Les ganglions situés en avant et en arrière du sterno-cléido-mastoïdien sont le plus souvent en cause, en raison de leurs nombreuses anastomoses avec les autres ganglions du cou et de leurs rapports avec la muqueuse pharyngo-naso-buccale dont les inflammations sont si fréquentes.

M. Hochsinger traite la fièvre ganglionnaire par l'application *loco dolenti* de compresses imbibées d'eau blanche, ou encore par des frictions avec de l'onguent mercuriel ou une pommade ichtyolée. La prophylaxie de cette affection se confond avec celle des angines.

Dr SCHNIRER.

ONZIÈME CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Pise du 27 au 31 octobre 1901.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Sur certains points touchant la pathologie du foie.

M. Fenoglio (de Cagliari), *rapporteur*. — Les problèmes que soulève à l'heure actuelle l'étude des maladies du foie sont de deux ordres, les uns cliniques, les autres anatomo-pathologiques; c'est des premiers seulement que je m'occuperai, laissant à M. Cesaris-Demel le soin de traiter la seconde partie de la question.

En ce qui concerne la cirrhose d'origine palustre, j'estime que cette affection est causée par les toxines se produisant dans la rate, sous l'influence de l'hématozoaire, ainsi que dans le tube intestinal. Du reste, MM. Chauffard et Castaigne ont démontré expérimentalement les liens étroits qui existent entre la rate et le foie (introduction dans la rate de particules solides qui gagnent facilement le parenchyme hépatique, inoculation intrasplénique de bacilles tuberculeux chez les cobayes). Dans les cas où la cirrhose a ainsi une origine splénique, je crois que la splénectomie peut être un moyen d'arrêt et même de guérison, si l'affection est au début.

J'admets l'existence de formes latentes, ne se traduisant par aucun symptôme et que parfois on constate seulement à l'autopsie.

Parmi les cirrhoses palustres, il est une variété où il se produit une néoformation de canalicules biliaires; cette cirrhose évolue comme celle de Laënnec, mais l'ictère est plus intense et le foie, sans être hypertrophié, ne présente pas la diminution de volume qu'on rencontre dans les dernières périodes de la cirrhose atrophique.

Je possède une observation d'atrophie jaune aiguë terminée par la guérison; sans insister sur la symptomatologie, je dirai qu'on a pu constater cliniquement, dans ce cas, la régénération du tissu hépatique.

A propos de l'action protectrice du foie, M. Sabbatini a vu que, de tous les organes, c'est le foie qui a la pression osmotique la plus élevée, et que cette pression, très haute après un repas abondant, minime à l'état de jeûne et de fatigue, descend très bas dans l'empoisonnement par le phosphore, en même temps que la pression osmotique du sang passe au-dessus de la normale; il en résulte, à mon avis, qu'on peut admettre que le foie protège l'organisme contre les variations excessives de la pression osmotique du sang.

Concernant la pathogénie de l'ictère par rétention, je vous rappellerai un travail de MM. Queirolo et Benvenuti, lesquels ont pu constater expérimentalement que l'absorption de la bile, dans l'ictère par occlusion du cholédoque, n'a pas lieu exclusivement, ni même pour sa plus grande part, dans les voies biliaires, mais bien dans les veines intra-hépatiques; les lymphatiques joueraient un rôle tout à fait secondaire. Ce fait a été confirmé par MM. Dubois, Wertheimer et Lepage.

Les toxines palustres ne produisent pas seulement une réaction fébrile, mais aussi, assez souvent, un processus qui de la rate, par la voie de la veine splénique, se transmet au foie; c'est seulement par la plus ou moins grande virulence de ces toxines, par les modalités évolutives de l'affection et les prédispositions individuelles, que l'on s'explique que tous les malariques avec tuméfaction de la rate ne présentent pas une cirrhose hépatique.

M. Cesaris-Demel (de Cagliari), *co-rapporteur*. — Le foie possède une propriété régénératrice qui, très considérable dans les états pathologiques de cet organe, doit exister certainement aussi dans les conditions physiologiques, afin de combler les pertes continuelles auxquelles le foie est soumis du fait de la complexité de ses fonctions. La régénération hépatique est donc toujours secondaire à un processus de dégénération des cellules hépatiques, laquelle est causée par les substances toxiques qui sont constamment amenées au foie par les vaisseaux (circulations porte et générale). Cette opinion repose sur des faits cliniques et expérimentaux. On peut en conclure que la néoformation de tissu hépatique est un phénomène de compensation; elle consiste en une véritable néoproduction de cellules hépatiques ou en une prolifération des canaux biliaires préexistants, et ces deux processus ont pour nous la même signification, puisque nous savons que les cellules hépatiques et les épithéliums des voies biliaires sont équivalents au point de vue embryologique.

Cette régénération s'observe aussi à la suite de lésions cellulaires dépendant de troubles locaux des circulations sanguine ou biliaire, comme le prouvent les expériences de MM. Foà, Salvioli, Steinhaus, sur la ligature du cholédoque.

Mais ces mêmes substances toxiques qui lèsent directement la cellule hépatique altèrent aussi le stroma conjonctif, et celui-ci peut à son tour être le siège de processus irritatifs simples ou de phénomènes dégénératifs avec régénération successive. Malgré l'abondance de la néoformation conjonctive, nous ne devons jamais la considérer comme primitive; elle peut tout au plus coïncider avec le processus de régénération cellulaire. En outre, dans la production de la sclérose, un autre facteur joue un rôle très important : des recherches toutes récentes ont démontré l'existence de substances particulières, les *nucléoprotéides*, qu'on peut retirer des tissus (surtout des cellules épithéliales et glandulaires adultes) ou des microorganismes, et qui, d'après les travaux de Lustig, Galeotti, Federici, exercent une action toxique très énergique sur les éléments épithéliaux, lesquels perdent leur fonction spécifique et subissent un processus dégénératif accompagné d'une infiltration leucocytaire intense dans le tissu conjonctif voisin, en raison de l'effet chimiotactique positif que les nucléoprotéides possèdent à l'égard des leucocytes.

De ces faits expérimentaux, nous pouvons déduire que, dans nombre de cas, la dégénération cellulaire hépatique primitive peut être rapportée à l'action des nucléoprotéides circulants qui arrivent au foie et proviennent soit d'organes — même éloignés — en voie de dégénération cellulaire, soit de bactéries détruites.

Les nucléoprotéides altèrent aussi les parois des vaisseaux portes et par diapédèse donnent lieu à une infiltration cellulaire périvasculaire. A leur tour, les cellules hépatiques mortifiées lancent dans la circulation générale de nouveaux nucléoprotéides qui agissent en partie sur le stroma conjonctif intracellulaire, en déterminant une infiltration et de la sclérose, en partie, par l'intermédiaire des veines sus-hépatiques, sur les parois vasculaires où elles produisent de nouvelles lésions favorisant l'infiltration périvasculaire.

Cette interprétation nous rend compte des différentes phases de la cirrhose atrophique vulgaire. Dans la cirrhose hypertrophique biliaire, bien que le processus histologique semble différent, la cause première serait la même; les phases ultérieures ressortiraient à des phénomènes identiques; seuls varieraient la porte d'entrée et, par suite, le point où se développeraient les lésions. Dans la stase biliaire, les nucléoprotéides, dont nous connaissons l'existence normale dans la bile, altèrent profondément les épithéliums canaliculaires; ceux-ci, à leur tour, donnent naissance à des produits de mortification qui irritent et sclérosent le tissu conjonctif voisin; il se fait ainsi une périangiocholite au lieu d'une périphlébite.

Cette interprétation nous fournit non seulement la clef des liens histogéniques étroits existant entre la cirrhose atrophique ou biveineuse et la cirrhose hypertrophique ou biliaire, mais nous permet aussi de comprendre les cirrhoses mixtes qui, si elles peuvent avoir une symptomatologie particulière, ne sont pas différentes des précédentes au point de vue anatomopathologique, ou, du moins, n'offrent avec elles que des différences dans le degré de l'infiltration cellulaire périvasculaire ou péribiliaire avec sclérose successive. Ainsi est expliqué le fait qu'on observe des destructions très étendues du parenchyme hépatique par un processus d'atrophie simple sans phénomènes interstitiels. Ceux-ci apparaissent seulement dans les cas où la destruction des éléments est l'effet d'un produit toxique, avec dégénération successive; la diminution de la circulation sanguine ne suffit pas à en rendre compte.

Pour les mêmes raisons, et pour d'autres encore, de nature clinique et anatomique, que M. Pierry vient de mettre en lumière, nous devons retenir que le foie cardiaque n'est pas exclusivement causé par le fait mécanique de la stase, mais aussi par des causes toxiques (infections coïncidant avec l'affection cardiaque, ou l'ayant précédée).

La régénération hépatique est toujours liée à l'état des vaisseaux. C'est ainsi qu'elle se produit dans le foie paludéen seulement quand les endothéliums vasculaires se sont dépouillés du pigment; elle est très active dans la cirrhose atrophique parce que l'artère hépatique est normale; elle atteint son maximum dans la cirrhose biliaire, au point de créer une véritable hypertrophie de l'organe, en raison de la perméabilité des vaisseaux artériels et veineux; enfin, elle est rare après la ligature de l'artère hépatique (Janson) ou de la veine porte (Foà).

Cette régénération a lieu non seulement dans les lésions diffuses, mais aussi dans les lésions

localisées; elle prend alors le nom d'hypertrophie nodulaire multiple. Ces hypertrophies nodulaires doivent être considérées comme de véritables adénomes, et dans la classification des productions adénomateuses nous devons, avec Simpson, admettre l'existence : 1° d'adénomes congénitaux, qui sont habituellement solitaires et se rencontrent dans les foies normaux; 2° d'adénomes acquis, multiples et nécessairement associés à une cirrhose.

Dans cette seconde variété, la formation adénomateuse représente la régénération hépatique consécutive à une mortification cellulaire étendue; l'antériorité des productions adénomateuses régénératrices sur la sclérose, ou la concomitance des deux phénomènes, peut varier d'un cas à un autre. Dans les adénomes congénitaux, la cirrhose manque parce que la dégénération cellulaire et la sclérose successive font également défaut : exceptionnellement ces adénomes s'accompagnent d'une cirrhose, soit qu'ils subissent la transformation cancéreuse — et alors la mortification étendue des éléments néoplasiques agit sur le tissu conjonctif de la façon indiquée —, soit que le foie, pour une cause morbide quelconque, vienne à être frappé par le processus cirrhotique.

M. Maragliano (de Gênes). — Les points principaux qui doivent attirer notre attention sont l'étiologie, l'histogénie et la curabilité des lésions hépatiques. Pour l'étiologie, on tend à admettre d'autres facteurs que l'alcool et la malaria; il y a, comme l'a dit M. Fenoglio, un rapport étroit entre les lésions de la rate et le foie, et je partage l'avis du rapporteur sur l'utilité de la splénectomie dans quelques cas de cirrhose hépatique au début; je possède même plusieurs observations favorables à cette manière de voir.

Aujourd'hui, on ne peut plus admettre la systématisation de l'école française dans la classification des cirrhoses, parce que les lésions sont toujours multiples, et que la symptomatologie varie avec la proportion selon laquelle chaque élément est intéressé. Il y a des cirrhoses latentes qui peuvent rester telles pendant toute la vie : en effet, M. Queirolo a démontré qu'on peut, par l'abouchement de la veine porte dans la veine cave, mettre le foie hors de fonction sans déterminer de troubles chez l'animal ainsi traité, qui peut survivre plusieurs années. On observe, par contre, des individus chez lesquels le développement de la cirrhose a lieu presque brusquement, surtout quand une partie du foie est restée indemne. Cela tient particulièrement aux conditions cardiaques, le cœur se trouvant à la longue affaibli par l'état toxique du sang ou par les lésions concomitantes du rein; aussi, chez ces malades, en agissant sur le cœur (repos, digitale, cardiotoniques, etc., etc.) et sur le rein, peut-on rendre l'affection silencieuse pour un temps plus ou moins long.

M. Giuffrè (de Palerme). — Il me paraît impossible de négliger les cirrhoses d'origine capsulaire, décrites par Galvagni; en outre, je crois que dans la cirrhose palustre, le facteur « paludisme » n'est pas tout.

M. De Renzi (de Naples). — J'admets aussi l'origine capsulaire de certaines cirrhoses. J'ai, comme M. Fenoglio, observé un cas de guérison d'atrophie jaune aiguë. Depuis longtemps, je soutiens la possibilité de guérir, sinon anatomiquement, du moins cliniquement, la cirrhose biliaire, en activant la sécrétion rénale avec le lait, et surtout en usant d'une alimentation essentiellement végétale (légumes, raisin, etc.). L'opération de Talma a donné dans ma clinique des résultats brillants.

M. G. Ascoli (de Gênes). — Je crois, à la suite d'expériences instituées à ce sujet, que la cirrhose de Hanot doit être considérée comme d'origine hématique ou splénique, et qu'elle diffère en cela de la forme de Laënnec, pour laquelle ces facteurs étiologiques ne paraissent pas aussi importants.

M. Fedeli. — Je ne puis accepter la théorie univoque de M. Fenoglio, qui attribue tout à l'insuffisance splénique dans la production de la cirrhose palustre. Il y a, en effet, des paludéens chez lesquels on observe pendant l'attaque aiguë une lésion hépatique et splénique; puis, la lésion hépatique passe insensiblement de la période aiguë à la période chronique : chez ces malades, la lésion du foie est en rapport évident avec l'infection.

M. Fenoglio. — Je ne prétends pas que, dans la cirrhose palustre, tout doive être attribué à l'influence splénique; j'admets le concours d'autres moments pathogéniques, mais je crois que le rôle de la rate est tout à fait prépondérant.

Sur l'étiologie de la pneumonie palustre.

M. Cavazzani (de Grosseto). — Chez plusieurs malariques morts de pneumonie lobaire fibrineuse à différents stades (hépatisation rouge ou grise), M. Brunazzi et moi avons pu constater, par l'examen direct et les inoculations aux animaux de crachats, ainsi que de gros fragments de poumon ou de rate, l'absence du diplocoque de Fränkel. De ce fait, nous concluons que la pneumonie chez les paludéens peut se produire sans le concours de cet agent infectieux.

M. Pane (de Naples). — Dans certains cas, la mise en évidence du pneumocoque est très difficile; aussi ai-je adopté la technique suivante, qui me donne d'excellents résultats : je colore pendant une heure avec une solution chaude de violet de gentiane dans l'eau d'aniline fraîchement préparée, puis je décolore très rapidement avec de l'alcool.

M. Cavazzani. — Nous avons toujours recherché le pneumocoque, dans les crachats et les sucs pulmonaire et splénique frais, en colorant au violet de gentiane d'après la formule d'Ehrlich et décolorant ensuite par la méthode de Gram.

Diplococcémie et sérodiagnostic de la pneumonie.

M. Landi (de Pise). — J'ai fait, avec M. Cionini, des recherches sur la diplococcémie et l'agglutination du diplocoque, chez 27 malades, dont 19 présentaient une localisation pulmonaire et 8 une autre localisation du diplocoque. Nous avons noté la grande fréquence de ce microbe dans le sang (26 fois sur 27); quant à l'agglutination, elle fut le plus souvent positive (dans 20 cas), et nous l'avons constatée, parfois mais non toujours (7 fois sur 12), avec le pneumocoque isolé du sang de l'individu même qui avait fourni le sérum.

M. Pane. — Au moment de la crise, j'ai obtenu l'agglutination en employant parties égales de sérum et de culture.

Toxicité des crachats tuberculeux et purulents.

M. Santini (de Sienne). — J'ai étudié la toxicité de crachats tuberculeux et purulents, stérilisés par le chloroforme (à la dose de 20 %), que je laissais agir pendant un mois, puis que je supprimais par évaporation dans le vide.

Mes expériences ont porté sur des lapins et des cobayes. Chez le lapin, les phénomènes d'intoxication, à la suite d'injections sous-cutanées de crachats, furent très marqués, surtout quand ces crachats contenaient seulement les microcoques pyogènes; l'action chimiotactique était prononcée et durable. Chez le cobaye, j'ai observé souvent une nécrose locale de la peau, l'interruption de la grossesse et l'état cachectique des nouveau-nés dont la survie était très courte.

J'attribue, pour une bonne part, les faits observés à l'action des pyogènes, ce qui constitue une nouvelle preuve de l'importance des associations microbiennes dans la tuberculose.

L'examen radioscopique des adénopathies trachéobronchiques.

M. Sciallero (de Gênes). — La radioscopie peut rendre de grands services pour le diagnostic des adénopathies trachéobronchiques.

Pour ma part, au lieu de faire l'examen radioscopique d'avant en arrière, comme c'est la règle, je le pratique en diagonale : je regarde par le côté postérieur gauche, par exemple, si les rayons X proviennent du côté antérieur droit. On remarque alors, chez le sujet normal, une bande de poumon claire, limitée à droite par le rachis et à gauche par le sternum; on perçoit le paquet vasculaire; s'il y a des vaisseaux dilatés, ils donnent une opacité complète sur les bords, tandis qu'au milieu la bande se maintient très claire, à moins qu'il n'existe des anévrysmes dont le diagnostic ne présente alors aucune difficulté.

C'est précisément sur cette bande claire que les adénopathies en question viennent projeter leur ombre. J'ai pu observer ainsi l'apparition de ces hypertrophies ganglionnaires chez deux malades syphilitiques, et leur disparition après le traitement spécifique.

Exhalation pulmonaire de substances toxiques volatiles d'origine intestinale.

M. Sanarelli (de Bologne) communique les résultats d'expériences qu'il a faites avec M. Biffi, et qui démontrent que, pour l'étude de la viciation de l'air dans les milieux habités, il faut tenir compte, outre la teneur en acide carbonique, de la présence de principes organiques volatils, absorbés au niveau de la muqueuse intestinale, et parmi lesquels se trouve de l'ammoniaque.

Comment se disposent les épanchements aigus péricardiques.

M. F. Aporti (de Parme). — Avec la collaboration de M. Figaroli, j'ai étudié la position des épanchements péricardiques; pour cela, nous injections de 50 à 700 c.c. d'une solution de bleu de méthylène dans le péricarde de cadavres placés dans diverses positions. Un épanchement est diagnosticable quand il dépasse 120 à 150 c.c.; la quantité maxima de liquide que puisse contenir le péricarde est de 650 à 700 c.c.

Dans le décubitus horizontal, la région cardiaque est agrandie dans sa totalité; dans la situation verticale, ce sont surtout la pointe et l'angle hépato-cardiaque qui augmentent d'étendue. Dans le décubitus latéral droit, les épanchements se réunissent dans l'angle hépato-cardiaque; en s'accroissant, ils atteignent le paquet vasculaire, mais la face antérieure du cœur n'est jamais complètement recouverte; dans la position assise avec forte inclinaison du corps en avant, l'épanchement se comporte à peu près comme dans la situation verticale; la seule différence est que le liquide remonte un peu plus haut, de façon qu'il recouvre toute la face antérieure du cœur et du faisceau vasculaire à son origine.

Le cœur dans le rhumatisme chronique déformant.

M. Roncagliolo (de Gênes). — Mes observations ont porté sur une trentaine de cas de rhumatisme déformant (concernant des sujets âgés de cinquante-cinq à soixante-quatorze ans) sans aucun lien avec le rhumatisme aigu ou une lésion nerveuse manifeste. Deux de ces malades seulement présentaient des lésions de l'endocarde, localisées dans les deux cas à l'orifice aortique; jamais je n'ai pu constater une lésion de la mitrale. Il me semble possible d'en conclure que le mécanisme des complications cardiaques du rhumatisme chronique doit être différent de celui des manifestations analogues du rhumatisme aigu.

De la myasthénie.

M. Massalongo (de Vérone). — L'amyosthénie ou syndrome myasthénique d'Erb Goldflam-Oppenheim, cliniquement caractérisée par l'affaiblissement musculaire, est une affection du système nerveux central, plus exactement du mésocéphale et de la moelle épinière. Ce trouble, en effet, ne tire pas son origine des muscles ni des nerfs, mais des centres moteurs du bulbe et de la moelle épinière. Ce sont les neurones moteurs de ce segment de l'axe cérébro-spinal qui s'affaiblissent dans leur fonction à la suite de la fatigue musculaire; aussi devrait-il être appelé avec plus de précision *neurasthénie motrice*.

Le syndrome en question rappelle la poliomyélite ou polioencéphalomyélite commune, et la majorité des auteurs le considèrent comme une variété de cette affection; mais cliniquement et nosographiquement il s'en différencie nettement; il s'en sépare aussi au point de vue anatomique, car les examens histologiques sont jusqu'ici restés négatifs. La myasthénie pseudo-paralytique, ou mieux hypokinésie fonctionnelle intermittente, est donc une affection autonome et indépendante de la poliomyélite et de la polioencéphalomyélite; et l'observation de cas où se trouvent réunis les symptômes des deux

formes morbides ne suffit pas à modifier mon opinion sur ce sujet. La maladie d'Erb-Goldflam-Oppenheim n'ayant pas de substratum anatomique doit être classée parmi les névroses et être appelée *névrose myasthénique bulbo-spinale*. Ce n'est qu'un simple trouble fonctionnel apparaissant chez des sujets morphologiquement prédisposés par le surmenage matériel ou cérébral, par une anomalie des échanges organiques, ou par une intoxication, et dont la source doit être recherchée dans la morphologie spéciale des neurones moteurs, dans leur petitesse et leur développement incomplet, dans leur faible nombre, dans la forme et la direction des prolongements et des contacts.

Le mécanisme du tremblement.

M. Boeri (de Naples). — Les oscillations du tremblement, sauf dans les formes exceptionnellement désordonnées, obéissent à la loi de Galilée, c'est-à-dire que leur durée est indépendante de leur amplitude, comme c'est le cas pour le pendule.

En outre, ces oscillations ne dépassent jamais 10 à 12 par seconde; leur fréquence correspond donc à celle des actes fonctionnels de l'écorce (mouvements volitifs, phénomènes sensitifs, idéatifs, etc.), tandis que rien de semblable ne s'observe pour les muscles, les nerfs, la moelle. La phase réfractaire ou d'inexcitabilité de l'écorce durant un dixième de seconde, d'après Broca et Richet, on s'explique parfaitement que le tremblement comporte 10 à 12 oscillations par seconde; c'est encore une preuve de l'origine centrale de ce phénomène.

Traitement du diabète par le régime lacté.

M. Casaretti (de Pise). — J'ai traité deux cas de diabète sucré par le régime lacté, avec des résultats excellents. La quantité de glucose qu'éliminaient mes malades avec une nourriture ordinaire était considérable. Après dix à dix-huit jours de diète lactée absolue 2 litres et demi à 3 litres de lait par jour), le sucre disparut complètement des urines, et malgré une alimentation légèrement hydrocarbonée on n'observa pas de rechute. Depuis deux mois, les patients ont repris un régime normal sans que le glucose ait reparu dans l'urine; leur poids a augmenté respectivement de 3 et 4 kilogrammes.

Un sérum leucolytique spécial.

M. Lucatello (de Padoue). — Nous avons cherché, M. Molon et moi, à produire un sérum leucotoxique pour l'homme en employant le matériel d'injection fourni par trois cas de leucémie à forme surtout myélocytaire, avec participation de la rate.

Les leucocytes, séparés des globules rouges par la sédimentation du sang rendu incoagulable par l'oxalate neutre de potasse, ont été employés en injections intraveineuses chez la brebis et intrapéritonéales chez le lapin. Une fois en possession du sérum cytolytique, nous en avons étudié l'action *in vitro* en faisant des mélanges de ce sérum avec le sérum nouveau d'un sujet leucémique, et en mettant ce mélange en présence de leucocytes provenant d'exsudats humains, et de globules rouges de l'animal qui avait fourni le sérum.

Les altérations provoquées par notre sérum *in vitro* peuvent aller jusqu'à la destruction des leucocytes; elles sont différentes selon la variété des globules blancs : c'est ainsi que les lymphocytes et les polynucléés subissent l'effet toxique le plus énergique, tandis que les *Mastzellen* restent presque inaltérées; jamais nous n'avons constaté une véritable agglutination leucocytaire. Les noyaux des globules polynucléés perdent rapidement la propriété de se colorer, de sorte que la cellule offre une coloration homogène, et parfois une aréole incolore. Les dernières périodes de la destruction leucocytaire consistent en la déformation et la disparition des granulations protoplasmiques et nucléaires.

Eosinophilie des malades atteints de kystes hydatiques.

M. Memmi (de Sienne). — Chez 12 sujets atteints de kystes hydatiques du foie, j'ai observé une éosinophilie variant de 7 à 20 %. Ce fait a une grande valeur au point de vue du diagnostic différentiel, car une éosinophilie aussi considérable ne se rencontre pas dans les affections qui peuvent être confondues avec les kystes hydatiques; c'est ainsi que les éosinophiles faisaient défaut chez deux individus porteurs de tumeurs simulant des kystes.

Cette éosinophilie doit être mise en rapport avec les produits des échanges organiques du parasite; en effet, j'ai pu la reproduire expérimentalement en injectant du liquide hydatique à des animaux.

M. Pacinotti (de Camerino) relate un cas de coloration rouge du cérumen, due au développement, dans le conduit auditif externe, d'un champignon qui fut identifié avec l'*Oospora crustacea* ou *Monilia miniata*.

Dr G. Zanoni (de Gênes).

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique par des injections d'eau salée.

Frappé du peu de succès que donnent les moyens usuels de traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique (purgatifs, quinine, eau chloroformée, etc.) et s'inspirant de la théorie pathogénique émise par M. le docteur Le Dantec, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, d'après laquelle la dissolution de l'hémoglobine serait due à la déminéralisation du plasma sanguin, M. le docteur Paucot (médecin de la marine française) a essayé de traiter l'affection dont il s'agit par des injections sous-cutanées de solutions de chlorure de sodium.

Notre confrère se servit d'abord de la solution de sel de cuisine à 10 ‰, qui présente, sur la solution dite physiologique, l'avantage d'être isotonique au sérum sanguin et d'altérer moins les hématies. Mais ces injections s'étant montrées, dans un cas, insuffisantes pour empêcher l'issue fatale, M. Paucot eut recours depuis lors à des solutions salées concentrées (20 à 30 ‰), afin d'obtenir une minéralisation plus rapide du plasma sanguin. Il a pu ainsi se rendre compte que l'hémoglobinurie disparaît d'autant plus vite que le titre de la solution employée est plus élevé. Toutefois, les douleurs déterminées par les injections augmentant avec le degré de concentration de l'eau salée, il serait impossible — à en juger d'après les expériences pratiquées sur lui même par notre confrère — de faire supporter des solutions dont le titre dépassât 60 ‰. D'autre part, l'induration consécutive aux injections persiste plus longtemps dans les cas où l'on se sert d'une solution forte. Il va sans dire que, en raison du titre élevé des solutions et afin d'éviter des effets nocifs sur les globules sanguins, les injections hypodermiques doivent être préférées à la voie intraveineuse.

Sur les 7 patients que M. Paucot a eu l'occasion de soumettre au procédé thérapeutique en question, 6 ont guéri et un seul, traité par des injections de solutions faibles (10 ‰), a succombé. Il suffirait d'introduire dans le tissu cellulaire sous-cutané une quantité de liquide correspondant à 30 ou 40 grammes de chlorure de sodium pour voir l'hémoglobinurie et la fièvre disparaître en l'espace de quarante huit heures, et cela sans faire usage de quinine ni de toute autre médication.

Quelque restreint que soit, pour le moment, le nombre des observations recueillies par M. Paucot, les résultats obtenus par ce mode de traitement paraissent assez encourageants pour mériter d'être signalés.

Préparations dermatothérapiques homogènes à base de sérum sanguin.

Partant de ce fait que, pour favoriser le processus de réparation de n'importe quelle lésion, il importe surtout d'assurer la conservation et la nutrition des cellules au moyen de médicaments cicatrisants et protecteurs ayant une composition autant que possible homogène, M. le professeur C. L. Schleich (de Berlin) a eu l'idée d'utiliser à cet effet le sérum sanguin, qui lui parut particulièrement indiqué en raison de ses propriétés chimiques plus ou moins analogues à celles des tissus. En mélangeant 1 litre de sérum de sang de bœuf avec 500 grammes d'oxyde de zinc, notre confrère obtient une masse homogène qu'il étend sur des plaques de verre pour la laisser sécher. Le mélange est ensuite stérilisé et employé soit en poudre, soit pour la préparation d'une pâte cicatrisante.

D'après l'expérience de M. le docteur Scharff (de Stettin), la pâte au sérum sanguin, qui se présente sous la forme d'une masse épaisse mais facile à étendre sur la peau, conviendrait très bien pour les usages dermatothérapiques et, en particulier, dans les diverses variétés d'eczéma aigu, dans les lésions exsudatives de la peau par irritation chimique ou thermique, l'intertrigo, etc. La pâte en question rendrait également de bons services contre la balanite simple et les accidents inflammatoires qui se manifestent au niveau des bords des ulcères de jambe. Appliqué en couches plus ou moins fines sur les parties malades, le mélange dont il s'agit ne tarde pas à sécher et forme comme une sorte de membrane protectrice qui met la peau complètement à l'abri des causes d'irritation, tout en exerçant sur les lésions une action siccative et rafraîchissante très favorable à la cicatrisation.

M. Scharff s'est également servi, avec succès, de la pâte au sérum sanguin dans le traitement des brûlures du premier et du deuxième degré; en pareille occurrence, il convient, après avoir ponctionné et vidé les vésicules, d'appliquer la préparation médicamenteuse *en couches assez épaisses* pour ramener l'épiderme au contact du chorion.

Enfin, dans certains cas d'eczéma suintant aigu, notre confrère a obtenu d'excellents résultats par l'emploi combiné de la pâte et de la poudre au sérum sanguin, en appliquant d'abord la pâte et en saupoudrant immédiatement après, afin d'activer l'action siccative de la première préparation.

Emploi de la quinine à titre d'antiseptique et d'hémostatique.

D'après l'expérience d'un confrère allemand, M. le docteur H. Marx, médecin de l'hôpital de district de Lübbecke, la quinine posséderait des propriétés antiseptiques et hémostatiques susceptibles d'être très avantageusement utilisées en chirurgie. Si l'on additionne une goutte de sang d'une goutte d'une solution contenant 1 gramme de chlorhydrate de quinine pour 3 grammes d'alcool rectifié et 100 grammes d'eau distillée, on peut constater directement, au microscope, que, sous l'influence du sel de quinine, les globules rouges s'agglutinent. Le même phénomène se produit lorsqu'on remplace le sang par une culture microbienne.

Comme mode d'emploi, notre confrère recommande de se servir de compresses de gaze imbibées d'une solution de chlorhydrate de quinine à 1 ou 2 %, qu'on introduit dans la plaie ou qu'on applique sur la surface saignante, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une hémorrhagie provenant d'un organe parenchymateux. En procédant de la sorte, M. Marx n'aurait jamais observé d'altérations des tissus, ni de phénomènes réactionnels quelconques pouvant être attribués à l'emploi de la quinine.

L'insufflation associée à la succussion comme moyen de traitement de l'invagination intestinale.

Un médecin anglais, M. le docteur E. Blacker (de Farnborough), a traité avec succès deux cas d'invagination intestinale par l'insufflation d'air à travers le rectum, suivie de succussion du tronc. Après avoir introduit dans le rectum une sonde en gomme reliée au tube en caoutchouc d'un appareil à pulvérisation, notre confrère procéda à l'insufflation d'air, en ayant soin d'enfoncer de plus en plus profondément le cathéter au fur et à mesure que l'intestin se distendait. Lorsque cette distension parut telle que toute nouvelle tentative d'insufflation eût été imprudente, on renversa lentement le patient, tout en pratiquant une légère succussion. Ces manœuvres furent immédiatement suivies d'une débâcle intestinale, et tous les phénomènes morbides ne tardèrent pas à disparaître d'une façon définitive, sans qu'il fût nécessaire de recourir à aucun autre moyen de traitement.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu. — M. le professeur DIEULAFOY.

Comment savoir si une pleurésie sérofibrineuse franchement aiguë est ou n'est pas tuberculeuse (1) ?

Il vous arrivera fréquemment, dans le cours de votre carrière médicale, d'être appelés à juger une question du plus haut intérêt. Vous serez consultés par des malades qui ont été pris en pleine santé de pleurésie aiguë sérofibrineuse. Leur pleurésie a toutes les apparences d'une pleurésie de bon aloi, elle a les allures de la pleurésie dite franche ou primitive; les conditions dans lesquelles elle s'est développée semblent en faire une pleurésie *a frigore*, et cependant, instruits par l'expérience, vous doutez de la bénignité du mal et vous vous demandez, non sans quelque anxiété, si cette pleurésie d'apparence primitive n'est pas en réalité une pleurésie tuberculeuse, ce qui modifie singulièrement le pronostic.

Comment résoudre ce problème parfois si difficile ? Avons-nous en mains des moyens qui nous permettent de formuler d'une façon précise le diagnostic pathogénique des pleurésies? Etant donnée une pleurésie franchement aiguë, *a frigore*, sommes-nous en mesure d'affirmer que cette pleurésie est ou n'est pas tuberculeuse ? Telle est la discussion que nous allons entreprendre aujourd'hui à propos de sept malades que nous avons eus cette année dans nos salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne; et, afin que cette discussion ne s'égare pas, je commence par limiter nettement le sujet.

A l'époque où j'ai commencé mes études médicales, on classait les pleurésies aiguës en pleurésie primitive et pleurésies secondaires. La pleurésie primitive résultait, croyait-on, d'un refroidissement, d'où le nom de pleurésie *a frigore;* on l'appelait encore idiopathique, voulant indiquer par là qu'elle ne dérivait d'aucun autre processus pathologique; on la nommait aussi pleurésie franche, ce qui excluait l'idée de toute tare originelle. C'est cette pleurésie primitive, idiopathique, *a frigore*, qui avait servi de type à la description générale de la pleurésie sérofibrineuse aiguë; en un mot, elle était « la pleurésie » sans autre dénomination.

A cette pleurésie primitive on opposait les pleurésies secondaires, celles qui surviennent dans le cours d'une autre affection, pneumonie, rhumatisme, mal de Bright, etc., ou qui sont consécutives à des lésions de voisinage, lésions d'organes thoraciques et abdominaux. Dans le groupe disparate de ces pleurésies secondaires, la pleurésie tuberculeuse occupait une situation prépondérante, mais on n'était pas encore familiarisé avec la pleuro-tuberculose primitive, et la pleurésie tuberculeuse était surtout considérée comme une complication de la tuberculose pulmonaire.

Peu à peu, la question des pleurésies tuberculeuses a été élucidée et on a vu que toutes les pleurésies tuberculeuses ne se ressemblent pas, il s'en faut. A une première catégorie appartiennent les pleurésies survenant chez des individus atteints de tuberculose pulmonaire avérée, plus ou moins avancée : lésions du poumon et bacilles dans les crachats, rien n'y manque. Une pleurésie qui apparaît dans ces conditions est presque certainement tuberculeuse, et, du reste, ceci n'a qu'une importance secondaire pour la discussion que nous allons entreprendre, puisque, chez pareil malade, le but de nos investigations est connu d'avance : ce pleurétique est un tuberculeux.

Rangeons dans une seconde catégorie les pleurésies qu'on *suppose* être tuberculeuses; on n'a pas de certitude, mais on a des présomptions; le poumon paraît indemne, c'est vrai; néanmoins, les gens chez lesquels se développent ces pleurésies sont suspects de tuberculose; les uns sont de souche tuberculeuse (et pour ma part je suis profondément convaincu du rôle de l'hérédité, à l'encontre de ce qui vient d'être dit au Congrès de Londres); les autres ont eu antérieurement une bronchite tenace dont ils sont guéris, une hémoptysie qui ne s'est plus reproduite, une fistule à l'anus qui a été opérée avec succès, un soi-disant rhumatisme qui n'était qu'un pseudo-rhumatisme tuberculeux dont on a méconnu la nature; certains avaient eu dans leur enfance une adénite cervicale suppurée dont on trouve les traces, une coxalgie qui a laissé une légère claudication, une hypertrophie adénoïdienne avec tuberculose larvée des amygdales. Bref, les pleurésies de cette catégorie ont été précédées, à une époque plus ou moins éloignée, de localisations tuberculeuses dont elles sont une émanation. Elles n'ont pas toujours les allures de la pleurésie franchement aiguë; elles font suite à une phase prodromique de durée indéterminée, caractérisée par l'alanguissement, par l'amaigrissement du sujet; cliniquement, je le répète, elles sont suspectes de tuberculose.

Tout autres sont les pleurésies tuberculeuses qui vont maintenant nous occuper; ici, rien ne sent la tuberculose, ni dans le passé ni dans le présent; le sujet a été pris de sa pleurésie en pleine santé, sans cause appréciable, ou bien à l'occasion d'un refroidissement, comme on est pris d'amygdalite ou de coryza. Le début et la marche de la pleurésie, l'évolution de l'épanchement, les résultats de la thoracentèse (si elle a été pratiquée), la convalescence elle-même, tout rappelle «les phlegmasies franches»; c'est le tableau de la pleurésie dite primitive, *a frigore*. Et cependant les apparences sont souvent trompeuses, car c'est ce même individu, guéri de sa pleurésie, que vous retrouverez quelques années plus tard atteint de tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée, la pleurésie dont il a guéri ayant été la manifestation initiale de l'infection tuberculeuse qui a suivi son cours (pleurésie phtisiogène de M. Jaccoud). C'est tel autre individu qui était complètement guéri de sa pleurésie et qui succombe, quelque temps après, à une méningite tuberculeuse. Et ne croyez pas qu'il s'agisse ici de simple coïncidence, ne croyez pas que ces cas soient isolés, ils sont au contraire fréquents : ce sont eux qui ont donné l'éveil et qui ont jeté le doute sur l'existence de la pleurésie *a frigore*.

C'est M. Landouzy qui, le premier, dès 1884, a nettement formulé l'accusation, en dépouillant la pleurésie primitive, *a frigore*, de ses anciens privilèges. Toute pleurésie, dit-il, qui ne fait pas sa preuve, est une pleurésie tuberculeuse, le malade atteint de cette pleurésie fût-il robuste et vigoureux. MM. Kelsch et Vaillard soutinrent l'accusation, et le courant se fit si bien dans ce sens, que la pleurésie *a frigore* perdit une partie de son prestige.

Cependant, l'opinion de M. Landouzy ne fut pas sans soulever de vives protestations; on la trouva exagérée, et on chercha des faits à lui opposer. De différents côtés furent alors publiées des observations concernant des gens atteints de pleurésie franchement aiguë, *a frigore*, n'ayant rien à voir, disait-on, avec la tuberculose, puisque ces pleurésies avaient complètement guéri, sans reliquats, et n'avaient été suivies ni à brève ni à longue échéance de manifestations tuberculeuses. Dans les deux camps se rangèrent des partisans également convaincus, et la pleurésie *a frigore*, bien qu'amoindrie, conserva des adeptes, et continua à être admise par beaucoup de médecins.

De quel côté se trouve la vérité? Telle est la question que nous avons à débattre. Examinons avec attention les pièces du procès, et serrons de près la discussion, car il n'est pas indifférent, pour l'avenir d'un pleurétique, de savoir si sa pleurésie est ou n'est pas tuberculeuse.

Consultons d'abord l'anatomie pathologique; recherchons les cas de mort subite chez des individus atteints de pleurésie dite franche, *a frigore*, et voyons si l'autopsie décèle ou non chez eux des lésions tuberculeuses.

Dans une observation publiée par Dujardin-Beaumetz, il s'agit d'un malade mort subitement de son épanchement pleural. Cet homme n'avait aucun signe de tuberculose, sa pleurésie semblait primitive, et cependant l'autopsie révéla une lésion tuberculeuse du poumon.

L'observation suivante, de M. Landouzy, pourrait être citée comme un type de pleurésie *a frigore*. Un homme robuste, boulanger de son état, n'ayant aucun antécédent morbide, quitte un soir, tout en sueur, le sous-sol dans lequel il pétrissait la pâte, pour aller chez un cabaretier acheter un litre de vin qu'il devait boire pendant sa nuit de travail. Dans cette course, de la boulangerie chez le marchand de vin, il se sentit «pris de froid»; il travailla pourtant comme de coutume, et se coucha le lendemain matin. A ce moment éclatèrent les signes pleuraux, point de côté, gêne respiratoire et fièvre. La pleurésie suivit son cours. Quelques semaines plus tard, il était dans le service de M. Landouzy, où il mourut subitement. A l'autopsie, on trouva dans la plèvre droite un épanchement sérofibrineux abondant, et on constata au poumon droit quelques petits foyers de tuberculose qui avaient évolué jusque-là d'une façon latente. Bien qu'ayant les apparences de la pleurésie *a frigore*, cette pleurésie était donc de nature tuberculeuse.

Dans leur travail sur les lésions et la nature de la pleurésie, MM. Kelsch et Vaillard ont publié des cas analogues : un soldat au 7e cuirassiers, homme vigoureux et de stature athlétique, est pris d'une pleurésie aiguë. Il meurt subitement en causant avec ses camarades, au moment où il allait être dirigé sur l'hôpital du Val-de-Grâce. A l'autopsie, on trouve un grand épanchement de la plèvre droite; la plèvre est semée de granulations tuberculeuses.

Un autre soldat de constitution robuste est atteint d'une pleurésie droite. Le malade lisait près de son lit, lorsque subitement il s'affaisse et meurt. A l'autopsie, on constate dans la plèvre droite un grand épanchement; la plèvre est parsemée de nodules tuberculeux. Ces pleurésies séreuses, disent MM. Kelsch et Vaillard, « survenues chez des hommes vigoureux, sans tare tuberculeuse aucune, ayant évolué avec toutes les allures de la pleurésie banale, eussent certainement été considérées comme des pleurésies phlegmasiques, si la mort subite n'était venue en interrompre le cours, et révéler leur véritable nature ».

J'ai été témoin autrefois, dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine, de deux faits qui ont été publiés par mes internes, M. Binet et M. Legrand. L'un a trait à un homme de bonne santé habituelle atteint d'une pleurésie droite qu'il attribuait à un refroidissement. Pendant plusieurs jours, nous suivons la marche ascendante de l'épanchement qui, d'après notre évaluation, finit par atteindre 2 litres environ. Bien que le malade n'éprouvât aucune dyspnée, nous décidons la thoracentèse; il était onze heures du matin. Le patient se récrie et, sur sa demande, la ponction est différée jusqu'au soir. Mais, une heure après notre visite, cet homme veut se lever; il est pris de syncope et il meurt avant qu'on ait pu lui porter secours. Au moment de l'autopsie, désirant connaître exactement la quantité de l'épanchement, je pratique la thoracentèse sur le cadavre et je retire 2,200 grammes de liquide citrin. Chez cet homme évoluait une tuberculose latente: nous trouvons, au sommet du poumon, un tubercule crétacé.

Le second de mes cas concerne un homme robuste n'ayant aucun antécédent tuberculeux. Son métier l'expose à de brusques changements de température, surtout à des refroidissements locaux : il tire des blocs de glace de la glacière

(1) Vu la longueur de la leçon de M. le professeur Dieulafoy, nous avons dû, faute de place, supprimer les indications bibliographiques et les figures qui accompagnaient ce travail.

et il les porte à dos dans une sorte de hotte. Plèvres et poumons sont donc particulièrement exposés au froid. Cet homme prend un jour une pleurésie, et vient se faire traiter dans notre service. Nous constatons à droite un épanchement évalué à 3 litres environ. On retire successivement en quelques jours 3 litres de liquide (un litre par ponction). Dès lors, le malade se sent très bien; toutefois, le liquide continue à se reformer. Quelques jours plus tard, cet homme venait de déjeuner dans son lit; il se lève, mais à peine a-t-il fait quelques pas qu'il tombe, le visage cyanosé, les lèvres bleuâtres, et il meurt en quelques instants. Voulant cette fois encore me renseigner d'une façon exacte sur la quantité de l'épanchement, cause de la mort subite, je pratique la thoracentèse sur le cadavre et je retire 2,130 grammes de liquide. Je constate ensuite que cette pleurésie, qui avait les apparences d'une pleurésie *a frigore*, prise au contact d'une hotte glacée, était en réalité tuberculeuse, car il existait une tuberculose de la plèvre et un noyau tuberculeux du poumon.

Une observation de M. Widal, dont je vous parlerai plus loin, concerne un jeune garçon atteint d'une pleurésie ayant les caractères de la pleurésie franchement aiguë à grand épanchement. Le petit malade succombe subitement et à l'autopsie on trouve une tuberculose de la plèvre en voie d'évolution.

Vous conviendrez que voilà un certain nombre de faits qui donnent singulièrement à réfléchir. Des gens robustes sont pris en pleine santé de pleurésie franche, dite *a frigore;* ils meurent subitement, et l'autopsie permet de constater que leur pleurésie est en réalité tuberculeuse.

Parfois, l'individu atteint de pleurésie franchement aiguë recouvre après sa maladie toutes les apparences de la santé, on le considère comme définitivement guéri; mais voilà que, quelques semaines ou quelques mois plus tard, il est enlevé par une granulie ou par une méningite témoignant de la nature tuberculeuse de sa pleurésie. J'ai été témoin en 1884 du fait suivant: un garçon de vingt-huit ans, vigoureux, mécanicien de son état, entre dans mon service pour une pleurésie *a frigore* prise trois semaines auparavant. Rien ne pouvait faire suspecter la tuberculose; c'était un type de pleurésie franche. Je reconnais à gauche un grand épanchement que j'évalue à 2 litres; je commence par retirer 1 litre de liquide sérofibrineux, et je ne vais pas au delà, ayant l'habitude, afin d'éviter tout accident, de ne jamais retirer plus de 1 litre en une séance. Quelques jours plus tard je retire un second litre. Tout va bien, le malade guérit et retrouve sa belle santé. Mais, six mois plus tard, il revient dans mon service avec les signes d'une méningite et il succombe en quelques jours. A l'autopsie nous constatons la guérison de la pleurésie — il ne reste plus que quelques adhérences pleurales —, mais nous trouvons une méningite tuberculeuse et des granulations au poumon.

Dans ses recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre, M. Péron arrive aux conclusions suivantes: « La pleurésie dite franche aiguë est de nature tuberculeuse dans l'immense majorité des cas; elle est due à une infection tuberculeuse souvent discrète de la plèvre. »

Les recherches anatomo-pathologiques, vous le voyez, plaident en faveur de la nature tuberculeuse de la pleurésie franchement aiguë, *a frigore*.

Maintenant, que nous enseigne la clinique? Elle confirme dans bien des cas l'anatomie pathologique, en nous montrant que bon nombre de malades atteints de pleurésie en apparence primitive et franche, sont en réalité entachés de tuberculose, puisque, alors même qu'ils seraient guéris de leur pleurésie, l'infection tuberculeuse, quelques mois ou quelques années plus tard, envahit les poumons, les méninges, le péritoine, ou d'autres régions de l'économie. Il est évident que chez ces individus la pleurésie n'a été qu'une localisation plus ou moins précoce de l'infection bacillaire. Mais la clinique nous apprend également qu'il est d'autres malades chez lesquels la pleurésie franchement aiguë, à grand épanchement, peut guérir sans laisser aucune tare tuberculeuse, et le patient, devenu désormais un sujet bien portant, va parcourir dix ans, vingt ans de son existence, sans que ni lui ni ses descendants éprouvent aucune des manifestations de l'infection tuberculeuse.

On peut à ce sujet consulter plusieurs statistiques: celle de Fiedler, en Allemagne, porte sur 92 pleurétiques atteints de pleurésie sérofibrineuse qu'il a ponctionnés; sur ce nombre, 17 sont morts tuberculeux à l'hôpital, 8 ont succombé à la tuberculose après leur sortie de l'hôpital, 66 ont quitté l'hôpital tuberculeux ou suspects de tuberculose, et 21 étaient en bonne santé un an au moins plus tard. Les statistiques de Barrs et de Bowditch en Angleterre, celles de MM. Mayor et Ricochon en France, donnent des résultats qui ne sont pas concordants, mais néanmoins l'élément tuberculeux y occupe la plus large part. Il y a quelques années, je me suis livré à une enquête auprès de quelques-uns de mes collègues (MM. Brouardel, Grancher, Vergely, Lépine, etc.), afin de connaître leur opinion et le résultat de leurs observations. M. Vergely m'a envoyé quatre observations concernant des pleurétiques ponctionnés il y a quinze ans, vingt ans, vingt-deux ans, et demeurés fort bien portants, eux et leur descendance. M. Lépine m'a fait part d'une demi-douzaine de cas de pleurésie observée il y a un grand nombre d'années et n'ayant jamais été suivis de manifestations tuberculeuses. M. Coriveaud a publié un intéressant travail relatif à la bénignité absolue de nombreuses pleurésies qu'il a eu l'occasion d'observer dans une période de vingt-cinq ans et qu'il a pu suivre longtemps. M. Dreyfus-Brisac a vu des malades qui sont restés bien portants après avoir été guéris par lui d'une pleurésie aiguë.

Depuis mes premiers travaux sur la thoracentèse par aspiration, qui datent de plus de trente ans, j'ai ponctionné un grand nombre de pleurésies. J'ai perdu de vue presque tous les malades d'hôpital, mais j'ai pu suivre de près bien des malades traités en ville et je puis citer onze cas concernant des gens atteints de pleurésie franchement aiguë, ponctionnés par moi, qui ont guéri sans que jamais ait apparu aucune manifestation tuberculeuse.

Je dois à M. Lamarre (de Saint-Germain) le récit d'un fait bien intéressant qu'il avait déjà raconté à Potain. Le voici: autrefois, à Saint-Germain, le magasin à fourrages du régiment était situé rue d'Alsace, à un kilomètre du quartier. La place du château est à moitié distance, à peu près, du chemin qui va du magasin à fourrages au quartier. Quand M. Lamarre fut nommé médecin adjoint de l'hôpital de Saint-Germain, hôpital à la fois civil et militaire, on venait de raser à la hauteur d'un mètre les murs extérieurs des fossés du château, qui, de pénitencier militaire qu'il était, allait devenir un musée. Ce mur devint un reposoir tout naturel pour les soldats qui portaient à dos 50 kilogrammes de paille ou de foin; partis du magasin à fourrages et arrivés à moitié de leur course, en sueur, ils s'adossaient contre le mur, de façon à faire reposer leur fardeau sur la crête du mur. C'était une halte à mi-chemin dont les hommes avaient pris l'habitude. Mais voilà qu'une épidémie de pleurésie aiguë *a frigore* éclata dans le régiment, tandis qu'on n'en voyait pas dans la population civile. Toutes ces pleurésies étaient à droite; elles guérissaient fort bien, avec ou sans ponction suivant le cas.

Il s'agissait bien là, dit M. Lamarre, de pleurésie *a frigore*. Le coin de la place du château où se reposaient les militaires en sueur était abrité contre les vents, moins le vent nord-est, parfois glacial, qui cinglait le côté droit de la poitrine de ces hommes. C'était un vrai coup de froid. A la demande de M. Lamarre et du médecin-major du régiment, le colonel fit défendre aux hommes en corvée de s'arrêter à cet endroit dangereux, et on ne vit plus de pleurésies.

Mais les régiments de garde changent tous les six mois, et, dans le régiment nouvellement arrivé, la même cause provoqua encore des pleurésies; il fallut de nouveau interdire aux hommes de corvée l'arrêt et le repos contre le mur. Cette expérience (car ce fait a la valeur d'une expérience) fut plusieurs fois renouvelée avec la même régularité. Ce reposoir néfaste a provoqué une cinquantaine de pleurésies auxquelles, du reste, aucun soldat n'a succombé.

Outre ces faits, un peu spéciaux, M. Lamarre a observé dans sa clientèle civile, depuis une trentaine d'années, une vingtaine de pleurésies qui ont parfaitement guéri sans le moindre reliquat tuberculeux.

A ne s'en tenir qu'aux faits cliniques, on voit donc que la guérison de la pleurésie franchement aiguë sans aucun reliquat de tuberculose n'est pas tellement rare. Ces cas fournissent un appoint aux défenseurs de la pleurésie aiguë *a frigore:* « Vous voyez bien, disent-ils, que ces pleurésies-là ne sont pas tuberculeuses! » Du reste, ajoutent ils, la pleurésie *a frigore* existe chez les animaux; pourquoi n'existerait-elle pas chez l'homme? M. Trasbot, dans une intéressante communication, à l'Académie de médecine, a démontré que la pleurésie *a frigore* est fréquente chez le cheval, chez le chien, chez le mouton, et peut n'avoir chez ces animaux rien de commun avec la tuberculose. A l'appui de cette opinion il a cité les faits suivants: en 1871, dans un régiment de marche des cuirassiers qui venait d'être formé avec des chevaux *tondus*, récemment achetés, lesquels couchaient dehors, attachés au piquet, souvent sans la moindre couverture, il y eut chez ces animaux, en quelques semaines, une trentaine de pleurésies, presque toutes mortelles. Le fait a été si frappant que l'administration militaire a défendu aussitôt de continuer les achats de chevaux tondus.

M. Duvieusart a vu 100 cas de pleurésie, dont 60 terminés par la mort, dans un troupeau de 400 moutons qu'on venait de tondre pendant un mois de février très froid. Or, ces animaux n'étaient nullement tuberculeux, et le liquide de leur pleurésie, injecté à des cobayes, n'a jamais engendré la tuberculose.

M. Rousseau a observé plusieurs chiens très vigoureux atteints de pleurésie après avoir, en plein hiver, suivi pendant près d'une heure un cerf dans un étang. Dans tous ces cas, ajoute M. Trasbot, il ne s'agissait nullement de sujets tuberculeux.

Je cite textuellement les paroles de M. Trasbot: « Les trois espèces domestiques, cheval, chien et mouton, chez lesquelles on rencontre le plus souvent la pleurésie, sont précisément celles qui sont le plus rarement tuberculeuses... Ainsi les faits tirés de l'observation clinique étendue à diverses espèces animales sont en contradiction formelle avec l'idée que la pleurésie puisse être dans ces espèces une forme de la tuberculose. Or, cette proposition, qui se dégage ainsi avec une évidence parfaite des données de la clinique, est en outre absolument confirmée par l'expérimentation. En injectant à des cobayes ou à des lapins le liquide de la pleurésie sérofibrineuse du cheval ou du chien, on ne leur a jamais communiqué la tuberculose. Je l'ai fait pour ma part un bon nombre de fois, poussant le liquide dans la plèvre, dans le poumon, dans le péritoine et le tissu conjonctif, et tous les résultats à ce point de vue ont été invariablement négatifs. »

Il est donc indéniable que la pleurésie *a frigore* non tuberculeuse est fréquente chez les

animaux. Cette étude de médecine vétérinaire montre la valeur du refroidissement dans la détermination de la pleurésie chez les animaux; mais bornons notre étude à la médecine humaine et posons de nouveau la question : existe-t-il chez l'homme une vraie pleurésie *a frigore*, non tuberculeuse, et, si elle existe, par quels moyens peut-on la différencier d'avec la tuberculose?

Pour essayer de répondre à cette question, on a fait appel aux ressources multiples du laboratoire. Je vais vous exposer les résultats qui ont été obtenus.

On a pensé que l'inoculation du liquide pleurétique dans le péritoine des cobayes fournirait des renseignements précieux, l'inoculation devant transmettre à l'animal la tuberculose expérimentale, si le liquide inoculé était de nature tuberculeuse.

MM. Chauffard et Gombault ont ainsi obtenu 50 % de résultats positifs. Les inoculations pratiquées par M. Netter avec l'exsudat de pleurésies fibrineuses, en apparence primitives, essentielles, *a frigore*, ont donné 8 résultats positifs sur 20 cas, soit 40 %. Le même auteur a publié une nouvelle série comprenant 14 pleurésies, dont 5 en apparence primitives. De ces dernières, 2 ont donné la tuberculose au cobaye. Les résultats auxquels nous sommes arrivés à ma clinique de l'Hôtel-Dieu sont sensiblement comparables. Quand on inocule dans le péritoine des cobayes, non pas une petite dose de liquide pleural, mais une dose de 20 c.c., ainsi que l'ont fait MM. Péron et Le Damany, on augmente les chances de réussite; néanmoins, on a encore pas mal d'insuccès. Mon interne M. Nattan-Larrier a injecté du liquide de pleurésie tuberculeuse dans le péritoine de femelles pleines et il a plusieurs fois provoqué l'avortement.

En résumé, la méthode des inoculations donne des renseignements précieux, mais, dans un assez grand nombre de cas, elle laisse planer le doute sur la nature tuberculeuse ou non tuberculeuse de la pleurésie; la valeur de l'inoculation est absolue quand le résultat est positif, mais un résultat négatif ne prouve pas que la pleurésie ne soit pas tuberculeuse. Tous les observateurs ont constaté qu'une pleurésie manifestement tuberculeuse peut donner des résultats négatifs après injection de liquide pleural. Le résultat négatif est facile à comprendre, l'épanchement pouvant être très peu virulent et les bacilles pouvant être répartis dans le liquide pleural à un tel degré de dilution qu'on n'introduit dans le péritoine de l'animal que quelques microorganismes rapidement annihilés et détruits. En somme, les inoculations constituent un moyen de diagnostic pathogénique, mais ce moyen est assez infidèle et par conséquent insuffisant.

Les injections de tuberculine fournissent des renseignements dont la valeur est incontestable. D'après le compte rendu officiel des cliniques en Prusse, les malades atteints de pleurésie, simple en apparence, mais en réalité tuberculeuse, sont presque aussi sensibles aux injections de tuberculine que les malades franchement tuberculeux. Mais l'injection de tuberculine, même maniée avec prudence, suivant les préceptes de M. Grasset, n'est pas toujours exempte de dangers. Il faut s'entourer de grandes précautions. D'abord le patient doit être complètement apyrétique. Si la température rectale du malade, dit M. Landouzy, prise quatre fois dans les vingt-quatre heures, démontre l'apyrexie absolue, et dans ce cas seulement, l'épreuve de la tuberculine peut être tentée. Or, un sujet atteint de pleurésie aiguë est plus ou moins fébricitant, et ne se trouve donc pas dans les conditions voulues pour être injecté à la tuberculine. La quantité de tuberculine à injecter varie de un dixième à un quart de milligramme dilué dans de l'eau stérilisée; si le patient est tuberculeux, la réaction fébrile et l'élévation de température commencent de douze à vingt-quatre heures après l'injection. Mais il se peut que la dose injectée soit trop minime pour provoquer chez tel individu la réaction attendue; d'autre part, une légère réaction peut se produire en l'absence de tuberculose. Il m'est arrivé il y a quelques années de pratiquer des injections de tuberculine à très faible dose et de n'avoir pas à m'en louer; un de mes malades a eu une perforation du tympan, un autre a eu une poussée au poumon. Je n'ai pas recommencé. Ce procédé donne d'excellents résultats en médecine vétérinaire (Nocard).

L'application de la méthode des cultures à la recherche du bacille tuberculeux dans les épanchements n'a été pratiquée avec succès que tout récemment. Pour obtenir des résultats positifs, il fallait avoir un milieu de culture extrêmement favorable au bacille de Koch. Ce milieu, c'est le sang gélosé glycériné, tel que MM. Bezançon et Griffon l'ont fait connaître.

L'incorporation, dans la gélose, de sang de lapin recueilli aseptiquement, fournit un terrain de culture sur lequel se développent abondamment les microbes qui ne poussent pas sur les milieux usuels. Si l'on ajoute préalablement de la glycérine à l'agar-agar, on obtient le sang gélosé glycériné, à la surface duquel il n'y a qu'à déposer le liquide soupçonné tuberculeux, qu'il s'agisse de pus tuberculeux, de liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire, de liquide pleural, etc.

Au lieu de tubes de culture ordinaire, on peut se servir de petits flacons d'Erlenmeyer, au fond desquels on laisse se figer une couche du mélange de sang et de gélose glycérinée. On peut ainsi répandre à la surface du milieu une quantité beaucoup plus grande du liquide à ensemencer.

Le tube est soigneusement encapuchonné, et placé à l'étuve à 37°. Après trois ou quatre semaines, on voit apparaître quelques colonies qui augmentent de nombre et prennent les caractères suivants : au début, elles sont plus petites qu'une tête d'épingle; elles deviennent bientôt plus grosses, en s'accroissant de masses saillantes, sphériques, granuleuses, mûriformes, de coloration chocolat. Elles sont moins difficiles à dissocier que les colonies tuberculeuses développées sur les autres mélanges.

Au microscope, les préparations montrent des bacilles isolés ou agglomérés, suivant le mode habituel, en « moustaches tordues ».

Le nombre des colonies visibles à l'œil nu est en rapport avec la quantité d'épanchement ensemencé, et surtout avec la richesse de cet épanchement en bacilles.

La culture que je vous présente ici a été obtenue par ensemencement du liquide pleural d'un de nos malades de la salle Saint-Christophe; les colonies tuberculeuses ont apparu au vingt-sixième jour. Dans deux autres cas, MM. Bezançon et Griffon avaient ensemencé, dans des tubes de sang gélosé, du liquide de pleurésies aiguës provenant du service de M. Chauffard, et il s'était produit, au bout de vingt-huit jours, des colonies tuberculeuses de la dimension de têtes d'épingles.

Vous voyez quels services peut rendre la culture du bacille de Koch appliquée au diagnostic des épanchements tuberculeux de la plèvre; déceler ainsi la présence du bacille et l'avoir sous les yeux, voilà qui lève tous les doutes; ce serait le procédé de choix s'il était un peu plus fidèle. C'est un de mes chefs de laboratoire, M. Griffon, qui a été chargé d'ensemencer le liquide de nos pleurésies; si la réussite n'a pas été plus fréquente, c'est probablement parce que le liquide de certaines pleurésies tuberculeuses est très peu virulent, beaucoup moins virulent que d'autres épanchements tuberculeux, ceux des méninges, par exemple; c'est aussi, je pense, parce que nous avons limité l'ensemencement à un seul tube. Il serait préférable d'ensemencer plusieurs tubes ou flacons d'Erlenmeyer avec du liquide pleural puisé à différentes hauteurs; de cette façon, on multiplierait les chances de succès. Pour le moment, ce procédé, malgré sa valeur, ne résout pas d'une façon assez constante le problème tel que nous l'avons posé; il est, néanmoins, un excellent moyen de contrôle, il est d'application facile, et je vous conseille d'y avoir recours.

Que pouvons-nous attendre du sérodiagnostic? Laissez-moi d'abord vous rappeler ce qu'est le sérodiagnostic de la tuberculose. D'une façon générale, tout sérodiagnostic suppose deux facteurs, qu'il s'agisse d'infection typhoïdique, pneumonique ou tuberculeuse; il faut, d'une part, une culture homogène en milieu liquide, où les microbes vivent séparés les uns des autres; il faut, d'autre part, du sérum du malade infecté, dont le mélange à la culture provoque l'agglutination des microbes.

En 1898, M. Arloing se mit à l'œuvre et rechercha pour la tuberculose un sérodiagnostic comparable au sérodiagnostic de M. Widal pour la fièvre typhoïde. Le problème fut résolu par M. Arloing le jour où il trouva le moyen d'obtenir des cultures homogènes du bacille de Koch en milieu liquide. Je n'ai pas à vous faire ici l'historique de la question; je rappelle les intéressants travaux de MM. Arloing et Courmont, les recherches de MM. Mongour et Bérard, la thèse de M. Clément.

Pour se placer dans les conditions les plus favorables de réussite, il faut se servir d'une culture de bacilles tuberculeux âgée de douze jours; c'est la meilleure époque. Une faible quantité de culture est placée dans un tube de minime dimension et de petit calibre. On mélange à cette culture du sérum provenant de sang retiré par une piqûre de lancette à la pulpe du doigt. Le mélange est fait de telle sorte qu'il représente une partie de sérum pour cinq parties de culture (mélange à $^1/_5$), ou une partie de sérum pour dix parties de culture (mélange à $^1/_{10}$), ou une partie de sérum pour vingt parties de culture (mélange à $^1/_{20}$). On agite le tube afin de favoriser le mélange et on attend l'effet produit. Si le résultat est positif, on voit se produire, après un laps de temps variant de une à cinq heures, le phénomène de l'agglutination. Les couches supérieures du mélange se clarifient, tandis qu'à la partie inférieure du tube s'accumulent des flocons qui donnent à cette couche un aspect trouble contrastant avec la limpidité des couches supérieures. L'examen microscopique vient confirmer le résultat de l'agglutination et les bacilles de Koch apparaissent réunis en amas au lieu d'être isolés.

Le sérodiagnostic de la tuberculose rend de réels services dans le cas où le diagnostic clinique est douteux ou impossible; MM. Arloing et Courmont en ont cité de nombreux exemples. Il est des tuberculoses pulmonaires qui débutent à l'état presque latent et qui échappent pour un temps à nos moyens ordinaires d'investigation; le diagnostic de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique est souvent incertain; la tuberculose des os et des articulations est d'autant plus difficile à diagnostiquer qu'elle peut revêtir les formes multiples de l'arthrite aiguë, de l'arthrite sèche, de l'arthrite noueuse et déformante; elle peut même simuler le rhumatisme articulaire aigu, alors qu'il s'agit en réalité d'un pseudo-rhumatisme tuberculeux (Poncet). En pareilles circonstances, le sérodiagnostic a souvent permis de démontrer la nature tuberculeuse des lésions et de redresser des erreurs de diagnostic.

M. Beck et Mlle Rabinowich ont publié sur l'agglutination du bacille de Koch un travail dont les conclusions sont un peu différentes des résultats qui ont été obtenus par MM. Arloing et Courmont. Mais, comme le fait observer M. Courmont, il est essentiel, pour faire des recherches comparatives, de se servir de cultures qui soient à point voulu; de plus, il ne faut pas oublier que l'échelle d'agglutination

n'est pas aussi étendue pour la tuberculose que pour la fièvre typhoïde.

Ce sérodiagnostic de la tuberculose est-il applicable au diagnostic des pleurésies tuberculeuses? Ce côté de la question a été spécialement étudié par M. Courmont, qui a vu qu'on peut obtenir une séroréaction positive en mélangeant à la culture du bacille de Koch, soit le sérum sanguin, soit le liquide pleural du pleurétique (mélanges à 1 pour 20, 1 pour 10, 1 pour 5).

Le pouvoir agglutinant du sang n'est pas toujours égal à celui de la sérosité; il peut être plus ou moins élevé et exister en l'absence de celui de la sérosité, et réciproquement. La séroréaction positive est plus rare quand la pleurésie est associée à des lésions graves; elle est plus fréquente au cas de pleurésie tuberculeuse bénigne, curable. Toutefois, dit M. Courmont, la séroréaction pleurale peut être absente au début de la pleurésie et ne devenir positive qu'au bout d'un certain temps, en général vers la guérison. Cet auteur a obtenu, avec la sérosité pleurale, une séroréaction positive dans 23 cas sur 31 (74 %); avec le sérum sanguin, dans 18 cas sur 22 (82 %).

Ces considérations prouvent que le sérodiagnostic appliqué à la pleurésie *a frigore*, soupçonnée tuberculeuse, est un excellent moyen d'investigation; vous l'avez vu réussir chez plusieurs de nos pleurétiques de la salle Saint-Christophe. Il est délicat à manier, et bien qu'il ait été plusieurs fois en défaut chez des malades atteints de pleurésie, je crois qu'il est appelé à rendre de grands services.

On a pensé que la diazoréaction d'Ehrlich pourrait fournir quelques renseignements utiles relativement au diagnostic pathogénique des pleurésies tuberculeuses (Clément). La réaction positive a été constatée en cas de pleurésie tuberculeuse (Georgiewski). La question a été étudiée par mon interne, M. Lœper, et par M. Oppenheim. Mais ce procédé donne des résultats infidèles et ne peut encore être utilisé pour résoudre le problème qui nous occupe.

Un nouveau moyen d'investigation vient de surgir: c'est le cytodiagnostic, ou diagnostic basé sur la qualité des éléments cellulaires qu'on trouve dans le liquide des pleurésies, et dans les épanchements des séreuses en général. Quelques mots d'explication : à l'attaque des agents pathogènes, quels qu'ils soient, certains éléments cellulaires répondent par une réaction de lutte et de défense; mais ce ne sont pas toujours les mêmes cellules qui réagissent vis-à-vis des divers agents provocateurs; il y a, suivant le cas, une sorte de *sélection* cellulaire.

Ainsi, les polynucléaires neutrophiles ou microphages de M. Metchnikoff englobent des microbes tels que les streptocoques ou le pneumocoque. Les gros mononucléaires ou macrophages ont une action plus puissante; ils absorbent et parviennent quelquefois à détruire le bacille de la tuberculose; ils digèrent couramment de gros éléments cellulaires comme les hématies et les polynucléaires. Aussi était-il naturel de penser que tel ou tel élément cellulaire retrouvé dans le liquide pleural devait servir de témoin et refléter la nature de l'agent pathogène provocateur. De cette idée est né le cytodiagnostic.

C'est en 1900, que sous le nom de cytodiagnostic, MM. Widal et Ravaut firent paraître leur beau travail plein de déductions précises et d'aperçus nouveaux. Dès lors, la méthode ingénieuse et féconde qu'ils venaient de faire connaître fut partout à l'ordre du jour, et nous l'avons aussitôt mise à profit à la clinique de l'Hôtel-Dieu. Ce que je vais vous en dire ressort directement de leurs travaux et de leurs publications. En voici les traits principaux.

Etant donné un malade atteint de pleurésie, on veut connaître les éléments cellulaires qui sont contenus dans le liquide de cette pleurésie. Pour cela, on retire aseptiquement, au moyen d'une seringue stérilisée, quelques grammes de liquide pleural qu'on verse dans un tube à essai; on centrifuge, et un culot se dépose au fond du tube. On décante de façon à ne laisser dans le tube qu'un peu de liquide qui sert à former une émulsion trouble avec le culot cellulaire délayé. Une goutte de cette émulsion est étalée sur une lamelle de verre, au moyen d'un fil de platine, et on fait des préparations colorées à la thionine, à l'éosine-hématéine et au triacide d'Ehrlich.

Quand on examine au microscope des préparations provenant de liquides pleuraux, on peut y voir des éléments cellulaires d'aspect varié : globules rouges, leucocytes polynucléaires, grandes cellules mononucléaires, lymphocytes, cellules endothéliales isolées ou fusionnées en placards endothéliaux. Mais ces éléments n'existent pas indifféremment dans toutes les pleurésies; une même pleurésie ne contient pas à la fois, et en quantité, des polynucléaires, des lymphocytes et des cellules endothéliales; abstraction faite des globules rouges qui, eux, se rencontrent en proportion plus ou moins grande dans la plupart des liquides pleuraux, tel liquide pleural ne contient presque que des lymphocytes : les polynucléaires et les cellules endothéliales sont absents ou en infime minorité; tel autre liquide pleural ne renferme presque que des polynucléaires : les lymphocytes et les cellules endothéliales sont absents ou en infime minorité; enfin, tel autre liquide pleural ne recèle presque que des cellules endothéliales et des placards endothéliaux : les lymphocytes et les polynucléaires sont absents ou en infime minorité.

Cette prépondérance parfois exclusive de tel ou tel élément cellulaire dans le liquide d'un épanchement pleural, constitue la formule cellulaire de ce liquide, et conduit au cytodiagnostic. A ce point de vue, MM. Widal et Ravaut ont admis trois variétés de pleurésies, à chacune desquelles répond un cytodiagnostic différent.

Une de ces variétés concerne les épanchements pleuraux des cardiaques, des brightiques, des cancéreux, ainsi que les épanchements dus à une irritation ou à une compression de voisinage. Ici, pas d'agents infectieux, par conséquent pas de lutte cellulaire, mais seulement des actes en partie mécaniques de transsudation et de desquamation; c'est une sorte d'œdème congestif. Pour me servir d'une ancienne expression, il s'agit ici moins d'un *exsudat* que d'un *transsudat;* c'est par transsudation que le liquide entraîne les cellules endothéliales de la séreuse dans le liquide pleural. Aussi ces épanchements pleuraux, dits mécaniques, ont-ils une formule cellulaire qui leur est spéciale; le liquide ne contient habituellement ni lymphocytes ni polynucléaires (du moins, à une première période); on y trouve presque exclusivement les grandes cellules endothéliales qui proviennent de la desquamation de la séreuse.

Sur la préparation que je vous montre ici, vous voyez que ces cellules endothéliales sont très volumineuses par rapport aux globules rouges et aux leucocytes. Elles sont isolées ou agglomérées, bilobées, trilobées, ou fusionnées en larges placards endothéliaux à bords polycycliques. Après coloration à l'éosine-hématéine, on remarque que le noyau est beaucoup plus teinté que le protoplasma. Le contour des cellules est à peu près circulaire; toutefois, dans les placards endothéliaux, les limites des cellules disparaissent aux points où leur protoplasma se fusionne.

Ces placards endothéliaux, plus ou moins larges et nombreux, caractérisent les pleurésies dites mécaniques. MM. Widal et Ravaut les ont constatés dans 12 cas de pleurésie de cette espèce; l'autopsie de 3 malades atteints de ces pleurésies et, d'autre part, les résultats négatifs des inoculations intra-péritonéales faites aux cobayes avec le liquide de 7 autres pleurésies de même nature, prouvent qu'en pareille occurrence la tuberculose ne peut être mise en cause. Non seulement ces amas endothéliaux sont la caractéristique des pleurésies mécaniques, mais leur présence dans un liquide pleural permet d'exclure l'hypothèse de la tuberculose pleurale; on ne les trouve pas dans le liquide des pleurésies tuberculeuses, sans doute « parce que la néomembrane tuberculeuse pleurale s'oppose à la desquamation en lambeaux de l'endothélium de la séreuse ». Ces mêmes remarques ont été faites dans notre service : le liquide de nos pleurésies tuberculeuses, très riche en lymphocytes, ne contenait pas de placards endothéliaux.

Ces connaissances peuvent être fort utiles en clinique. En voici des exemples. Tout pleurétique qui a craché le sang est naturellement soupçonné de tuberculose; or, l'hémoptysie n'est pas rare chez le cardiaque; survienne un épanchement pleural chez ce cardiaque, le cytodiagnostic vous dira aussitôt que son liquide pleural, à placards endothéliaux, est un liquide d'épanchement mécanique et non pas un liquide de pleurésie tuberculeuse, ce qui est bien différent comme pronostic.

J'ai eu l'occasion tout récemment, à propos de deux malades de notre salle Saint Christophe, de vous parler des hémoptysies des brightiques, le mal de Bright prédisposant aux hémorrhagies et le brightique pouvant saigner des bronches comme il saigne du nez. Je vous ai dit que ces hémoptysies peuvent apparaître à une époque où la néphrite ne s'est pas encore démasquée par les grands accidents. Qu'il se fasse un épanchement pleural chez pareil malade que vous savez avoir eu des hémoptysies, et l'idée de pleurésie tuberculeuse est la première qui se présentera à votre esprit. Vous pratiquez le cytodiagnostic, vous constatez les placards endothéliaux dans le liquide pleural, et vous voilà renseignés; il s'agit d'épanchement mécanique et nullement de pleurésie tuberculeuse chez un brightique.

Je vous ai dit que les pleurésies mécaniques à placards endothéliaux ne contiennent habituellement pas de lymphocytes; c'est vrai pendant une première phase de la pleurésie; mais, plus tard, les lymphocytes peuvent affluer; néanmoins, la présence des placards suffit pour préciser le diagnostic.

Dans une deuxième variété de pleurésie, le liquide pleural a une formule cellulaire toute différente. Il s'agit ici de pleurésies infectieuses aiguës; les agents pathogènes, streptocoque, pneumocoque, bacille typhique, etc., après avoir provoqué des réactions cellulaires de lutte et de défense, peuvent ne plus exister dans le liquide, mais les témoins de cette lutte, cellules phagocytaires ou phagocytes, leucocytes polynucléaires, s'y rencontrent en abondance; on y trouve également des grosses cellules mononucléaires, qui tantôt sont de grands leucocytes et tantôt dérivent de la séreuse, comme en témoigne parfois la présence de quelques cellules endothéliales isolées ou restées absolument normales. En somme, les éléments polynucléaires et mononucléaires caractérisent les pleurésies infectieuses aiguës; les lymphocytes, quand on en trouve, sont au second plan, et l'on n'observe que par exception quelques petits amas endothéliaux à deux ou trois noyaux.

La préparation que voici représente la formule cellulaire de ces pleurésies. Vous y remarquez une quantité de leucocytes polynucléaires et une grosse cellule uninucléaire.

Relativement à ces pleurésies, MM. Widal et Ravaut donnent les renseignements suivants : « Trois fois sur sept pleurésies typhoïdiques, l'abondance relative de grands leucocytes polynucléaires a caractérisé la formule de l'épanchement. Dans le cas d'une pleurésie sérofibrineuse streptococcique, il n'y avait que des polynucléaires neutrophiles à noyau déformé. Le liquide de la pleurésie sérofibrineuse pneumococcique est caractérisé par la présence de

globules rouges et de quelques lymphocytes, mais surtout par l'abondance des polynucléaires et par l'existence d'un nombre plus ou moins grand de grosses cellules mononucléées dont quelques-unes, véritables macrophages, englobent des polynucléaires dans leur protoplasma ». Ces gros éléments sont tantôt des grands leucocytes mononucléaires, tantôt des cellules endothéliales dérivant de la séreuse. On ne trouve qu'exceptionnellement quelques amas endothéliaux à deux ou trois éléments.

Chez un malade de notre salle Saint-Christophe, atteint de pleurésie qui devint *fétide* quelques jours plus tard, il n'y avait dans l'épanchement que des leucocytes polynucléaires; les cultures aérobies et anaérobies du liquide ont décelé une flore microbienne des plus variées. Vous trouverez en détail l'histoire de ce malade dans mes leçons sur les pleurésies fétides, putrides et gangreneuses.

Arrivons à la troisième variété de pleurésies, la plus importante de toutes, celle qui répond le mieux à la pleurésie franchement aiguë, dite *a frigore*. En examinant au microscope les préparations faites avec le liquide de cette pleurésie, on voit que sa formule cellulaire est caractérisée « par la présence presque exclusive de *lymphocytes* très confluents et mêlés à un nombre relativement considérable de globules rouges. Parfois, en même temps que les lymphocytes qui, à première vue, semblent être les seuls éléments leucocytaires de la préparation, on aperçoit de loin en loin un élément uninucléé ». Les polynucléaires, quand ils existent, sont très peu abondants; ils sont peut-être le résultat d'une infection secondaire. Quant aux placards endothéliaux, ils doivent être bien rares, puisque sur 17 cas MM. Widal et Ravaut ne les ont jamais constatés.

Voici des préparations représentant la formule cellulaire de cette pleurésie; elles ont été faites avec le liquide pleural de nos 7 pleurétiques des salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne: on n'y remarque que des lymphocytes en quantité et des globules rouges; il n'y a ni polynucléaires ni placards endothéliaux. C'est la reproduction de la description donnée par MM. Widal et Ravaut.

Eh bien, cette formule cellulaire, cette *lymphocytose pleurale* avec globules rouges, permet de dire que la pleurésie est tuberculeuse. L'examen histologique de la plèvre et les inoculations dans le péritoine des cobayes avec le liquide de ces pleurésies à lymphocytes confirment leur nature tuberculeuse. L'observation suivante, qui m'a été communiquée par M. Widal, en est un saisissant exemple :

Un jeune homme de vingt et un ans est pris, le 19 avril dernier, en voyage, des signes d'une pleurésie *a frigore :* frissons répétés, point de côté à droite et toux sans expectoration. Le 27 avril, neuvième jour de la maladie, il entre à la Maison-Dubois, dans le service de M. Widal. Il présente alors tous les signes d'une pleurésie droite classique : matité aux deux tiers inférieurs de la poitrine, en arrière et à droite; abolition des vibrations, disparition du murmure vésiculaire, souffle lointain à l'angle de l'omoplate, égophonie, pectoriloquie aphone, skodisme sous-claviculaire droit. Le foie est légèrement abaissé. Cœur normal; pouls régulier, à 88. Le 29 avril, on pratique la thoracentèse, et on retire 2 litres de liquide citrin. Ce liquide présente une formule lymphocytique typique, indice d'une pleuro-tuberculose. Le lendemain, l'état général est bon, mais la température est élevée et oscille entre 39° et 40°. Le 2 mai, c'est-à-dire quatre jours après la ponction, à cinq heures du matin, le malade se dresse tout à coup sur son lit, étouffe, demande de l'air, pâlit, et meurt en quelques instants.

A l'autopsie, on trouve le poumon gauche entouré d'adhérences celluleuses; il est rouge et a l'aspect d'un infarctus gorgé de sang; cet état paraît dépendre de l'oblitération des branches gauches de l'artère pulmonaire par un caillot cruorique; pas de tubercules. Le poumon droit est un peu œdémateux; il ne renferme aucun tubercule; la plèvre du même côté contient 1,500 grammes environ de liquide sérofibrineux; les deux feuillets sont accolés au sommet, à la région postérieure et au niveau du diaphragme; l'épanchement est donc collecté dans la région antéro-latérale de la grande cavité pleurale. La plèvre pariétale est épaissie et comme lardacée; la plèvre viscérale a une épaisseur de 1 à 2 millimètres; les deux feuillets sont tapissés par une mince membrane fibrineuse. La plèvre viscérale se détache assez facilement au sommet et à la région postérieure; mais la soudure est intime sur une grande partie de la région diaphragmatique. L'examen le plus minutieux des deux plèvres ne permet de découvrir à l'œil nu aucune granulation tuberculeuse. Le cœur est gros et flasque; un caillot cruorique s'étend du ventricule droit dans les branches gauches de l'artère pulmonaire; là est peut-être la cause de la mort subite. Les reins sont normaux.

De nombreuses coupes histologiques pratiquées en des points très variés de la plèvre viscérale et pariétale ont permis de constater partout du tissu de tuberculose; on voit un nombre considérable de cellules géantes au milieu de la gangue fibreuse de la séreuse enflammée. Sur la coupe que je vous présente, et qui a été faite avec la plèvre épaissie, vous voyez que le tissu pleural est infiltré de nombreux éléments cellulaires; au centre de la préparation se trouve une cellule géante contenant de nombreux noyaux disposés en couronne à la périphérie de la cellule. Toute la plèvre viscérale et pariétale n'est, en somme, qu'une vaste membrane tuberculeuse semée dans toute son étendue de cellules géantes, sans que le poumon ait participé à la tuberculose. Il s'agit donc là d'une tuberculose locale de la séreuse. Le liquide de cette pleurésie, inoculé à des cobayes, avait rendu ces animaux tuberculeux.

Cette intéressante observation résume toute la question. Voilà une pleurésie franchement aiguë qu'on eût considérée autrefois comme une pleurésie idiopathique, alors qu'elle était tuberculeuse (pleuro-tuberculose primitive). On pratique l'examen cytoscopique du liquide, on ne trouve que des lymphocytes en quantité, ainsi que des globules rouges, et on fait en conséquence le diagnostic de pleurésie tuberculeuse. Plus tard, l'examen histologique de la plèvre et la tuberculose développée chez des cobayes inoculés avec le liquide pleural confirment les prévisions du cytodiagnostic.

Du reste, le cytodiagnostic a fait ses preuves; à peine né, il a été contrôlé de tous côtés et partout les résultats obtenus ont été concordants. Dans notre service de l'Hôtel-Dieu, nous sommes arrivé aux mêmes conclusions.

Cette méthode n'est pas seulement applicable aux épanchements pleuraux; elle a été généralisée aux épanchements des autres séreuses, péritoine, tunique vaginale, péricarde, liquide céphalo-rachidien, et dans bien des cas elle a fait reconnaître la nature tuberculeuse de la maladie.

De cette longue discussion, il ressort que nous sommes en possession de procédés multiples permettant de déceler la nature tuberculeuse d'une pleurésie aiguë : inoculation de la sérosité pleurale aux cobayes, injections de tuberculine au malade, culture du liquide dans le sang gélosé glycériné, sérodiagnostic, cytodiagnostic, sont autant de méthodes qui ont été successivement utilisées et préconisées. Je vous ai dit, chemin faisant, quelle était leur valeur; mais de tous ces moyens, celui qui a ma préférence, c'est le cytodiagnostic, parce qu'il est simple, facile, expéditif et absolument inoffensif. L'avenir dira s'il peut, lui aussi, être pris en défaut.

En somme, chez tout individu atteint de pleurésie, vous devez pratiquer ou faire pratiquer le cytodiagnostic. Si vous ne pouvez pas le faire vous-même, envoyez le liquide à un laboratoire. Pour cela, vous versez dans un petit tube à essai quelques centimètres cubes du liquide pleural que vous venez de retirer. « Pendant le trajet, il se forme en général une coagulation emprisonnant tous les éléments contenus dans le liquide. Au moment de procéder à l'examen histologique, il suffit de secouer le tout avec des perles de verre, en renversant et redressant alternativement le tube. Quand le liquide s'est troublé au maximum, on le décante, en évitant de prendre la fibrine rétractée, et on le met à centrifuger jusqu'à ce qu'un petit culot se soit formé au fond du tube. » On termine ensuite la préparation ainsi que je vous l'ai indiqué plus haut.

Tout liquide de pleurésie aiguë (le malade fût-il vigoureux et indemne de toute tare) dans lequel vous constatez une abondance de lymphocytes avec globules rouges, et absence de placards endothéliaux, est un liquide de pleurésie tuberculeuse. L'examen cytoscopique de l'épanchement pleural est au moins aussi nécessaire que l'analyse bactériologique des crachats au cas de tuberculose pulmonaire douteuse. Dans toutes les pleurésies, le cytodiagnostic s'impose; toute observation de pleurésie dans laquelle le cytodiagnostic fait défaut sera à l'avenir une observation incomplète. On le sait dans mon service, et on n'y manque jamais.

Pour si certain que vous soyez de votre diagnostic clinique, cela ne suffit pas; vous pouvez avoir des surprises. Telle pleurésie, que vous considérez comme tuberculeuse parce qu'elle est survenue dans le cours d'une tuberculose pulmonaire avérée, peut n'être pas tuberculeuse; telle autre pleurésie, que vous supposez grippale parce qu'elle s'est déclarée dans le cours ou dans la convalescence de la grippe, est peut-être une pleurésie tuberculeuse qui s'est développée à la faveur de l'infection grippale; on en a cité des exemples. Certaines pleurésies sérofibrineuses d'origine traumatique, qu'on serait tenté de rapporter au seul traumatisme, sont en réalité des pleurésies tuberculeuses, le traumatisme ayant favorisé l'apparition d'une bacillose jusqu'alors latente.

Veuillez remarquer que dans cette étude je n'ai visé que la pleurésie tuberculeuse aiguë; c'est surtout à cette variété que s'adresse la formule cellulaire précédemment décrite. Elle peut s'appliquer néanmoins à des pleurésies tuberculeuses datant de plusieurs mois, si j'en juge par le cas d'un de nos malades de la salle Saint-Christophe. Cet homme traîne une pleurésie constatée par plusieurs médecins il y a déjà longtemps. La ponction aspiratrice a donné issue à un litre de liquide citrin, le cytodiagnostic (lymphocytes et globules rouges) a décelé la nature tuberculeuse de cette pleurésie, et le sérodiagnostic est arrivé au même résultat.

Toutefois, la formule peut être tout autre s'il s'agit d'une vieille pleurésie tuberculeuse, et surtout d'hydropneumothorax tuberculeux, ou de pleurésie développée au contact de grosses lésions tuberculeuses du poumon. En pareille circonstance, ce n'est pas la lymphocytose qui domine, ce sont « des polynucléaires vieillis, déformés, à noyau très divisé, ainsi que des éléments à protoplasma vésiculeux et quelquefois même des masses amorphes qui semblent dériver de l'endothélium ». Pour cette catégorie de pleurésies, c'est surtout à la clinique de faire le diagnostic. En cas de doute, on pourrait recourir aux cultures, aux inoculations, au sérodiagnostic, mais il est à remarquer que le sérodiagnostic et les inoculations aux cobayes donnent des résultats moins probants quand les lésions tuberculeuses sont anciennes que lorsqu'elles sont récentes.

Revenons à l'origine de notre discussion. La question posée au début de cette étude était la suivante : Pouvons-nous savoir si une pleu-

résie sérofibrineuse franchement aiguë est ou n'est pas tuberculeuse? Eh bien oui, nous pouvons le savoir, et c'est, je crois, le cytodiagnostic qui nous fournit les renseignements les plus certains, parce qu'il n'est pas sujet aux lacunes des autres procédés. Rien n'empêche, bien entendu, de contrôler le cytodiagnostic par les divers moyens que nous avons à notre disposition : culture du liquide, sérodiagnostic et inoculation aux cobayes.

Il nous sera possible désormais de dresser avec précision le bilan de l'ancienne pleurésie essentielle, *a frigore*. Nous verrons d'abord que la plupart des pleurésies qui répondent à la description de la pleurésie dite franche, *a frigore*, sont en réalité des pleurésies tuberculeuses; le cytodiagnostic les stigmatise, la lymphocytose pleurale démasque leur origine.

Nous verrons ensuite (ce que nous savions déjà) qu'il est des agents infectieux capables de créer des pleurésies franchement aiguës qui n'ont rien à voir avec la tuberculose. Tel individu fait une pleurésie sérofibrineuse avec épanchement comme il ferait une pneumonie : c'est le pneumocoque qui en est l'agent provocateur; tel autre fait également une pleurésie aiguë avec épanchement : c'est le streptocoque qui en est l'agent pathogène; chez un troisième, qui fait lui aussi une pleurésie aiguë avec épanchement, on découvre une infection pleurale fétide ou putride, par aérobies ou anaérobies, etc. Ce groupe de pleurésies aiguës, que je pourrais élargir encore, n'a rien à voir avec la tuberculose; la bactériologie avait classé ces pleurésies d'après leurs agents pathogènes; le cytodiagnostic les englobe dans la même formule cellulaire : ce sont des pleurésies à cellules polynucléaires et mononucléaires.

Mesurez l'étendue du chemin parcouru et voyez les progrès accomplis en quelques années; la pathogénie des pleurésies, autrefois si obscure, est maintenant bien connue, leur diagnostic pathogénique est si nettement élucidé qu'on se demande quelle place peut occuper en médecine humaine l'ancienne pleurésie essentielle, *a frigore*, celle qui ne reconnaît d'autre agent provocateur que le froid. Cette pleurésie, traquée de tous côtés, doit-elle disparaître à tout jamais du cadre nosologique après y avoir occupé une situation dominante? Faut-il la rayer définitivement ou lui réserver encore une place modeste? L'avenir nous le dira.

Abordons maintenant un autre côté de la question. La pleurésie aiguë, dite *a frigore*, « qui n'a pas fait sa preuve » étant une pleurésie tuberculeuse, comment expliquer qu'elle guérisse assez souvent sans laisser aucune trace de son passage? Cette curabilité était même le principal argument qu'on invoquât contre la tuberculose. A cela nous répondrons que, si ces pleurésies guérissent, cela ne veut pas dire qu'elles ne sont pas tuberculeuses. Les pleurésies tuberculeuses sont parfois des tuberculoses locales de la plèvre (pleuro-tuberculose primitive), comme dans l'observation que je viens de vous citer; la plèvre seule est atteinte, le poumon est indemne, le reste de l'organisme est sain; la séreuse étant bien armée pour la défense, il n'est pas surprenant que la pleurésie guérisse sans que l'infection se porte ailleurs.

Du reste, cette curabilité n'est pas spéciale à la tuberculose de la plèvre; d'autres séreuses ont le même privilège. La tuberculose des synoviales articulaires, depuis la simple arthrite jusqu'au pseudo-rhumatisme tuberculeux, guérit assez souvent. La tuberculose du péricarde est dans le même cas, M. Rendu vient d'en publier un exemple. On ne compte plus les guérisons de tuberculose péritonéale, surtout à forme ascitique. Les ascites, autrefois cataloguées sous la rubrique d'ascite essentielle ou *a frigore*, sont certainement des péritonites tuberculeuses atténuées facilement curables; les unes guérissent médicalement sans le secours de l'intervention chirurgicale, les autres guérissent après simple ponction avec ou sans injections consécutives; il en est enfin qui guérissent après laparotomie. La guérison d'une de ces ascites fit grand bruit autrefois : le 20 mars 1840, à un moment où nul n'osait toucher au péritoine, mon oncle Paul Dieulafoy, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Toulouse, eut la hardiesse, le premier, de faire une injection de teinture d'iode dans la cavité péritonéale vidée de son liquide; cette opération fut suivie de succès, et depuis cette époque les faits se sont multipliés.

Cette curabilité s'observe encore dans la tuberculose simultanée de la plèvre et du péritoine (tuberculose pleuro-péritonéale), bien étudiée par M. Fernet. Je voyais l'an dernier, avec M. Labadie-Lagrave, une jeune femme atteinte de cette forme de tuberculose pleuro-péritonéale; l'ascite était très abondante, et l'épanchement pleural avait envahi la moitié de la cavité de la plèvre; l'amaigrissement était rapide, l'état général périclitait, seul l'appétit était conservé. Entre autres médications, nous avons fait usage d'injections hypodermiques de cacodylate de soude. Au bout de six semaines, les symptômes se sont peu à peu amendés, le liquide péritonéal et le liquide pleural ont progressivement disparu, la malade a complètement guéri, et la guérison ne s'est pas démentie.

La pleurésie tuberculeuse est donc parfaitement curable; on peut même dire qu'elle est parfois d'une réelle bénignité. M. Péron, qui a étudié cette question au point de vue anatomique et expérimental, arrive aux mêmes conclusions : « Dans la pleurésie sérofibrineuse tuberculeuse, qui revêt l'allure clinique de la tuberculose dite franche aiguë, l'infection bacillaire est à son minimum; l'ensemble des réactions organiques est considérable. »

La curabilité de la pleurésie tuberculeuse me suggère quelques réflexions dont je vais vous faire part.

Depuis l'époque lointaine où j'ai fait connaître l'aspirateur et la méthode aspiratrice, j'ai pratiqué ou fait pratiquer dans mes différents services hospitaliers un nombre considérable de thoracentèses par aspiration, et pendant plusieurs années mes internes ont publié le bilan détaillé de nos pleurésies ponctionnées. Grâce à ces documents, il m'est permis d'affirmer que tout épanchement tuberculeux de la plèvre, que la pleurésie soit primitive ou secondaire, est susceptible de guérir par aspiration. Je vais même plus loin, et je dis qu'avec des ponctions aspiratrices bien faites, la guérison est presque la règle, surtout dans la pleurésie tuberculeuse d'apparence primitive.

Mais quand nous parlons de guérison de la pleurésie tuberculeuse, ce n'est pas en réalité à la plèvre que s'arrête notre pensée : la pleurésie une fois guérie, qu'adviendra-t-il plus tard des poumons? Le malade est-il destiné à devenir ultérieurement un tuberculeux? Tout est là; voilà le nœud de la question. A cela, il est assez difficile de répondre; on a dit avec juste raison que la guérison définitive, sans reliquats, est surtout l'apanage des pleuro-tuberculoses primitives, à localisation purement pleurale, le poumon étant indemne. C'est vrai; mais comment affirmer que le poumon est absolument indemne chez un individu atteint de pleuro-tuberculose d'apparence primitive? Ne savons-nous pas — Potain nous l'a appris — que la pleurésie aiguë est souvent accompagnée d'une poussée fluxionnaire du poumon? Quelle est la nature de cette pleuro-congestion? Un tout petit foyer de tuberculose peut exister au poumon à l'état latent, sans se démasquer par le moindre symptôme, et ce foyer ignoré peut devenir à un moment donné l'origine d'une explosion tuberculeuse. C'est ainsi qu'une granulie pulmonaire rapidement mortelle peut revêtir les apparences d'une maladie primitive, alors qu'elle est consécutive (l'autopsie le prouve) à un petit foyer tuberculeux qui avait évolué jusque-là sournoisement.

Même réflexion pour la pleurésie tuberculeuse. Un individu est pris en bonne santé d'une pleurésie franchement aiguë : le cytodiagnostic (lymphocytose pleurale) a démontré que cette pleurésie est tuberculeuse; tout plaide en faveur d'une pleuro-tuberculose primitive et locale; l'examen le plus minutieux, y compris le schéma de M. Grancher, ne décèle aucune lésion pulmonaire. Et cependant cette pleuro-tuberculose, en apparence primitive, peut fort bien être consécutive à un tout petit foyer pulmonaire qui a ensemencé la plèvre, et qui a évolué jusque-là insidieusement. Vous en avez la preuve dans les observations que je vous ai citées au début de cette leçon. Le malade de M. Landouzy est pris en pleine santé d'une pleurésie tuberculeuse aiguë d'apparence primitive; il meurt subitement, et à l'autopsie on trouve un petit foyer pulmonaire, cause de tout le mal. Mes deux patients, qui sont morts subitement, avaient été pris, l'un et l'autre, étant bien portants, d'une pleurésie tuberculeuse aiguë d'apparence primitive, et à l'autopsie nous trouvâmes un tout petit foyer pulmonaire, origine de l'infection tuberculeuse pleurale.

Tout ceci prouve que la pleuro-tuberculose réellement primitive, celle qui n'est associée à aucune lésion préexistante du poumon, et la pleuro-tuberculose qui a été ensemencée par un foyer pulmonaire jusqu'alors latent, peuvent revêtir l'une et l'autre les allures de la pleurésie franche dite *a frigore*. Dans bien des cas il ne sera pas possible de les distinguer; cliniquement, elles peuvent n'offrir aucune différence, et le cytodiagnostic les confond dans une même formule cellulaire, ainsi que nous l'avons constaté chez le pleurétique du n° 21 de notre salle Saint-Christophe; ce sont des pleurésies à lymphocytes et à globules rouges.

Toutefois, ces deux variétés de pleurésie tuberculeuse ne sont pas comparables comme pronostic; l'une est moins grave que l'autre. Avec une pleurésie tuberculeuse primitive, il se peut que la lésion pleurale guérisse sans se généraliser. Mais si le poumon est déjà adultéré, pour si minime que soit la lésion, les chances sont moindres pour l'avenir, car il s'agit alors de guérir une double tuberculose, celle de la plèvre et celle du poumon. Le pronostic des pleurésies tuberculeuses aiguës à longue échéance, est, on le voit, assez incertain.

Bien que la pleuro-tuberculose aiguë soit peu redoutable pendant sa phase initiale, ne vous fiez pas outre mesure à sa bénignité relative. A ce sujet, je ne crois pas inutile de vous présenter quelques considérations thérapeutiques.

La pleuro-tuberculose aiguë est généralement une pleurésie à grand épanchement. Peut-être cet épanchement est-il un mode de défense; peut-être le poumon refoulé et tassé par l'épanchement a-t-il moins de tendance à se laisser envahir par la tuberculose pleurale. Je n'oserais l'affirmer. Si cette hypothèse était réelle, il y aurait avantage à ne pas pratiquer trop hâtivement la thoracentèse. Mais, d'autre part, on sait combien il est redoutable de laisser s'accumuler dans la plèvre une trop grande quantité de liquide; la mort subite peut en être la conséquence, quelle que soit la théorie invoquée pour expliquer cette mort subite.

Dans une communication à l'Académie de médecine sur le traitement de la pleurésie, j'ai insisté sur la fréquence de ce terrible accident; il m'a été facile d'en réunir une quarantaine d'exemples, et ces catastrophes, nous ne les connaissons pas toutes, il s'en faut, car la plupart ne sont pas publiées; que serait-ce si on pouvait en dresser la liste complète! En analysant ces observations, on dirait qu'elles sont la plupart calquées les unes sur les autres; on y voit à chaque instant que le malade qui a succombé subitement était atteint d'un épanchement qui ne déterminait qu'une dyspnée *insignifiante*, si insignifiante que, dans bien des cas, la thoracentèse était rejetée, ou imprudemment renvoyée au lendemain.

Au risque de me répéter, et de revenir une fois de plus sur une question dont l'importance est dominante, n'oubliez pas que la dyspnée est un signe infidèle et un guide trompeur quand il s'agit de déterminer l'urgence de la thoracentèse; c'est la quantité du liquide épanché qui seule doit nous guider. On ne meurt pas subitement avec un épanchement inférieur à 1,500 grammes (ou du moins c'est la très grande exception), tandis qu'on peut mourir subitement avec un épanchement plus considérable. Il faut donc savoir évaluer assez approximativement la quantité du liquide épanché, ce qui est facile grâce aux renseignements fournis par la percussion, par l'auscultation et par le déplacement des organes, le cœur notamment dans la pleurésie gauche. L'épreuve radiographique est loin de nous donner des indications aussi précises. Une fois renseigné, on agit en conséquence et on pratique d'urgence la thoracentèse, en ayant soin de ne jamais retirer plus d'un litre en une séance, ce qui met à l'abri de tout accident ou de tout incident.

Autre question qui a également son importance. Sachez qu'au cas de pleurésie tuberculeuse aiguë, le liquide pleural peut se reformer rapidement et abondamment, alors qu'il semblait avoir été épuisé par la thoracentèse. J'ai constaté que cette reproduction rapide et tenace du liquide est beaucoup moins fréquente dans les pleurésies infectieuses aiguës qui ne sont pas tuberculeuses. Il m'est arrivé plusieurs fois, chez des sujets atteints de pleurésie tuberculeuse aiguë, de retirer en deux ou trois ponctions deux et trois litres de liquide sérofibrineux; l'épanchement était momentanément tari, les signes de l'épanchement étaient remplacés par des frottements, le patient se considérait comme guéri, et voilà qu'insidieusement, sans fièvre, sans dyspnée, sans douleur, le liquide pleural se reformait au point d'atteindre en quelques jours un litre et demi, deux litres et au delà.

Voyez quelles peuvent en être les conséquences : vous avez pratiqué la ponction en temps voulu, vous avez mis votre malade à l'abri de tout danger, il est même en si bon état que vous jugez inutile de l'examiner tous les jours, vous espacez les auscultations; trompeuse sécurité, car le liquide pleural a pu se reformer, le sujet meurt subitement, et à l'autopsie vous trouvez un grand épanchement, cause de la mort. En voulez-vous des exemples? Un des malades de mon service, dont l'observation a été rapportée par mon interne, M. Legrand, avait été ponctionné trois fois; il se trouvait fort amélioré, il mangeait de bon appétit, il était sans fièvre, sans dyspnée, bien que le liquide continuât à se reformer; on ne juge plus utile de l'examiner tous les jours et cet homme meurt subitement; à l'autopsie, nous trouvons un grand épanchement. Le patient de M. Widal avait été ponctionné, on avait retiré près de 2 litres de liquide, une amélioration notable en avait été la conséquence, mais l'épanchement, qui semblait tari, se reforme rapidement, et trois jours plus tard ce garçon meurt subitement. A l'autopsie, on trouve un grand épanchement et les lésions tuberculeuses que je vous ai signalées tantôt.

Méfiez-vous donc de la pleurésie tuberculeuse aiguë; c'est une maladie à surprises, sa marche est insidieuse, et l'irrégularité de ses allures ne constitue pas le côté le moins intéressant de son histoire. Habituez-vous à évaluer la quantité du liquide épanché, et pratiquez la thoracentèse si elle vous paraît urgente. Continuez à surveiller votre malade, même si la phase aiguë vous semble terminée; examinez-le tous les jours, et n'oubliez pas que l'épanchement que vous avez évacué peut se reformer rapidement, et préparer une mort subite, si vous n'avez paré le coup.

Je viens de vous faire mes recommandations pour la phase active de la pleurésie tuberculeuse aiguë. Là ne s'arrête pas le traitement. Votre pleurétique est entré en convalescence, mais, sous les apparences de la santé qui revient, se cache la lésion tuberculeuse de la plèvre. Quel avenir est réservé à cette pleurésie tuberculeuse? Est-elle destinée à guérir sans laisser de reliquat, ou bien n'est-elle que la première étape d'une infection tuberculeuse qui, à échéance plus ou moins éloignée, se portera au poumon ou ailleurs? Au moment où la pleurotuberculose a éclaté, le poumon était-il indemne ou recélait-il un foyer latent? Nous n'en savons rien; mais, en tout cas, nous savons que le malade est entaché de tuberculose et nous devons le placer dans les meilleures conditions thérapeutiques et hygiéniques. Voici comment :

Tout individu convalescent d'une pleurésie aiguë tuberculeuse doit se soigner longtemps, alors même qu'il se considérerait comme guéri après la phase active de sa pleurésie. L'infection tuberculeuse le guette. C'est surtout à l'hygiène que vous devez vous adresser. Votre malade doit éviter toute cause de surmenage et de déperdition des forces. L'alimentation sera substantielle et variée; on choisira les aliments et les boissons qui excitent l'appétit. Comme résidence, on donnera la préférence à un climat d'altitude, et on s'habituera à la vie au grand air. Tous les exercices seront permis, à la condition qu'ils n'aboutissent jamais à la fatigue.

En fait de médicaments toniques et reconstituants, vous prescrirez l'huile de foie de morue, par périodes, à dose croissante, de 40 à 200 grammes par jour, si elle est facilement tolérée; bien des sujets avalent sans sourciller un grand verre d'huile de foie de morue avant les repas. Pour la rendre moins désagréable, on la fait rafraîchir en plongeant le verre dans la glace. Vous avez vu plusieurs fois dans notre service des guérisons étonnantes de scrofulo-tuberculose par cette médication puissante.

Aux personnes qui ne supportent pas bien l'huile de foie de morue, conseillez les aliments gras, la crème de lait, les tartines de beurre. Certains hors-d'œuvre, huîtres, caviar, sardines à l'huile, thon mariné, poissons et viandes fumées, doivent faire partie de l'alimentation. Vous pourrez recourir à la viande crue et au suc musculaire qui ont été utilisés efficacement dans le traitement de la tuberculose (Richet et Héricourt, Josias et Roux). Les bons effets de ce régime « ne résident pas dans un phénomène de suralimentation pur et simple, mais ils reposent sur une qualité particulière antituberculeuse de l'aliment » (Cornil et Chantemesse).

Donnez avant les repas, dans un petit verre d'eau ou de vin, 30 gouttes d'une préparation composée, à parties égales, de teintures de kola, de coca et de quinquina. Pratiquez des injections de cacodylate de soude à la dose de 0 gr. 05 centigrammes, quinze jours de suite tous les mois, pendant plusieurs mois; l'efficacité de cette médication n'est plus à démontrer, elle a fait ses preuves. Que votre malade se surveille de près et qu'il évite les causes de refroidissement. Il faut des années avant qu'on puisse le considérer comme à l'abri de toute atteinte de tuberculose.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 novembre 1901.

De la valeur séméiologique de l'épilepsie jacksonienne dans le diagnostic topographique des lésions cérébrales.

M. Laborde relate un certain nombre de faits expérimentaux et cliniques qui prouvent que si l'excitation de la zone rolandique est la cause la plus fréquente des phénomènes paralytiques ou convulsifs du côté des membres, il est loin d'en être toujours ainsi : l'excitation des circonvolutions situées en avant ou en arrière de cette zone peut également provoquer les mêmes troubles; il résulte de ces données qu'au point de vue pratique la recherche d'une lésion productrice d'une paralysie ou de convulsions épileptoïdes ne doit pas porter seulement sur la zone rolandique, mais s'étendre au delà des limites antérieure et postérieure de cette zone.

M. Dieulafoy fait remarquer que l'argumentation de MM. Pitres et Lucas-Championnière n'infirme pas la valeur du fait qu'il a communiqué dans une des précédentes séances (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 349), à savoir que l'épilepsie partielle n'est pas toujours due à une lésion de la zone rolandique, mais qu'elle peut être aussi la conséquence d'une destruction des circonvolutions frontales (1). L'orateur ajoute que si cette conception nouvelle de l'épilepsie jacksonienne ne porte pas atteinte à la doctrine des localisations cérébrales — laquelle considère la zone rolandique comme le point de départ des désordres moteurs dont les membres peuvent être le siège —, c'est que cette doctrine a passé par plusieurs phases et qu'elle est devenue peu à peu moins exclusive, de façon à pouvoir se concilier avec les faits qui la contredisent.

M. Raymond déclare que la localisation des convulsions épileptiformes ne peut pas servir au diagnostic topographique d'une lésion cérébrale. A l'appui de cette opinion, il cite l'observation d'un homme qui était atteint d'épilepsie partielle d'une moitié du corps et d'hémiplégie de l'autre côté. Lorsqu'il s'agit de trépaner ce malade, on ouvrit le crâne non pas du côté opposé à celui qui était le siège des convulsions, mais bien du côté opposé à celui de la paralysie, et l'on trouva, en effet, une lésion au niveau de la zone rolandique de l'hémisphère correspondant. Ce fait prouve donc bien qu'on ne doit jamais prendre le phénomène convulsion comme point de départ d'une localisation cérébrale.

M. Dieulafoy rappelle que son malade n'était pas seulement atteint d'épilepsie partielle, mais encore de paralysie des membres correspondants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 novembre 1901.

Infection palustre et lymphadénome du foie et des reins.

M. Le Gendre relate l'observation d'un homme de vingt-sept ans, ayant eu autrefois la malaria et présentant tous les signes d'un rétrécissement aortique, chez lequel on vit survenir, pendant un séjour à l'hôpital, une tuméfaction douloureuse du foie dont la surface devint dure, inégale et bosselée. En même temps on notait des accès de fièvre, des sueurs profuses et des phénomènes généraux graves auxquels le malade finit par succomber.

L'autopsie permit de constater l'existence de deux rétrécissements aortiques, situés l'un au-dessus des valvules sigmoïdes, l'autre immédiatement après l'origine du tronc brachio-céphalique; on trouva, en outre, au niveau du foie et aussi du rein, plusieurs néoplasmes qui furent reconnus au microscope comme des lymphadénomes.

M. Fernet dit avoir observé également plusieurs anciens paludéens, chez lesquels il a vu apparaître des lymphomes ou des lymphadé-

(1) Dans sa thèse inaugurale, soutenue devant la Faculté de médecine de Paris le 31 octobre dernier, M. F. Lépinay relate une observation comparable à celle que M. Dieulafoy a communiquée à l'Académie de médecine dans la séance du 22 octobre : il s'agit d'une femme de quarante-huit ans qui succomba à des complications pulmonaires dix jours après un vertige lui ayant laissé « le bras droit complètement inerte, la jambe droite légèrement parésiée, sans aucun trouble moteur du côté de la face ni des yeux »; or, l'autopsie fit découvrir « un vaste ramollissement récent, très rouge, intéressant la corticalité des première et deuxième frontales [gauches] et s'arrêtant assez exactement, en arrière, au niveau de la frontale ascendante; à la coupe, les noyaux centraux ne présentent rien d'anormal ».

Toutefois, il importe de faire observer qu'on avait porté cliniquement le diagnostic de paralysie générale, ce qui nécessiterait quelques réserves sur l'origine de la monoplégie brachiale; il est vrai que le rapport d'autopsie est muet sur l'existence de lésions de méningo-encéphalite, et que les symptômes observés (affaiblissement intellectuel, embarras de la parole, tremblement des lèvres et des mains, gâtisme intermittent) peuvent être expliqués par la présence, au niveau de la partie moyenne de la première frontale droite, « d'un vieux ramollissement gros comme une pièce de deux francs, blanc jaunâtre et ratatiné ». — N. D. L. R.

nomes de divers organes; il semble donc qu'il y ait une relation assez étroite entre le développement de ces tumeurs et l'infection palustre.

Troubles fonctionnels du cœur avec souffle extra-cardiaque lié à une deformation du thorax.

M. Lamy communique l'observation d'un jeune homme de vingt ans qui, au moindre effort, éprouve de l'oppression, des palpitations, etc., etc., et qui a été considéré comme un cardiaque par plusieurs médecins, parce que la pointe du cœur bat à quatre travers de doigt du mamelon et que la région précordiale est le siège d'un souffle systolique intense, perceptible même en arrière.

Un examen attentif de l'appareil circulatoire a montré qu'en réalité la matité du cœur était normale, que le souffle était extra-cardiaque et que, si la pointe du cœur paraissait abaissée, cela tenait simplement à une déformation congénitale du thorax qui est très étroit et aplati d'avant en arrière. Il est vraisemblable qu'il faut également rattacher à cette disposition vicieuse du thorax les troubles fonctionnels du cœur éprouvés par ce jeune homme, et que la prétendue hypertrophie de croissance des adolescents ne reconnaît souvent pas d'autre cause.

Anévrysme latent de l'aorte; pneumonie massive et nécrosante du côté gauche.

M. Huchard communique, en son nom et au nom de M. Bergouignan, l'observation d'un malade chez lequel, à côté de lésions discrètes de tuberculose localisées au sommet du poumon, on constatait tous les signes d'un épanchement pleurétique abondant du côté gauche (matité complète, absence du murmure respiratoire, abolition des vibrations thoraciques, etc.). L'autopsie démontra que tous ces phénomènes étaient dus en réalité non à une pleurésie, mais à une pneumonie massive et nécrosante résultant de la compression du pneumogastrique par un volumineux anévrysme sacciforme de l'aorte, dont l'existence était restée méconnue pendant la vie.

M. Babinski rappelle que chez les animaux l'évolution de la tuberculose est toujours accélérée par la section du pneumogastrique.

Dystrophie ovarienne : syndrome de Basedow et pseudo-myxœdème.

M. Dalché lit une note dans laquelle il montre que, parmi les phénomènes qui accompagnent la dystrophie ovarienne, il en est qui appartiennent au syndrome de Basedow (tachycardie, bouffées de chaleur, crises de sueurs, etc., etc.), tandis que d'autres rappellent ce qui s'observe dans le myxœdème (bouffissure, infiltration de la peau, troubles dyspeptiques, etc.). Il résulte de ce rapprochement que l'opothérapie ovarienne est également indiquée pour combattre ces deux ordres de manifestations.

M. Scherb (d'Alger) envoie une note sur un cas de pseudo-vitiligo syphilitique à distribution rhizomélique et myélomélique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 9 et 16 novembre 1901.

De la pleurésie biliaire.

MM. Gilbert et **Lereboullet**. — Nous avons observé 3 faits qui prouvent la possibilité de complications pleurales au cours des infections biliaires bénignes ou graves : il s'agissait respectivement d'un ictère catarrhal bénin, d'un ictère consécutif à de violentes crises de colique hépatique, enfin d'une angiocholite subaiguë évoluant vers la suppuration.

Ces faits montrent que si la pleurésie peut être le résultat d'une perforation diaphragmatique par une suppuration hépatique, elle peut aussi survenir au cours des angiocholécystites catarrhales ou lithogènes sans effraction du diaphragme. Elle paraît due, dans certains cas, aux germes de l'infection biliaire causale, mais elle peut être aussi provoquée par la maladie des voies biliaires, sans avoir à son origine le même agent pathogène que cette dernière; il en était ainsi chez le second de nos malades, qui eut une pleurésie tuberculeuse, d'ailleurs bénigne, déterminée par la colique hépatique agissant à la manière d'un traumatisme.

Au point de vue pathogénique, ces pleurésies biliaires peuvent être rapprochées des pleurésies appendiculaires signalées par M. Dieulafoy. Comme celles-ci, leur gravité varie suivant la sévérité de l'infection causale; comme elles, elles siègent toujours à droite et semblent résulter non d'une propagation par voie sanguine, mais d'une propagation plus directe par voie lymphatique; le passage de l'infection à travers les puits lymphatiques du diaphragme (sans qu'il y ait perforation) a, du reste, été invoqué pour expliquer la symphyse péricardo-périhépatique (Gilbert et Garnier) et l'apparition de pleurésies ou de péricardites au cours des pyopérihépatites. Il convient, en tout cas, quelle que soit la pathogénie de ces pleurésies, de leur faire une place parmi les complications des infections biliaires aiguës ou chroniques.

Sur la relation existant entre l'état graisseux du foie (avec augmentation de la proportion de la lécithine hépatique) et le phosphore incomplètement oxydé de l'urine.

M. R. Lépine. — J'ai signalé, en 1882, que les foies gras humains peuvent renfermer une proportion très forte de lécithine, et que, dans ces cas, l'urine contient une quantité de phosphore incomplètement oxydé (ou d'acide phosphoglycérique) qui peut être décuple de la proportion normale, *par rapport à l'urée*. Ainsi, ce n'est pas seulement dans certains états nerveux, ainsi que je l'ai observé plus tard, que le phosphore, incomplètement oxydé, est augmenté dans l'urine; en certains cas, son abondance dans ce liquide est un signe précieux de l'état graisseux du foie. Des recherches plus récentes me permettent de l'affirmer.

De l'état des urines et du sérum dans l'ictère du nouveau-né.

M. Lereboullet. — J'ai eu l'occasion de constater la présence de pigments biliaires dans le sérum de 20 nouveau-nés atteints d'ictère idiopathique. Les urines, le plus souvent leucosuriques, de ces petits malades ne contenaient qu'exceptionnellement des traces de ces pigments, et, même avec la réaction de Salkowski, l'acholurie pigmentaire était la règle; la réaction de Haycraft fut plus souvent positive, mais elle l'était aussi chez des nouveau-nés non ictériques atteints des affections les plus diverses. Il est donc impossible de tirer de l'analyse des urines des conclusions pathogéniques, tandis que l'examen du sérum permet d'affirmer la nature biliaire de l'ictère du nouveau-né. L'acholurie est due, vraisemblablement, au fonctionnement encore imparfait du rein au début de la vie extra-utérine.

Du bacille dysentérique.

MM. Moreul (de Landerneau) et **Rieux** (de Constantine) adressent une note dans laquelle ils décrivent un microorganisme que l'on rencontrerait, seul ou associé à des espèces variables (mais inférieures en nombre), dans tous les cas de dysenterie. Ce bacille fait fermenter la lactose sans produire d'indol. Le sérum des animaux auxquels on l'injecte acquiert des propriétés agglutinantes manifestes; il tend à agglomérer le bacille d'Eberth, mais reste sans effet sur le colibacille. Enfin, ce sérum rendu immunisant est antitoxique à l'égard des toxines dysentériques, tandis qu'il n'agit par sur la toxine des bacilles d'Eberth et d'Escherich.

M. Meunier communique un nouveau procédé de *dosage de la pepsine dans le suc gastrique.*

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un procédé de cure radicale des hernies sans ouverture du péritoine.

Partant de ce fait que toute hernie abdominale n'est qu'une lésion de la paroi, M. le docteur Poullet (de Lyon) a cherché, dans le traitement chirurgical des hernies, à restreindre le plus possible l'étendue de l'acte opératoire, de façon à obtenir la cure radicale sans ouvrir le sac herniaire ni inciser les aponévroses. Voici quel est le procédé que notre confrère emploie, à cet effet, depuis une dizaine d'années : après avoir fait une incision cutanée dont la longueur ne dépasse jamais 5 centimètres, il écarte les lèvres de la plaie à l'aide d'un dilatateur *ad hoc*, manœuvre qui, en raison de l'élasticité de la peau, donne toujours un jour suffisant. On procède ensuite à la recherche du collet du sac et on réduit sans ouvrir. On passe alors un fil métallique, par transfixion, dans le collet du sac, de manière à le coudre à la paroi abdominale; avant de serrer le fil, on le repasse deux ou trois fois à travers la brèche de la paroi pour en rapprocher les lèvres.

Cette intervention, qui dure en tout de quinze à vingt minutes, ne comporte naturellement pas les soins post-opératoires minutieux de la cure radicale ordinaire : aussitôt l'opération terminée, le patient peut se lever, aller uriner, etc., etc., et, au lieu de le maintenir au lit pendant plusieurs jours consécutifs, il suffit de lui ordonner un repos relatif de quatre ou cinq jours sur une chaise-longue ou sur un fauteuil.

Le fil métallique, laissé à demeure, serait le plus souvent bien toléré; dans quelques cas seulement on observerait de la suppuration sous-cutanée, de sorte que la guérison, qui habituellement se fait en huit à dix jours, nécessiterait en pareille occurrence de deux à trois semaines.

M. Poullet a eu l'occasion d'opérer ainsi près de 400 sujets porteurs de hernies crurales, inguinales ou ombilicales; convaincu de l'innocuité absolue de ce procédé, il a pu intervenir, avec succès, chez des individus très âgés et, entre autres, chez un vieillard de quatre-vingt-quatre ans.

Traitement de la tuberculose par le sulfure de carbone.

M. le docteur Coromilas, professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine d'Athènes, a cherché à utiliser les propriétés parasiticides du sulfure de carbone dans le traitement des diverses manifestations de la tuberculose. Pour les tuberculoses chirurgicales (arthrites, ostéites, etc.), notre confrère se sert d'une mixture contenant 2 grammes de camphre pour 100 grammes de sulfure de carbone, et incorporée à 20 ou 25 parties d'huile d'olive. Ce liquide est injecté en quantité nécessaire pour remplir l'abcès. De plus, on administre au malade, deux fois par jour, une cuillerée de sirop renfermant une vingtaine de gouttes environ de sulfure de carbone par cuillerée. Sous l'influence de ce traitement, les lésions tuberculeuses ne tarderaient pas à rétrocéder; toutefois, comme les mêmes injections ont donné d'aussi bons résultats dans des cas d'abcès streptococciques ou staphylococciques par ostéite traumatique ou par ostéomyélite, on ne saurait voir dans le sulfure de carbone un véritable spécifique des tuberculoses chirurgicales : ce médicament semble plutôt constituer un topique capable de modifier avantageusement les suppurations, quelle que soit leur nature.

En ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, M. Coromilas a essayé de la combattre au moyen d'injections intra-trachéales de sulfure de carbone térébenthiné, associées à l'usage interne du sirop ci-dessus mentionné. Notre confrère emploie, pour ces injections, un mélange composé de 2 parties de sulfure de carbone pour 1 partie de térébenthine de Venise, et incorporé à de l'huile d'olive stérilisée. On commence par injecter 10 grammes d'huile, ce qui correspond à 10 gouttes de sulfure de carbone térébenthiné; les injections — pratiquées au moyen d'une canule à double tubulure, afin de permettre au malade de respirer pendant l'intervention — sont répétées tous les quatre jours, et la dose de liquide injecté est portée finalement à 20 grammes. Notre confrère, ayant traité de la sorte plusieurs cas de tuberculose pulmonaire, aurait obtenu la guérison complète dans l'espace de quatre à cinq mois. Mais à côté de ces résultats heureux, il est bon de signaler que, chez 7 malades atteints de phtisie pulmonaire, que M. le docteur E. Delorme (médecin militaire français) a pu examiner attentivement, le traitement préconisé et appliqué par M. Coromilas est resté inefficace. Le sulfure de carbone ne saurait, par conséquent, être considéré comme médicament de choix dans la tuberculose pulmonaire, et cela d'autant plus qu'il est susceptible de provoquer des accidents assez graves (vertiges, nausées, maux de tête, dyspnée, cyanose des membres, etc.).

REVUE CRITIQUE

Prophylaxie et traitement de la coqueluche.

Si la coqueluche, maladie infectieuse et transmissible, est bien connue dans ses diverses manifestations, si le diagnostic clinique de cette affection peut être le plus souvent établi à coup sûr, par contre, une certaine obscurité plane encore sur la nature de son agent pathogène. De même, l'accord ne s'est pas fait au sujet de l'époque à laquelle cette maladie est transmissible.

Il n'est pas sans intérêt de jeter une vue d'ensemble sur ces différents points controversés de l'*étiologie* et de la *prophylaxie* de la coqueluche, et d'établir le *bilan des acquisitions thérapeutiques*, dans ces dernières années particulièrement.

I

Avant d'étudier la prophylaxie de cette affection, nous rappellerons brièvement les résultats obtenus dans la recherche de l'agent pathogène de la coqueluche.

Les premiers travaux dans ce sens ont été faits, dans la seconde moitié du siècle passé, par Poulet (1867), Letzerich (1874), Tschamer (1874), Bürger (1883). Ils n'ont plus à l'heure actuelle qu'un intérêt historique.

Le premier, un médecin russe, Affanassiev (1887), crut avoir trouvé la preuve irréfutable de l'origine bactérienne de la coqueluche. Il isole dans l'expectoration des coquelucheux un bacille long, cultivable sur agar, surtout abondant à la période catarrhale, et dont l'inoculation au chien reproduit typiquement les accès de toux convulsifs : donc ce bacille est spécifique. Ces recherches furent confirmées par Wendt et Semtschenko avec des arguments de même nature.

Quelques années plus tard, Ritter (1892) soutient que l'agent spécifique de la coqueluche est un diplocoque qui colonise facilement aussi sur agar à 37° ou 38°. Ce microbe détermine l'apparition de quintes de toux chez le jeune chien, lorsqu'on l'injecte dans les voies aériennes de cet animal.

Cohn et Neumann (1893) attribuent l'affection à un *coccus* qu'ils ont toujours rencontré, en quantité minime, d'ailleurs, dans les crachats des malades. Zusch retrouve ce même élément dans les cas simples, non compliqués de bronchopneumonie.

Kurlov (1896), dix ans après Deichler, pense que l'agent causal est non plus une bactérie, mais un *protozoaire*, parasite gros comme une hématie, en général, mais pouvant acquérir des dimensions parfois énormes, celles d'un leucocyte de grande taille, par exemple. Cet élément possède des mouvements amiboïdes.

L'année suivante, Koplik trouve un bacille qu'il cultive sur liquide d'hydrocèle. Dans ce milieu, par transformations successives, il obtient un microorganisme semblable à celui de la diphtérie.

Une découverte importante, ayant eu son heure de vogue, est faite en 1897 par Czaplewski et Hensel, qui décrivent dans les crachats abondamment lavés des coquelucheux un petit bâtonnet colorable par la méthode de Gram, à extrémités arrondies, présentant une *coloration bipolaire* très caractérisée, cette dernière très visible par adjonction, aux frottis, d'une quantité minime d'acide acétique.

Un certain nombre d'auteurs obtiennent des résultats identiques : à l'étranger, Spengler (1897) (1), Vincenzi (1898), Buttermilch (1900); en France, M. Cavasse (2). Ce dernier a rencontré d'une façon presque constante la bactérie bipolaire de Czaplewski et Hensel. Pourtant, il n'en conclut nullement à la spécificité de celle-ci, car les deux grandes épreuves décisives sont toujours restées négatives : l'agglutination par le sang du porteur, et la reproduction expérimentale de la maladie. Luzzato (1900) isole deux sortes de bactéries : l'une analogue au bacille de Czaplewski, l'autre à celui de Koplik.

(1) Cet auteur, dans une étude récente (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, mai 1901), a confirmé ses constatations premières.

(2) A. CAVASSE. Sur la coqueluche. (*Thèse de Paris*, 1899.)

Tout récemment, MM. Jochmann et Krause (1) ont rencontré, 18 fois sur 31 cas, un microorganisme rappelant le microbe grippal de Pfeiffer et qui, pour eux, joue un rôle important dans la pathogénie de la coqueluche.

La critique de ces différents résultats vient d'être faite dans une étude documentée et sérieuse par M. Rahner (2). Celui-ci rappelle d'abord que les découvertes faites il y a une vingtaine d'années par Poulet, Letzerich, etc., n'ont pas été confirmées. Il estime que l'*Ustilago maïdis* de Tschamer se confond en tous points avec le *Bacillus mesentericus vulgatus* de Koch : il présente, en effet, avec ce dernier des ressemblances frappantes au point de vue de la morphologie et des caractères culturaux.

M. Rahner s'attache plus spécialement à la critique des résultats obtenus par Affanassiev. Il fait remarquer tout d'abord que cet auteur signale la présence du bacille qu'il croit spécifique, surtout dans les coqueluches compliquées, et qu'on le trouve fort rarement à la période catarrhale de la maladie. En outre, la preuve convaincante donnée par le médecin russe pour étayer la notion de spécificité de son bacille : l'inoculation aux animaux et la reproduction chez eux d'une toux spasmodique, ne lui paraît nullement démonstrative. En effet, le catarrhe aigu ou chronique du larynx chez le chien suffirait pour donner à cet animal une toux convulsive, reproduisant le tableau clinique de la coqueluche humaine. La toux spasmodique du jeune chien, bien étudiée par Friedberger et Fröhner, est seulement la traduction d'un état inflammatoire des voies aériennes, non d'une coqueluche inoculée au gré de l'expérimentateur. Les tentatives d'Affanassiev n'eussent été absolument probantes que s'il avait reproduit la toux typique chez des animaux mis en contact avec le premier infecté. Or, cette preuve manque totalement.

Les travaux de Bürger, de Kurlov sont également peu démonstratifs, d'après M. Rahner. On sait, en effet, combien est variable l'aspect microscopique d'une expectoration, et combien on y peut rencontrer de figures diverses. Il est fort probable que des modifications globulaires essentiellement polymorphes ont été prises par Bürger, Deichler, Kurlov pour des éléments spécifiques de la coqueluche.

Quant à la bactérie bipolaire si souvent rencontrée dans les examens microbiens (Koplik, Czaplewski, Hensel, etc.), elle *ne serait autre que le bacille pseudo-diphtérique*, fréquemment trouvé dans les voies aériennes. La morphologie, les caractères culturaux de ce bacille sont identiques à ceux qu'on attribue à la bactérie bipolaire : l'un et l'autre croissent bien sur sérum de Löffler et sur agar glycériné. L'inoculation au cobaye est négative. M. Rahner a essayé sur lui-même l'effet d'une colonie microbienne : il en a badigeonné ses amygdales et son pharynx avec une aiguille de platine, mais sans résultat; aucune toux spasmodique n'est apparue. L'état d'inflammation du conduit respiratoire, créé par le catarrhe laryngo-trachéo bronchique, serait une cause prédisposante à la pullulation du bacille pseudo-diphtérique dans l'arbre aérien, ce qui explique la présence de ce microorganisme dans les crachats et les mucosités des coquelucheux.

(1) G. JOCHMANN et P. KRAUSE. Zur Ætiologie des Keuchhustens. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 2, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 277.)

(2) RAHNER. Zur Epidemiologie und Ætiologie des Keuchhustens. (*Arch. f. Hyg.*, 1901, XL, 1.)

En dernière analyse, dans les travaux relatifs à la bactériologie de la coqueluche, il n'y a pas une preuve vraiment décisive tendant à faire admettre la nature spécifique de tel ou tel agent supposé pathogène. Le plus généralement, les différentes bactéries qui ont été décrites comme spécifiques de la maladie n'étaient que des microbes vulgaires (*Bacillus mesentericus*, bacilles de Talamon-Fränkel et de Friedländer, bacille grippal de Pfeiffer, bacille pseudo-diphtérique). Quant aux sporozoaires mentionnés dans quelques recherches, ou bien ils n'ont pas été retrouvés, ou bien ils ne représentaient que des formes anormales d'éléments figurés du sang. M. Rahner conclut donc, de ces différentes considérations ainsi que de ses recherches personnelles, que l'agent véritable de la coqueluche n'a pas été rencontré encore; que peut-être la coqueluche est causée non par une bactérie, mais par un champignon ou un sporozoaire. M. Cavasse, dans sa thèse, reconnaît également qu'aucune acquisition définitive n'a été faite en ce qui concerne l'étiologie de la coqueluche.

C'est à cette conclusion que nous nous arrêterons aussi, en faisant remarquer cependant que, suivant toutes probabilités, la nature intime de la coqueluche est inconnue parce que l'on n'a pas entrepris les recherches bactériologiques en temps opportun et que, de ce fait, ces recherches étaient par avance frappées de suspicion légitime. Cette manière de voir découle d'une opinion sur l'époque de la contagiosité que nous allons exposer maintenant.

II

Actuellement, la notion de la contagiosité de la coqueluche ne fait plus de doute pour personne. Mais l'*époque* à laquelle la maladie peut être dangereuse pour l'entourage est diversement fixée par les auteurs.

Jusque dans ces dernières années, classiquement, on pensait que le maximum de contagiosité coïncidait *avec la période des quintes*, le pouvoir infectant ayant une durée variable. Roger soutenait que l'affection est *aussi* transmissible à son début.

L'un de nous cependant (Weill) a cru devoir tirer de l'examen soigneux des faits observés par lui à la clinique des maladies infantiles de Lyon cette conclusion, communiquée au Congrès de médecine interne tenu à Lyon en 1894, que, *à l'hôpital, la coqueluche considérée aux différentes périodes des quintes n'est pas transmissible*; que, très vraisemblablement, il en est de cette maladie comme des oreillons ou de la rougeole, où la contagion se produit avant l'apparition des signes cliniques caractérisques.

M. Weill avait été frappé de ce fait que les enfants coquelucheux étaient mêlés sans précaution aucune, depuis de nombreuses années, avec les autres enfants malades dans les services hospitaliers de Lyon. Cette négligence apparente ayant éveillé son attention, au moment où il fut chargé de la clinique infantile, il put constater que tous les cas de coqueluche présents étaient des cas d'importation et qu'il n'y avait eu aucun cas intérieur. Convaincu qu'une enquête soigneuse lui permettrait de trouver les causes de cette anomalie, il rechercha pendant deux ans, dans les antécédents et les conditions actuelles des enfants admis pour une affection autre que la coqueluche, les raisons possibles de leur immunité. Il fit un choix parmi tous les petits malades non coquelucheux, éliminant systématiquement, comme peu disposés à contracter la coqueluche : 1° les enfants entrés pour une affection qui les obligeait à l'alitement, ce qui les préservait des contacts avec les coquelucheux; 2° les enfants un peu avancés en âge (on sait que la réceptivité pour la coqueluche, bien que persistant toute la vie, diminue progressivement à partir de la puberté); 3° les enfants ayant eu une coqueluche antérieure et tous ceux dont les

parents, soigneusement interrogés, n'affirmaient pas que leur enfant n'eût pas été atteint de la coqueluche (1); 4° enfin, les enfants dont le séjour à l'hôpital était inférieur à dix jours, laps de temps qu'on peut considérer comme limite extrême de la durée d'incubation.

Du côté des coquelucheux, M. Weill fit aussi des éliminations, ne laissant entrer en ligne de compte que les enfants non alités, sans complications, et dont la coqueluche ne dépassait pas la phase des quintes pures, ne datait que de quelques jours à un mois.

Ainsi, l'enquête a porté sur des enfants âgés de moins de sept ans, n'ayant jamais eu la coqueluche, non alités, se promenant dans la salle et en contacts répétés avec d'autres enfants présentant des quintes de coqueluche. Les enfants de la première catégorie avaient parfois leurs lits placés à côté de ceux de la seconde. Dans d'autres circonstances, le lit d'un non-coquelucheux était encadré par deux lits de coquelucheux; les uns et les autres étaient par moments assis côte à côte sur le même lit, à table mangeaient ensemble, se servant quelquefois du même verre ou de la même cuiller.

M. Weill a pu, de la sorte, observer 93 enfants choisis systématiquement comme une proie offerte à la contagion, mis en rapports fréquents avec 15 coquelucheux ayant des quintes, et pas un de ces 93 enfants n'a été contaminé. Et, cependant, les conditions étaient des plus favorables pour la transmission.

Bien que les faits négatifs n'aient pas la valeur des faits positifs, quand ils se présentent avec une pareille constance et dans les conditions que nous avons indiquées, on ne peut s'empêcher d'en tenir compte.

Ajoutons que M. Weill a pu voir, à deux reprises, une coqueluche survenir longtemps après, chez des enfants exposés antérieurement au contact des coquelucheux. Un enfant qui, à trois ans, fut placé pendant un mois entre deux coquelucheux sans contracter la maladie, eut à cinq ans une coqueluche intense pour laquelle il revint à l'hôpital. Un autre qui, à dix ans, avait passé une journée à la campagne avec deux enfants atteints de quintes, eut lui-même une coqueluche à douze ans.

M. Weill a pu suivre plusieurs petites épidémies de coqueluche en ville, et chaque fois une enquête minutieuse lui a permis de préciser les dates des contacts entre enfants sains et malades; ces contacts avaient toujours eu lieu avant la période des quintes, et cela se comprend fort bien, puisque, lorsque les quintes ont éclaté, on fait généralement le vide autour du petit coquelucheux. D'ailleurs, il existe un fait d'observation grossière, que tous les médecins pourront vérifier, que reconnaissent ceux même qui sont partisans de la contagion pendant les quintes, c'est que la coqueluche est singulièrement plus contagieuse à la ville qu'à l'hôpital. A quoi tient cette particularité, si ce n'est à ce que les enfants affectés de coqueluche ne sont envoyés à l'hôpital que pendant la période des quintes? Les pauvres, les ouvriers ne se séparent guère d'un enfant atteint d'une simple bronchite; mais, dès que la quinte paraît, ils ont peur pour les autres enfants et se décident à éloigner le malade.

Nous nous croyons donc en droit, bien que cette opinion ait trouvé peu d'encouragements, de dire que la contagion a lieu surtout pendant la première période de la coqueluche, au moment où cette affection est difficile à reconnaître; la contagiosité peut persister, en s'atténuant, durant les premiers jours des quintes, mais elle disparaît peu à peu et on peut admettre qu'elle n'existe plus guère au huitième jour des quintes.

Les premiers résultats obtenus par M. Weill ont été publiés en détail dans la thèse de M. Bierer (1); ils ont fait l'objet d'une nouvelle communication de M. Weill à la Société des sciences médicales de Lyon : le nombre des cas était alors de 89. Depuis cette époque jusqu'à l'heure actuelle, nous en avons compté, dans des conditions d'observation rigoureuse, jusqu'à 104; sur ce nombre, 3 concernent la période de début même des quintes, 2 le troisième jour de celle-ci, 3 le quatrième, 2 le cinquième, 6 le huitième, 1 le neuvième, 3 le dixième, 6 le quinzième. Il ne saurait donc y avoir aucun doute à cet égard.

C'est la première fois que semblable opinion était émise d'une façon ferme sur ce point. On trouve cependant quelques brèves indications à ce sujet dans la thèse de M. G. Martin (2), qui cite deux observations communiquées par M. Bard où la contagion à l'école ne s'est pas opérée, bien que les deux petits patients fussent en pleine période de quintes. MM. Perret et Givre (3) notent la rareté de la contagion hospitalière. « La contagion directe, à la période des quintes, disent-ils, paraît faible. Dans la salle de la clinique, les coquelucheux vivent absolument mêlés aux autres malades et cependant, sur 302 cas, nous n'avons trouvé que deux faits de contagion intérieure de la coqueluche. »

Peu après la communication de M. Weill, un médecin bordelais, M. Léon, mentionnait en des termes à peu près identiques des idées qu'il disait — à tort — nouvelles sur ce sujet.

Ces déductions ne sont pas admises par tous, cependant. M. Cavasse, dans sa thèse déjà citée, trouve l'opinion du professeur lyonnais trop absolue. « Pour la ruiner, dit-il, il suffit d'un fait contraire : or, les faits contraires ne se comptent plus. Mais ce qu'il faut retenir, c'est du moins que la coqueluche n'est pas contagieuse jusqu'à la dernière quinte. » Les faits contraires ne sont pas si nombreux que semble le prétendre M. Cavasse, et, d'autre part, il ne suffit pas d'un fait contraire pour ruiner notre opinion. Quand le fait positif est l'exception, il peut parfaitement être interprété autrement que le prétend M. Cavasse : la transmission a pu se faire par un infirmier, un parent, un visiteur quelconque, apportant avec lui les germes qu'il vient d'emprunter à un coquelucheux au début, ou qu'il puise en lui-même s'il est atteint de la bronchite prémonitoire.

M. Comby ne souscrit pas intégralement aux conclusions de M. Weill, car il a vu plusieurs fois la coqueluche se transmettre incontestablement à la période des quintes; il admet toutefois que la première phase de l'affection peut être dangereuse, alors qu'aucun signe certain ne vient objectiver la maladie. M. Grancher, dans une communication au Congrès international de médecine tenu à Paris en 1900, disait que la coqueluche est contagieuse soit avant, soit pendant les quintes; il citait une statistique de 357 cas de coqueluche soignés dans son service en l'espace de dix ans et ayant donné lieu à 9 cas de contagion : sur ces 9 cas, il est expressément indiqué que 4 fois la contamination s'est faite à la période préquinteuse; pour les 5 cas restants, il n'est pas fait mention du temps écoulé depuis le début des quintes jusqu'au moment de la contagion. M. Grancher attribue à l'antisepsie médicale ce petit nombre de contaminations; malheureusement, il n'a pu relever le chiffre de contagions qu'il a observées avant l'organisation de l'antisepsie médicale. Nous sommes convaincus qu'il n'aurait pas trouvé grande différence dans les résultats, car le nombre des enfants envoyés à la période de bronchite simple est très restreint, et, pour nous, c'est cette période qui est vraiment dangereuse au point de vue de la transmission.

Les faits observés par l'un de nous dans une période de dix années environ n'ont fait que contribuer à donner à notre opinion une base plus solide. Nous pouvons dès maintenant en tirer cette remarque que, suivant toute vraisemblance, les recherches bactériologiques n'ont fourni aucun résultat certain jusqu'à l'heure actuelle parce qu'elles ont été entreprises trop tardivement, et qu'à l'avenir les investigations devront porter sur les produits pathologiques issus des voies aériennes pendant la première partie de la maladie, à la phase seulement catarrhale. On s'adressera donc aux frères ou sœurs d'enfants toussant en quintes, mais ne présentant pas encore eux-mêmes des quintes caractéristiques, au lieu de choisir des coquelucheux à la période des quintes.

III

Il n'était pas inutile de rappeler ici les notions acquises en ce qui concerne l'étiologie et l'épidémiologie de la coqueluche : on peut en déduire la prophylaxie à diriger contre la maladie.

Les mesures se résument à deux principales : l'*isolement* et la *désinfection*.

1° Pour ce qui est de l'*isolement*, la conduite à tenir varie suivant qu'il s'agit de cas survenant dans la famille, ou dans les agglomérations d'enfants (hôpitaux, écoles).

a) Dans la famille, les mesures préventives sont très souvent illusoires : les enfants vivant d'une existence commune, ayant puisé à la même source la contagion ou s'étant infectés réciproquement, l'isolement n'est pas nécessaire. La contagion est massive. Il n'y aura plus qu'à prendre vis-à-vis de ces malades des précautions tendant à éviter le renforcement des coqueluches les unes par les autres : il est possible, en effet, qu'une affection bénigne au début chez un de ces enfants, soit influencée assez malheureusement par une autre, d'allure plus grave. La dispersion peut même être parfois utile dans ces cas.

D'autre part, quand une coqueluche se déclare dans une famille où les enfants sont séparés pour une cause quelconque pendant la période préquinteuse, le rapprochement ne sera permis qu'un certain temps après l'apparition des quintes, c'est-à-dire à un moment où, d'après nos relevés, la coqueluche n'est plus infectante.

b) En ce qui concerne les écoles, les règlements français sont à ce sujet assez sévères et prescrivent l'éloignement jusqu'à deux et même trois semaines après la cessation des quintes. Ces règlements visent les cas isolés de coqueluche survenant dans les établissements scolaires. C'est là une pratique singulièrement exagérée. On sait, en effet, que la coqueluche, ou plutôt que les quintes de coqueluche, peuvent durer des mois, reprendre après une amélioration passagère, à l'occasion d'une simple bronchite, d'une laryngite, etc., et on arrive ainsi à faire perdre un semestre ou même une année de scolarité à un enfant dont la présence n'est plus un danger pour ses camarades.

Dans l'opinion que nous défendons, la prophylaxie efficace consisterait à renvoyer non pas l'enfant atteint de quintes, mais ses frères, ses sœurs, ceux qui l'approchent en dehors de l'école, qui sont susceptibles d'avoir contracté la coqueluche et qui n'en sont pas encore à la période des quintes.

Quand la maladie survient sous forme épidémique, le service médical de l'école doit-il conseiller le licenciement? M. J. Courmont ne le

(1) Lorsque les renseignements faisaient défaut, ou quand les parents ne se souvenaient pas nettement, on considérait l'enfant comme ayant eu la coqueluche et, par conséquent, comme jouissant de l'immunité; pour être très large vis-à-vis de la doctrine de la contagion, on exclut même de la catégorie des exposés à la coqueluche les enfants ayant plus de sept ans, c'est-à-dire la plupart des enfants fréquentant les écoles, et ayant, de ce fait, pu contracter une coqueluche atténuée qui aurait été méconnue.

(1) Bierer. Contagion de la coqueluche. (*Thèse de Lyon*, 1897.)

(2) G. Martin. Du rôle de la convalescence dans la propagation des maladies transmissibles. (*Thèse de Lyon*, 1891.)

(3) Perret et Givre. Note clinique sur 300 cas de coqueluche. (*Province méd.*, 28 mars et 4 juin 1892.)

pense pas, et il suit en cela l'opinion de M. Weill : d'après lui, cette mesure est inefficace; elle n'est pas possible en temps opportun.

c) Quant aux services hospitaliers, à l'heure actuelle, on pratique systématiquement l'isolement des coquelucheux, mais sans prendre à leur égard des précautions particulières. Ces précautions sont cependant nécessaires, d'autant plus qu'une des causes principales de la mortalité hospitalière dans la coqueluche est la fréquence de la bronchopneumonie et de la tuberculose.

A l'hôpital des Enfants-Assistés, l'organisation est fort satisfaisante : séparation des douteux à l'entrée (particulièrement des enfants envoyés sans renseignement aucun) en une sorte de lazaret; isolement individuel dans des *box* spécialement construits dans ce but, telles sont les mesures prophylactiques les plus efficaces à réaliser.

2° Toutes ces mesures pourront être complétées par la *désinfection*. Celle-ci sera appliquée au coquelucheux lui-même ou à son entourage.

Bien entendu, les objets servant au malade, les produits pathologiques divers (crachats, mucosités) rejetés à la fin des quintes devront, d'après l'opinion communément admise, être soumis à une désinfection rigoureuse. C'est évidemment là une bonne précaution à prendre, mais elle n'est pas absolument essentielle, si l'on veut bien admettre que la période des quintes n'est plus dangereuse dans la coqueluche. La désinfection de tout ce qui provient du malade nous paraît surtout efficace à la phase catarrhale simple, avant le début de la toux convulsive.

L'entourage du malade sera l'objet d'une désinfection portant spécialement sur les mains.

IV

Quelles sont les règles d'hygiène à suivre dans la coqueluche?

Au moment des quintes, particulièrement, il est nécessaire d'assister les enfants en leur soutenant le front, par exemple, en dégageant les vêtements dans le cas où ceux-ci seraient trop serrés, en débarrassant la bouche des mucosités ou des crachats qui souvent l'encombrent et augmentent encore la cyanose. Pour ce faire, on introduira doucement le doigt recourbé en crochet au-dessous de la langue, ou bien on se servira d'un tampon de ouate hydrophile.

Entre les quintes, il faut veiller avec une scrupuleuse attention à l'hygiène digestive. Par des pesées fréquemment répétées, on s'assurera que les pertes de poids ne sont pas trop considérables. On fera ingérer une nourriture substantielle et d'une digestion facile, dès la quinte terminée. La plupart des médecins conseillent les purées de légumes, les crèmes, les bouillons de viande, la viande hachée, les ris de veau ou d'agneau, etc. Au besoin, on pourrait faire usage des extraits concentrés, et aussi de la lécithine. Dans les cas de vomissements incoercibles, on aurait recours aux lavements peptonisés.

L'indication de préserver l'organisme des conséquences de l'inanition est surtout urgente chez le nourrisson. La réglementation des tétées s'impose donc. On insistera pour que l'enfant prenne une quantité de lait égale à celle qu'il ingère à l'état normal : d'où la nécessité de lui donner le sein ou le biberon dès la terminaison d'une quinte accompagnée de vomissements. Il est utile également, surtout chez les enfants de deux à sept ans, de veiller à la liberté complète du ventre, à l'évacuation régulière de l'intestin.

L'hygiène du système nerveux demande aussi à être surveillée. Il est nécessaire que ces petits malades « toujours en imminence de spasmes » ne soient exposés à aucune cause d'émotion, même dans un simple examen médical. Certains auteurs croient utile de donner quotidiennement un bain tiède, dont l'influence sédative paraît bien établie.

Le vêtement sera chaud, tout en ne comprimant en aucune façon les mouvements thoraciques. M. Barré conseille d'user de vêtements de laine, de flanelle, de jersey, pour remplir bien cette indication.

C'est surtout à l'hygiène respiratoire qu'il importe de veiller pendant le cours de la coqueluche. Autant qu'il sera possible, deux chambres seront mises à la disposition du malade, l'une servant pendant le jour, l'autre pendant la nuit : elles seront bien aérées, vastes. M. Comby demande en général 50 mètres cubes par enfant. La température y sera douce, et surtout uniforme : 18 degrés suffisent; en hiver, il faudra éviter le surchauffage du local.

On n'est pas d'accord sur la question des *sorties* et des *promenades* des coquelucheux. Les uns, en effet, pensent qu'il est préférable d'éviter pour le petit malade les causes de refroidissement et les changements de pression atmosphérique (J. Simon, A. Marfan). D'autres demandent, au contraire, une véritable cure d'air pour cette affection. De même, les opinions les plus diverses ont été émises à propos du *changement de résidence* dans la coqueluche. Cette question a été étudiée avec détail dans un récent article de M. Szegö. Tandis que certains médecins (Ullmann, Glaz, Comby) préconisent le transfert du malade, d'autres (Henoch, von Bókay, Sticker) estiment que la mesure est tout à fait inutile, voire même nuisible.

Suivant nous, dans les coqueluches simples, il peut être vraiment salutaire de laisser les malades à l'air libre pendant une partie fort longue de la journée. L'enfant sortira donc aux heures chaudes, pendant les saisons favorables; de toute façon, on prendra des précautions minutieuses pour éviter les brusques refroidissements.

Quant au changement de séjour, son influence est plus discutable. L'examen des faits montre qu'il existe des différences dans les résultats obtenus : alors que certaines coqueluches sont notoirement améliorées, d'autres sont peu modifiées et même aggravées. C'est ce qui ressort très affirmativement des faits observés par l'un de nous (Weill) dans sa clientèle privée. Là est sans doute la raison de ces divergences que nous signalions précédemment dans les opinions des différents auteurs.

De fait, on ne peut formuler des conclusions très précises sur ce point. Si l'on est en présence d'une coqueluche d'intensité moyenne ou légère, point n'est besoin d'une semblable mesure, à moins qu'elle ne soit impérieusement réclamée par la famille. Si la maladie affecte une allure grave, le changement sera ordonné d'urgence, comme le conseille M. Comby. On fournira peut-être ainsi au malade une chance plus grande de guérison.

On ne sera pas arrêté, à notre avis, par la crainte de semer la contagion dans la localité où sera envoyé l'enfant; c'est ce qui ressort de notre opinion sur la non-transmissibilité de la coqueluche, surtout à une période un peu avancée des quintes.

Pour ce qui est du choix du séjour, il variera suivant les localités. Le climat de montagne, le climat maritime se disputent les faveurs des praticiens. On s'inspirera surtout de la nécessité de soustraire le malade à des changements trop brusques de pression atmosphérique, et de lui indiquer un séjour où la température soit uniforme.

V

Les remèdes ou procédés thérapeutiques proposés contre la coqueluche sont innombrables et la nomenclature seule en est fort longue. Aussi serait-il fastidieux de les passer tous en revue. Nous nous contenterons d'en signaler un certain nombre, nous attachant à mettre en lumière l'*action* d'ensemble et l'*indication* propre de tel médicament plutôt qu'à étudier la posologie ou la formule employée.

On peut diviser les procédés de traitement en deux grands groupes : les uns constituant la médication interne, les autres formant la médication externe; division tout artificielle, mais qui permet un exposé plus clair de la question.

Nous ne parlerons que pour mémoire des moyens empiriques qui, jusque dans la première moitié du dix-neuvième siècle, étaient couramment employés; ils sont actuellement tout à fait tombés dans l'oubli.

De même, nous ne nous occuperons pas dans cette étude du traitement à employer dans les complications de la coqueluche. Ce traitement est le même que s'il s'agit des maladies primitives.

La *médication interne* comprend les modificateurs des sécrétions bronchiques, les nervins et les antiseptiques.

Au premier groupe appartiennent l'ipéca, l'émétique, le sulfate de cuivre. Ils ne doivent être maniés qu'avec prudence chez l'enfant, en raison de leurs effets dépressifs. L'oxymel scillitique, vanté par Netter (de Nancy), peut rendre des services, mais son action est inconstante.

Les nervins employés dans la coqueluche sont fort nombreux. Voici les principaux :

La belladone a longtemps eu les faveurs de la thérapeutique. Elle a été préconisée surtout par Bretonneau et par Trousseau. On peut la prescrire sous diverses formes, soit seule, en sirop ou en teinture, le mode pilulaire étant d'une administration difficile chez l'enfant, soit associée à d'autres substances, le sirop de tolu par exemple (Comby), ou l'opium, pour en atténuer les effets (Trousseau); on pourra aller jusqu'à la dose suffisante. D'après M. Thibaudier, les enfants supportent ce médicament beaucoup mieux que les adultes. C'est ce qui a poussé certains cliniciens, M. Gillet entre autres, à le donner rapidement à des doses considérables; mais ce dernier auteur a vu dans ces conditions apparaître des signes d'intolérance allant jusqu'à l'amblyopie, à la tachycardie, etc.; il est vrai qu'il atteint la quantité considérable de 200, 300 et même 360 gouttes chez des enfants de cinq ans; toutefois, il n'a jamais observé d'accidents sérieux. La belladone peut rendre de réels services; c'est un médicament encore fréquemment employé à l'heure actuelle. M. Soulier croit que son action dans la coqueluche tient à l'influence sédative qu'elle exerce sur les extrémités sensibles du larynx.

Depuis longtemps déjà, la quinine a été préconisée dans le traitement de la coqueluche de façons fort diverses. Dès 1868, Binz s'en déclarait partisan. Récemment encore, il réclamait en faveur de la priorité de cette méthode. Pour lui, la quinine donnée en solution à l'intérieur, à forte dose, raccourcit incontestablement la durée de la maladie. L'influence de ce médicament découlerait de son action locale sur le catarrhe spécifique des voies aériennes; mais, de plus, c'est un remède antiseptique et antithermique. Il peut être donné en solution à l'intérieur ou en injections sous-cutanées. Ses différents sels sont utilisés dans la thérapeutique : sulfate, chlorhydrate, tannate, etc. Beaucoup d'auteurs se louent de son emploi, principalement à l'étranger : tels sont Ungar (1891), Fischer (1893), Laubinger (1895), von Noorden (1896), etc. On peut cependant faire à la quinine ce reproche, qu'elle est mal acceptée par les enfants; son mauvais goût en rend l'absorption difficile; elle est malaisément tolérée par l'estomac. L'injection de ses sels solubles est parfois dangereuse : elle peut amener des nécroses, des abcès de la peau; l'infection tégumentaire est déjà si facile chez les enfants, particulièrement à l'hôpital, qu'il n'est pas utile d'augmenter les chances de développement des pyodermites. La méthode des suppositoires, exempte de ces inconvénients, est beaucoup plus pratique, et on pourra en user utilement dans

certains cas, surtout s'il est urgent de combattre la fièvre.

Dans le groupe des médicaments nervins, on a employé encore le bromure de potassium : il sera particulièrement indiqué quand la belladone sera mal tolérée ou lorsque les vomissements seront intenses, car il calme l'irritabilité gastrique. Il peut être donné seul, mais on l'associe fréquemment à l'éther, à la valériane, etc., etc.

Un dérivé du brome, fort en faveur à l'heure actuelle, et sur les avantages duquel beaucoup d'auteurs sont d'accord, est le bromoforme, dont la thérapeutique et la posologie ont été bien étudiées dans la récente thèse de M. Charpentier (1). Le bromoforme a été employé pour la première fois par Stepp (de Nuremberg) (Voir *Semaine Médicale*, 1889, Annexes, p. CLXVI et 1890, Annexes, p. CII). Son action est assez controversée. Pour les uns (Stepp), il possède une action antiseptique, soit parce qu'il est éliminé en nature par les voies respiratoires, soit par l'intermédiaire du brome en lequel il se dédouble au niveau de la muqueuse de l'arbre trachéo-bronchique. Nauvelœrs soutient que c'est un anesthésique local. MM. Marfan et Charpentier pensent qu'il agit comme sédatif des centres nerveux, par action des bromures « à l'état naissant »; ce serait là la raison de son influence, plus puissante que celle du bromure de potassium. Au moment où l'on commence à l'administrer, il s'élimine par les bronches; cette mise en liberté est rendue vraisemblable par l'augmentation très nette des quintes observée au début du traitement, augmentation qui cède vite d'ailleurs. Plus tard, il se fixe sur les centres nerveux dont il calme l'irritabilité; de plus, il serait dans une certaine mesure antiseptique.

C'est un remède assurément actif, mais qui présente des inconvénients sérieux. Depuis qu'on a commencé à l'administrer, en effet, on a pu observer un assez grand nombre de cas d'intoxication (M. Charpentier, dans sa thèse, en a réuni 15, principalement à l'étranger). L'intoxication se caractérise par la soudaineté des symptômes, qui souvent surviennent au moment où l'on a atteint des doses élevées et où les quintes diminuent. Les signes cardinaux de l'imprégnation médicamenteuse sont une somnolence souvent très marquée, apparaissant quand le sujet a absorbé une cinquantaine de gouttes de médicament; des éruptions cutanées rappelant dans leurs principaux traits les exanthèmes bromiques; enfin de la diarrhée.

Ces accidents sont dus à ce que le bromoforme est difficilement soluble dans différents liquides : aussi le malade est-il exposé à en absorber une certaine quantité restée au fond du récipient. On a proposé, pour obvier à cet inconvénient, de l'émulsionner dans un peu d'huile d'amandes douces additionnée de gomme arabique (Marfan), ou de le dissoudre dans l'alcool, le chloroforme, etc.

Il reste cependant cet inconvénient que le bromoforme est doué d'une certaine toxicité. Son effet thérapeutique est souvent acheté au prix d'une action trop énergique sur l'organisme.

On a employé parfois l'opium et ses composés. Le laudanum a été préconisé : il agit bien contre le vomissement, mais il est fréquemment dangereux chez le nourrisson, parfois chez l'enfant. La narcéine peut rendre quelques services : Laborde en loue les bons effets. La liste des médicaments de ce genre est, du reste, riche en variétés diverses : sans parler de certains produits qui possèdent un pouvoir déprimant souvent funeste, nous citerons l'éther, le chloroforme, la cocaïne (vantée par Moncorvo), l'ouabaïne, le menthol, etc. L'acide carbonique a été avantageusement utilisé par quelques auteurs : Bergeon (1887), Rose (1896).

(1) H. Charpentier. Recherches expérimentales et cliniques sur le bromoforme dans le traitement de la coqueluche. (*Thèse de Paris*, 1899 et *Semaine Médicale*, 1899, p. 107.)

Parmi les médicaments dont l'action est à la fois sédative et antiseptique, se place l'antipyrine. Celle ci a été pour la première fois prescrite dans le traitement de la coqueluche par Dubousquet-Laborderie (1890); M. Richardière, M. Lemoine en ont obtenu des résultats satisfaisants. Ce dernier préconise les lavements d'antipyrine, pour éviter l'inconvénient de l'irritation gastrique. MM. Le Gendre, Comby, Baginsky ont enregistré des insuccès; M. Comby reproche à ce médicament de diminuer le taux des urines et de provoquer des érythèmes. Cette objection, pour d'autres, n'est pas valable. D'après M. Bouisson, MM. Perret et Givre, l'antipyrine est beaucoup mieux supportée par les enfants que par l'adulte. Son élimination est chez eux très rapide : elle apparaît, en effet, dans l'urine une heure après son ingestion. L'intégrité des émonctoires, particulièrement du rein, dans l'enfance, donne une explication suffisante de ce fait. M. Le Goff pense de même.

Seule ou associée, l'antipyrine donne en général de bons résultats. Les inconvénients de son administration sont minimes, et nous nous rangeons pleinement à l'avis de ceux qui croient à son innocuité. Au reste, la médication antipyrinique est fréquemment employée en pédiatrie, dans le traitement de la chorée de Sydenham, par exemple, et on n'en obtient que des résultats satisfaisants. Si elle provoque parfois un certain degré d'intolérance gastrique, si elle fait naître des érythèmes d'ailleurs passagers, elle est, par contre, douée d'une efficacité réelle contre la coqueluche. Elle est moins dangereuse que le bromoforme, plus facilement acceptée par les enfants que la quinine. Ces avantages sont appréciables. Aussi avons-nous coutume de la prescrire à l'intérieur dans le traitement de la coqueluche de moyenne intensité, associée aux inhalations de quinoléine. Nous reviendrons bientôt sur ce dernier point.

La médication interne compte donc, on le voit, de nombreux agents. Cependant, en raison de l'inefficacité reconnue de beaucoup d'entre eux et de la nécessité souvent impérieuse où l'on se trouve parfois de ménager les voies digestives du coquelucheux, quelques médecins ont essayé d'avoir recours à des médicaments administrés *par voie externe* sous différentes formes : badigeonnages, insufflations, irrigations des cavités de la face, inhalations. La révulsion même a eu ses partisans.

Cette dernière méthode est actuellement proscrite d'une façon unanime. Elle est nuisible surtout parce qu'elle rend plus facile l'infection cutanée, déjà si aisée chez l'enfant, comme on le sait. Et cependant, elle eut son heure de grande faveur, lorsqu'on usait intensivement des ventouses, sèches ou scarifiées, des sinapismes et topiques divers, de la teinture d'iode, etc. Sous d'autres formes, elle a été cependant préconisée encore; M. Josset, par exemple, soutient que l'hypersulfuration cutanée peut rendre des services.

La pratique des badigeonnages, inhalations, insufflations, etc., est plus rationnelle. Elle repose en partie sur cette opinion que la quinte a pour point de départ une irritation venue des muqueuses nasale ou laryngée. C'est Michaël (de Hambourg) qui le premier essaya cette méthode, Guerder, Justi, Barbot, Berriat et autres en ont vanté les bons effets.

Les badigeonnages des fosses nasales, de la gorge et même du larynx ont été employés par Labric avec une solution de cocaïne à 1 pour 20. Cette pratique du badigeonnage serait bien acceptée, même par les nourrissons. Hochstetter (de Lille) a proposé, il y a quelques années, des badigeonnages de la gorge avec une solution de sublimé au millième.

On peut ranger dans la même classe la méthode de Raubitschek qui a recommandé l'introduction, jusqu'au niveau de l'arrière-bouche du malade, d'un tampon d'ouate généralement d'un petit volume, imbibé d'une solution de sublimé également au millième (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 196).

Les insufflations nasales ont été préconisées par Michaël. Ce dernier faisait pénétrer de la poudre de benjoin : il dit avoir obtenu une amélioration manifeste de la coqueluche dans les trois quarts des cas. D'autres ont employé la quinine, le salicylate de soude, l'iodoforme (qui a ce grand inconvénient, appliqué sur la muqueuse olfactive, de gêner par son odeur), l'antipyrine. On a même tenté de porter jusque sur la muqueuse laryngée les poudres modificatrices. Tout récemment, M. Spiess a proposé les insufflations d'orthoforme (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 128).

A ces deux méthodes, on peut, avec M. Comby, objecter qu'elles sont fort peu pratiques. L'indocilité des enfants, la crainte que chez eux ne se produise une sensation pénible, en rendent l'emploi fort difficile. En outre, il survient souvent, dans l'instillation laryngée, un réflexe qui peut être l'occasion de quintes. Pour cette dernière méthode, une main expérimentée est nécessaire; elle ne saurait donc être conseillée d'une façon courante.

Afin de combattre l'élément microbien, et surtout pour lutter contre les infections secondaires, on a tenté systématiquement l'usage des irrigations antiseptiques des fosses nasales ou de la bouche. On peut injecter dans les narines une solution boriquée faible, ou encore se servir d'un siphon à irrigation continue. Les antiseptiques d'une certaine efficacité sont tous recommandables. Comme nous le faisions remarquer plus haut, c'est là une méthode possédant quelque valeur. Il ne faut pas oublier cependant que, à la période des quintes, les microbes pathogènes sont vraisemblablement atténués, et qu'on n'exerce plus sur eux une action bien efficace.

Le procédé des inhalations jouit d'une faveur, suivant nous, méritée. Il a été depuis longtemps indiqué comme moyen de traitement de la coqueluche (Desmartins, Diday, Roger). On a proposé dans ce but diverses substances : l'acide phénique (Guglielmi), le pétrole (Hildebrandt), l'acide sulfureux, le formol. M. Baroux (d'Armentières) a récemment préconisé l'emploi de l'eau oxygénée en vapeurs (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 102). D'autre part, l'oxygène peut être employé en inhalations, saturé de vapeurs médicamenteuses; Lacroix aurait obtenu de cette méthode des résultats heureux (Voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. CXXX). On peut rapprocher de cette action de l'oxygène seul ou associé à d'autres substances l'influence favorable des inhalations d'ozone. Dernièrement, M. Bordier étudiait cette question au point de vue thérapeutique.

Dans ce même groupe de procédés, il y a lieu de placer encore le traitement de la coqueluche par l'air comprimé. Son influence favorable a été signalée par Sandhal (de Stockholm), par Schliep (de Baden-Baden), par Rocaz et Delmas.

Dans son service de la clinique des maladies infantiles, M. Weill a depuis plusieurs années éprouvé l'action d'un médicament dont l'efficacité lui paraît réelle, la *quinoléine*. Cette substance, isolée en 1835, par Runge, du goudron de houille, a été étudiée par nombre d'auteurs qui lui ont reconnu un pouvoir antipyrétique (Donath, Lœwy, Bregen, etc.) ou antiseptique; elle aurait, d'après Manquat, des propriétés antithermiques. Elle fut employée d'abord par G. Koch (1882) sous forme de tartrate de quinoléine, à la dose quotidienne de 0 gr. 25 centigr. à 1 gramme. M. le professeur Cazeneuve (de Lyon), en la préparant dans son laboratoire, avait observé à maintes reprises qu'il se produisait chez lui une amélioration manifeste de catarrhes des voies aériennes survenus accidentellement. C'est à la quinoléine synthétique que M. Weill a recours. Le mode d'emploi est assez simple. A l'hôpital ou dans la clientèle privée, on réunit tous les coquelucheux en

une même salle où l'on fait bouillir dans un récipient quelconque 100 c.c. d'eau à laquelle ont été ajoutées préalablement 10 à 20 gouttes de quinoléine par enfant. On ordonne trois ou quatre séances par jour, chacune d'elles ayant une durée maxima de vingt minutes. Cette médication est facile, sans inconvénient aucun pour le tube digestif, n'entravant en rien l'enfant dans sa vie normale lorsqu'il peut se lever. La substance employée est d'un prix modique. M. Weill croit que la quinoléine agit comme antiseptique des voies aériennes et que dans une certaine mesure elle est préventive de la bronchopneumonie. De toute façon, elle diminue l'intensité et la fréquence des quintes. Les premiers résultats de son emploi ont été consignés dans la thèse de M. Martin (1); depuis lors, ils ont été des plus satisfaisants. Ce médicament nous semble donc mériter une faveur spéciale dans le traitement de la coqueluche.

Dans ces dernières années, on a proposé l'emploi de médications diverses, consistant surtout en sérums différemment préparés.

Kelaïtidès prétend avoir obtenu un sérum spécifique de la coqueluche, en injectant à des chiens les sécrétions bronchiques et nasales de ses malades. Le *sérum antidiphtérique* a été préconisé chaudement. G. Dotti, Cerioli (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes. p. XCIV, et 1898, Annexes, p. CLXII), Gilbert, Maillard, Revilliod, etc., en ont vanté les bons effets. Dotti se demande si la fréquence, dans la coqueluche, des bacilles pseudo-diphtériques ne permettrait pas de comprendre l'action heureuse du sérum de Roux. Ce mode thérapeutique peut être efficace; il serait nécessaire, cependant, que son action réelle fût démontrée par des observations plus nombreuses.

Dans le même ordre de faits, Violi (de Constantinople) propose le sérum d'une chèvre inoculée avec du virus variolique. Plusieurs médecins — en Italie, Pestalloza, Pesa, Celli, Bolognini (Voir *Semaine Médicale*, 1895, Annexes, p. II); en France, Dietrich — ont soutenu que la vaccination atténue d'une façon évidente les quintes et amène un raccourcissement de la maladie. Ainsi que le fait remarquer M. Comby, « tout enfant non vacciné atteint de coqueluche pourra être inoculé et l'on verra bien ».

Il nous reste enfin à mentionner seulement que le traitement thermal est souvent utile dans certaines séquelles de l'affection (bronchites, bronchectasies, emphysème, catarrhe chronique), qui seront combattues par les eaux sulfureuses, chlorurées sodiques, etc.

VI

Il nous faut maintenant conclure, et choisir au milieu de ces médications diverses. L'essentiel est de s'arrêter à un mode de traitement à la fois efficace et pratique, facilement accepté par le malade.

Or, il convient de reconnaître que, pour apprécier sainement la valeur d'une médication dans la coqueluche, beaucoup d'éléments d'information font défaut. Tout d'abord, il s'agit d'une affection à peu près cyclique, dont la durée est assez bien définie en général; l'époque à laquelle est commencé le traitement est donc fort importante dans la statistique; or, ce facteur est souvent négligé dans les résultats publiés. En second lieu, le milieu d'observation n'est pas le même à l'hôpital, où souvent l'infection guette le malade, où la contagion nosocomiale de la bronchopneumonie et de la tuberculose est si fréquente, et en ville, dans la clientèle privée, où ces facteurs sont beaucoup moins à redouter. On peut donc, à notre sens, maintes fois adresser, aux statistiques thérapeutiques, l'objection qu'elles manquent de base certaine.

Théoriquement, comme l'établit très justement M. Marfan, le traitement de la coqueluche doit répondre à deux indications essentielles : diminuer le nombre des quintes, et prévenir l'infection bronchique. Mais il y a aussi des conditions adjuvantes auxquelles le procédé thérapeutique doit satisfaire. Il est nécessaire, par exemple, de ménager autant que possible l'appareil gastro-intestinal. En conséquence, les médicaments qui altèrent dans une certaine mesure les fonctions gastriques, la quinine, par exemple, seront tenus dans une suspicion relative. A plus forte raison, il est nécessaire de ne pas user trop largement de substances dont les effets toxiques peuvent être trop marqués; le bromoforme nous semble à ce titre passible de quelque reproche; le sérum antidiphtérique, par les accidents qu'il provoque de temps à autre, sera également employé avec prudence.

Une autre condition est nécessaire encore : il faut que l'administration du médicament soit facile et ne provoque de la part de l'enfant aucune irritation, aucune colère, car il importe de ménager la susceptibilité du système nerveux. Les pratiques qui répondent à une conception pathogénique rationnelle, mais qui nécessitent un manuel opératoire, une instrumentation plus ou moins compliqués sont, par là même, d'une application difficile. Les instillations intralaryngées peuvent être rangées dans cette catégorie. De même, quoique à un moindre degré, les badigeonnages antiseptiques ou calmants de la gorge, qui sont souvent mal supportés par les enfants. A ce point de vue, la méthode des inhalations semble beaucoup plus recommandable.

C'est en raison de ces considérations diverses que nous avons adopté un *modus faciendi* qui nous donne pleine satisfaction dans la majorité des cas. Il consiste à associer l'antipyrine donnée par la voie gastrique et la quinoléine en inhalations, suivant le procédé que nous avons indiqué plus haut. Le premier de ces remèdes a une action sédative vraiment reconnue; tout au plus peut-on, avec M. Marfan, lui reprocher, s'il survient de la bronchopneumonie, de produire une action dépressive, mais il faut alors suspendre son administration pour lui substituer une médication dirigée contre la complication pulmonaire. Quant à la quinoléine, elle répond à l'indication « prévenir l'infection bronchique ». L'emploi en est très aisé et au bout de peu de temps l'enfant s'y accoutume fort bien, absorbant en somme le médicament sans s'en apercevoir; cet avantage est surtout appréciable chez le nourrisson. On peut même, à cet âge, donner simplement la quinoléine, afin de n'entraver en rien les fonctions gastro-intestinales, dont la perturbation est si facile à cette période de la vie. Bien entendu, on ne négligera pas les règles d'hygiène; elles ont une importance capitale.

Mais quel que soit le procédé qu'on adopte, on ne perdra pas de vue qu'on n'a pas encore trouvé un médicament vraiment spécifique de la coqueluche et qu'on ne saurait compter sur une action toujours certaine, constante, mathématique.

E. WEILL,
Professeur de clinique des maladies infantiles à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux.

M. PÉHU,
Sous-directeur du Bureau municipal d'hygiène, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

(1) MARTIN. Traitement de la coqueluche par la quinoléine. (*Thèse de Lyon*, 1897.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 novembre 1901.

Epilepsie jacksonienne et localisations cérébrales.

M. Raymond, à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue dans la dernière séance, communique plusieurs autres faits cliniques prouvant que l'épilepsie jacksonienne peut s'observer aussi bien à la suite d'une lésion du lobe frontal, de la protubérance, du bulbe, etc., que de la zone rolandique.

Ce symptôme ne peut donc pas servir à lui seul au diagnostic topographique d'un néoplasme intracrânien, et son existence ne saurait jamais être invoquée ni pour ni contre la doctrine des localisations cérébrales.

Il en est de même des phénomènes paralytiques qui s'observent quelquefois à la suite des accès d'épilepsie partielle (paralysies post-épileptoïdes ou paroxystiques). Pour que ces paralysies deviennent valables comme signes de localisation, il faut qu'elles persistent dans l'intervalle des accès et, en outre, qu'elles soient associées à d'autres manifestations pour ainsi dire spécifiques de la lésion de telle ou telle partie du cerveau (troubles mentaux dans les cas de tumeur du lobe frontal, paralysies associées des mouvements des yeux dans les cas de lésions protubérantielles, etc.).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 13 et 20 novembre 1901.

Traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Bazy. — Je vous ai communiqué il y a quelques mois une observation de fistule vésico-vaginale, que M. de Spartali (de Smyrne) traita avec succès par le procédé de dédoublement (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 253). Je puis vous citer un fait analogue, qui m'est personnel; je dus d'abord sectionner un rétrécissement du vagin pour pouvoir distinguer l'orifice fistuleux; je taillai ensuite deux lambeaux que je suturai après un décollement suffisant.

M. Berger. — La méthode de décollement, qui donne de si excellents résultats, est cependant inapplicable dans les cas où il existe une destruction presque complète de la paroi vésico-vaginale.

M. Ricard. — Je crois que, grâce au dédoublement, les limites de l'indication opératoire, dans le traitement des fistules vésico-vaginales, peuvent être poussées beaucoup plus loin qu'on ne l'admet généralement. C'est ainsi que j'ai pu, par cette méthode, guérir une malade qui avait déjà subi 19 opérations infructueuses.

M. Bouilly. — Dans un cas comparable à celui de M. Bazy, j'ai dû faire une série d'opérations successives, qui donnèrent un résultat plastique très bon; mais, au point de vue fonctionnel, l'incontinence persista assez longtemps, et ce n'est que quelques années plus tard que j'ai appris que ce trouble avait disparu.

M. Quénu. — Le procédé de dédoublement me paraît applicable aux fistules vésico-vaginales compliquées de lésions très étendues. J'ai, pour ma part, obtenu un résultat parfait dans un cas qui se présentait dans des conditions particulièrement mauvaises au point de vue opératoire.

M. Richelot. — J'estime que le procédé de dédoublement, tel qu'il est pratiqué aujourd'hui par la plupart des chirurgiens français, est, dans certains cas, difficile à appliquer et d'une efficacité incertaine, alors que le procédé de Braquehaye peut convenir admirablement et devenir l'opération de choix. Déjà je vous ai rapporté un beau succès que j'ai obtenu avec cette intervention (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 348). Je puis vous citer un autre cas où la méthode classique de dédoublement a échoué entre les mains d'un de nos collègues, et que j'ai opéré avec une pleine réussite, grâce au procédé de Braquehaye; dans les conditions où se présentait la fistule, il m'aurait été impossible d'employer de nouveau le procédé ordinaire de dédoublement.

Corps étranger de l'estomac.

M. Tuffier. — M. Callionzis (d'Athènes) nous a envoyé une observation de corps étranger de l'estomac, sur laquelle vous m'avez chargé de vous faire un rapport. Il s'agit d'un malade qui, au cours d'une fièvre typhoïde, avait avalé une fourchette, et qui, deux mois plus tard, ressentant — pour tout symptôme — des picotements au niveau de l'estomac, vint demander à notre confrère de le débarrasser de son corps étranger. La gastrotomie a été faite sans incident, et la guérison a été obtenue très simplement.

La tolérance de l'estomac avait été parfaite pendant toute la durée du séjour du corps étranger.

M. Guinard. — Je rappelle à ce propos le cas relaté par M. Le Dentu, où une cuiller fut retrouvée dans la cavité péritonéale, sans qu'on pût trouver la moindre trace de son passage à travers les parois de l'estomac. C'est là un mode d'évolution tout à fait curieux des corps étrangers de l'estomac.

M. Terrier. — Je me suis toujours demandé si véritablement cette cuiller avait passé par l'estomac.

M. Legueu. — J'ai eu l'occasion d'observer le malade de M. Le Dentu, et j'ai parfaitement senti, dans mon exploration, la cuiller soulevant la paroi de l'estomac. J'ai également assisté à l'opération qui a permis de retrouver le corps étranger dans la cavité péritonéale; nous avons dû admettre que, dans les vingt-quatre heures qui avaient suivi mon exploration et précédé l'opération, la cuiller s'était frayé un passage à travers la paroi stomacale, probablement au niveau d'un méso, entre les feuillets duquel la plaie de l'estomac a pu facilement se trouver masquée.

Abcès osseux aberrants consécutifs à l'otite moyenne aiguë.

M. Picqué. — Je dois vous présenter un rapport sur une observation intéressante qui nous a été communiquée par M. Toubert (médecin militaire). Il s'agit d'un cas d'otite moyenne aiguë, qui s'est compliquée d'une suppuration osseuse indépendante de l'antre et développée à 3 centimètres en arrière et 2 centimètres au-dessus du conduit auditif. Notre confrère incisa l'abcès rétro-mastoïdien et, le stylet ayant montré l'existence d'une surface osseuse dénudée, il fit un curettage qui a été suivi d'une guérison rapide.

C'est là un fait très rare; je connais seulement 2 cas analogues : l'un appartient à M. Richard, l'autre à M. Moure. Pour expliquer la pathogénie de ces abcès développés en dehors de l'antre, il semble qu'on doive admettre l'existence d'une cellule aberrante et la propagation de l'infection par voie lymphatique.

M. Broca. — Je crois que l'évolution de ces abcès se fait simplement par continuité.

M. Chavasse. — Dans un travail récent, MM. Stanculéanu et Depoutre ont rapporté cinq observations analogues à celle de M. Toubert; dans deux d'entre elles, la mort est survenue, consécutivement à une suppuration de la table interne. J'ai observé pour ma part deux cas semblables où j'ai évidé le foyer osseux, et qui ont été suivis de guérison.

Trichocéphale contenu dans un appendice.

M. Guinard présente un appendice enflammé, qu'il a enlevé récemment à une fillette de dix ans, et qui contenait un trichocéphale de 1 centimètre de long. C'est le second fait de ce genre que l'orateur a l'occasion d'observer; il serait bon qu'on publiât tous les cas analogues, car c'est le seul moyen d'arriver à définir les rapports pouvant exister entre l'appendicite et l'helminthiase appendiculaire.

M. Rochard ne croit pas que l'on puisse établir une relation de cause à effet entre la présence de nématodes dans l'appendice et l'inflammation de cet organe.

M. Brun, tout en admettant que les vers intestinaux jouent un certain rôle dans le développement des lésions appendiculaires, ne pense pas que ce rôle soit prépondérant; aussi le traitement médical seul ne saurait-il amener la guérison.

Rétrécissements cicatriciels du pharynx.

M. Lejars. — Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur 2 cas de rétrécissement du pharynx opérés par M. Morestin.

Le premier a trait à une sténose par lésions syphilitiques anciennes : le fond de la gorge, rempli de brides cicatricielles, était absolument déformé; il n'existait plus de piliers, et les fosses nasales ne communiquaient plus avec le pharynx que par un étroit conduit; il se produisit une crise de pseudo-asphyxie, en rapport avec les altérations de l'épiglotte, laquelle formait une sorte de bourgeon surmontant l'orifice supérieur du larynx. Comme il n'y avait pas d'autre trouble fonctionnel, notre collègue s'est borné à sectionner ce bourgeon.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un rétrécissement bucco-pharyngé complet typique, dû également à des lésions de syphilis tertiaire. A l'ouverture de la bouche, on distinguait une sorte de membrane tendue entre le pharynx et la base de la langue, et présentant à sa partie inférieure un orifice qui admettait le bout de l'index. En raison de la gêne respiratoire et des difficultés de l'alimentation, M. Morestin se décida à pratiquer deux débridements latéraux; à mesure qu'il sectionnait la membrane, il sutura au fil d'argent les deux surfaces muqueuses antérieure et postérieure; la réunion immédiate se fit dans presque toute l'étendue des deux débridements, et le résultat a été excellent, ainsi que vous avez pu en juger lorsque le malade vous a été montré, neuf mois après l'opération.

M. Picqué lit un rapport sur une observation de fistule ombilicale congénitale, communiquée par M. Imbert (de Montpellier).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 novembre 1901.

Diplégie faciale périphérique, probablement d'origine ourlienne.

M. Hirtz présente une jeune fille de seize ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui a été atteinte d'une double paralysie faciale périphérique. Au moment de l'entrée de cette malade à l'hôpital, il existait une réaction de dégénérescence du côté droit, tandis qu'à gauche la contractilité électrique était conservée dans tous ses modes. Actuellement, à la suite de plusieurs séances d'électrisation et de massage, la paralysie du côté gauche a presque complètement disparu; seuls les muscles du côté droit présentent encore un léger degré de parésie.

L'origine de cette double paralysie faciale n'a pu être établie d'une façon certaine. La syphilis ne saurait être incriminée; il ne semble pas non plus qu'on doive faire jouer un rôle à une rachicocaïnisation que cette jeune fille avait subie quelque temps avant l'apparition de sa paralysie, aucun accident de même ordre n'ayant été signalé jusqu'ici à la suite de cette intervention. L'hypothèse qui semble la plus rationnelle, c'est qu'il s'agit d'une paralysie ourlienne, la malade ayant présenté, quelques jours avant sa diplégie faciale, une tuméfaction passagère mais douloureuse des deux régions parotidiennes.

M. Joffroy rappelle qu'il a publié autrefois un cas de paralysie faciale consécutive à des oreillons, et que divers observateurs ont relaté depuis lors des faits semblables.

« Cœur à l'étroit » comme cause de souffles anorganiques et de troubles fonctionnels cardiaques.

M. Pierre Merklen relate, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Lamy, l'observation d'une jeune fille, couchée à plat depuis six ans pour un mal de Pott, et qui présente deux souffles systoliques, l'un, rude, au foyer pulmonaire, l'autre, musical, dans l'aisselle et dans le dos, sans les signes propres aux affections valvulaires qu'ils pourraient faire supposer. Ces phénomènes sont imputables au refoulement complet de l'estomac dans le thorax, par suite d'une lordose considérable avec hypertrophie de la colonne lombaire qui remplit le creux épigastrique. Repoussé lui-même et mis à l'étroit dans un thorax d'ailleurs peu développé et aplati, le cœur comprime rythmiquement les poumons également gênés, d'où des souffles cardio-pulmonaires dont le caractère musical a déjà été signalé par Potain et par M. Barié.

La malade se plaint en outre, depuis deux ans, de palpitations avec dyspnée, survenant surtout après les repas; ces troubles fonctionnels, favorisés par une certaine débilité constitutionnelle, paraissent être directement produits par ce même refoulement de l'estomac, qui entraîne celui du cœur.

Péricardite aiguë d'origine brightique.

M. Ferrier (médecin militaire) communique, au nom de M. Dopter et au sien, l'observation d'un soldat, ancien brightique, ayant succombé au bout de trois jours à des accidents urémiques compliqués d'une péricardite aiguë.

A l'autopsie on trouva, outre les lésions habituelles de la néphrite chronique, un épanchement séropurulent assez abondant dans la cavité péricardique, laquelle était tapissée d'un exsudat pseudo-membraneux. Ce liquide ne renfermait que de rares colibacilles, probablement dus à une infection cadavérique; en effet, parmi les bouillons ensemencés, quelques-uns seulement donnèrent des colonies, et on ne constata la présence d'aucun microbe dans les frottis de l'exsudat ni dans les coupes : il s'agissait donc très probablement, comme dans la plupart des cas signalés jusqu'ici, d'une péricardite amicrobienne. Au point de vue clinique, cette péricardite s'écartait du type ordinaire de la péricardite brightique, laquelle est habituellement circonscrite, affecte une marche subaiguë ou chronique et ne s'accompagne pas d'épanchement.

Gommes syphilitiques des sterno-mastoïdiens et maculatures atrophiques de la peau.

M. Danlos montre un homme qui présente, entre autres manifestations assez rares de la syphilis, des gommes des deux muscles sterno-mastoïdiens, et des vergetures, ou mieux des maculatures atrophiques, de la peau du tronc; ces maculatures constitueraient des stigmates absolument indélébiles d'une infection syphilitique.

M. Moutard-Martin fait remarquer qu'il existe aussi chez ce malade une double adénopathie épitrochléenne indolente; c'est là un autre signe pathognomonique de la syphilis, semblable adénopathie n'ayant été rencontrée par l'orateur dans aucune autre affection.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 novembre 1901.

Sur la diminution de coloration du sérum sanguin.

MM. Gilbert et Herscher. — La légère coloration jaunâtre du sérum sanguin est communément attribuée à un pigment que l'on retrouve dans divers tissus animaux ou végétaux, notamment dans la graisse et dans le jaune d'œuf. Désigné sous les noms de lipochrome et de lutéine, ce pigment mériterait mieux, pensons-nous, la dénomination de *sérochrome*.

A l'état pathologique, la matière colorante du sérum subit des variations de quantité en plus ou en moins, constituant des états auxquels pourraient être appliquées les désignations d'hyper et d'hyposérochromie. Il faut toutefois reconnaître que, d'individu à individu, de race à race et de saison à saison, le sérum présente normalement des modifications de couleur : c'est ainsi qu'il est plus teinté chez les Orientaux que chez les Occidentaux, plus foncé peut-être en été qu'en hiver. Néanmoins, et quoiqu'une base solide fasse ainsi défaut pour l'appréciation de l'hypo et de l'hypersérochromie, on peut affirmer, surtout en se basant sur des examens répétés à plusieurs reprises chez un même sujet, que ces deux états ont une existence certaine.

Nous étudierons ultérieurement l'hypersérochromie dont la différenciation d'avec la cholémie n'est pas sans présenter quelques difficultés.

Quant à la diminution de coloration du sérum, nous l'avons observée dans diverses anémies, et notamment dans la chlorose. Mais c'est au cours des maladies consomptives et cachectisantes, telles que le cancer et surtout la tuberculose, qu'elle est le plus marquée : dans 49 cas de tuberculose pulmonaire, en effet, sur 54 que nous avons observés, nous avons noté une hyposérochromie d'intensité variable, et 2 fois nous avons pu nous rendre compte du rôle de la bacillose sur la production de ce phénomène, car nous avons vu le sérum se décolorer progressivement au fur et à mesure que la maladie évoluait.

Il semble donc que dans la tuberculose il existe, à côté des anémies globulaire et hémoglobinique, une sorte d'anémie sérochromique, celle-ci pouvant devenir telle que si, pour une raison ou pour une autre, l'anémie globulaire

vient à disparaître, en apparence tout au moins, l'hyposérochromie n'en persiste pas moins. C'est ainsi que chez un tuberculeux emphysémateux et cyanotique, nous avons observé une pâleur extrême du sérum, alors que la numération des hématies dénotait de l'hyperglobulie.

Toxicité des urines de typhoïdiques soumis à différents modes de traitement.

MM. Ingelrans et **Dehon** (de Lille) communiquent les résultats fournis par l'étude comparée de la toxicité urinaire chez 8 typhoïdiques, dont 4 étaient traités par les bains chauds et 2 par les bains froids, les 2 autres étant soumis au régime des boissons abondantes, sans balnéation. Les auteurs ont constaté que l'urotoxicité va en diminuant de jour en jour ou reste à peu près stationnaire chez les malades qui prennent des bains chauds; elle s'accroît, au contraire, chez ceux qui sont traités par les bains froids (exception faite pour les jours où la fièvre augmente sensiblement), ainsi que chez les dothiénentériques simplement soumis au régime des boissons abondantes; chez ceux-ci, le coefficient urotoxique est beaucoup plus élevé que chez les malades des deux premières catégories.

Sur la présence d'une sensibilisatrice dans l'urine des typhoïdiques.

M. J. Lépine. — J'ai fait récemment un certain nombre de recherches pour déceler la présence, dans l'urine des typhoïdiques, de la sensibilisatrice trouvée par MM. Bordet, Widal et Le Sourd dans le sérum de ces malades.

Sur 7 cas de fièvre typhoïde humaine, j'ai obtenu une seule fois une réaction de fixation nette; le résultat fut douteux chez un malade, négatif chez les 5 autres. Quant aux cobayes inoculés avec une culture de bacille d'Eberth, j'ai décelé la sensibilisatrice dans leur urine 1 fois sur 3.

Dans les cas positifs, que l'infection fût spontanée ou expérimentale, les urines avaient un pouvoir agglutinant appréciable; dans les cas négatifs, l'agglutination était insignifiante ou nulle.

Paralysie alterne de l'audition.

M. Gellé. — J'ai eu l'occasion de constater, chez un certain nombre d'hémiplégiques, que les troubles auditifs (surdité, otalgie, vertiges) liés à des lésions des noyaux acoustiques protubérantiels peuvent être localisés au côté opposé à celui de l'hémiplégie. Ces troubles auditifs sont tantôt isolés et tantôt associés à la paralysie d'un ou de plusieurs nerfs crâniens. De ces observations je crois pouvoir conclure que la signification du syndrome acoustique, dans la paralysie alterne, a une valeur égale à celle des syndromes de Millard-Gubler et de Weber, pour établir l'existence d'une lésion de la protubérance.

De l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine dans les ascensions en ballon.

M. Hénocque. — On sait que M. J. Vallot a constaté le premier qu'à des hauteurs variant de 3,000 à 4,600 mètres, la durée de réduction de l'oxyhémoglobine diminue notablement, et que cette diminution, qui s'effectue graduellement dans les ascensions de montagne, est presque instantanée et exempte de toute sensation de fatigue dans les ascensions en ballon. Ces résultats viennent d'être confirmés par MM. Raymond et Portier au cours de l'ascension qu'ils ont faite jeudi dernier dans le ballon le *Centaure*. Ces auteurs ont constaté sur eux-mêmes une augmentation presque immédiate de la quantité d'oxyhémoglobine, qui est passée de 10 à 13 % chez l'un, et de 12.5 à 14 % chez l'autre. En même temps, l'activité de réduction s'est élevée graduellement, de façon à atteindre, à l'altitude de 3,600 mètres, le double de sa valeur normale. Comme corollaire naturel, la durée de réduction — de 60 secondes environ au départ — n'était plus que de 30 secondes, c'est-à-dire moitié moindre, à la même altitude.

M. Maurel adresse une note relatant une série de recherches qui permettent d'expliquer les propriétés décongestives, hémostatiques et antithermiques de l'émétine par l'action de cette substance sur les fibres lisses.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 6 et 13 novembre 1901.

De l'intervention chirurgicale en cas de côte cervicale, notamment avec coexistence d'une syringomyélie bulbaire.

M. Borchardt fait une communication sur les côtes cervicales; il rappelle que cette anomalie congénitale ne se traduit que dans 5 à 10 % des cas par des symptômes, lesquels consistent en une tumeur profonde, dure et mal limitée, de la fosse sus-claviculaire, souvent avec vives pulsations de l'artère sous-clavière, ainsi qu'en troubles circulatoires (thrombose et anévrysme de la sous-clavière) ou nerveux (névralgies, fourmillements du membre supérieur), dus à la compression du plexus brachial et des vaisseaux de la région; quand ces complications résistent aux moyens médicaux, il y a évidemment lieu de recourir à l'intervention chirurgicale. Jusqu'à ce jour, 15 opérations seulement de ce genre ont été pratiquées; l'orateur cite les observations de trois malades opérés de la sorte : chez deux on obtint une guérison complète; dans le troisième cas, au contraire, il persista une certaine faiblesse du bras.

Il montre, en outre, une femme de trente-quatre ans, présentant une côte cervicale — qui déterminait depuis longtemps une pulsation de la sous-clavière, et, depuis peu, des paresthésies du membre supérieur — et chez laquelle apparut une paralysie du récurrent droit, ainsi qu'une diminution de la sensibilité non seulement dans le domaine du plexus brachial, mais aussi dans toute la moitié droite du tronc et de la face, avec perte du réflexe cornéen et paralysie du voile du palais. M. Oppenheim diagnostiqua une côte cervicale associée à de la gliose bulbaire, et déconseilla l'opération. Celle-ci ayant été néanmoins pratiquée, la malade en retira un certain bénéfice, mais la paralysie du récurrent ne disparut pas, non plus que les paresthésies.

Au point de vue de la résection des côtes cervicales, M. Borchardt préconise une incision longitudinale entre les bords postérieur du sterno-cléido mastoïdien et antérieur du trapèze, ce procédé permettant, plus facilement que l'incision transversale, d'atteindre les deux extrémités de la côte; la conservation du périoste lui paraît inutile.

M. J. Israel a opéré une femme, mais sans obtenir la guérison; bien au contraire, il s'est développé ultérieurement une paralysie du grand dentelé; il s'agissait là, sans doute, de phénomènes névritiques progressifs ayant envahi la sphère motrice; ce processus morbide était de nature familiale, car la sœur de la malade souffrait aussi de névralgies. L'orateur préfère la résection sous-périostée, qui permet d'éviter plus sûrement la blessure de la plèvre.

M. Oppenheim croit qu'on peut expliquer la coexistence de la gliose et de la côte cervicale, chez la malade présentée par M. Borchardt, par un vice congénital de développement; en effet, dans la syringomyélie, on observe souvent des altérations qui ont le caractère d'anomalies embryogéniques. Cela étant, il est permis de se demander si les troubles névritiques qui accompagnent les côtes cervicales sont toujours dus à ces os surnuméraires; ce qui laisse quelques doutes à cet égard, c'est que l'orateur a vu deux cas où les troubles en question devaient être rapportés à une gliose, et trois autres où il s'agissait d'hystérie ou d'hystéro-neurasthénie concomitante.

M. Bernhardt a observé des faits semblables, entre autres celui d'une femme qui avait eu une névrite optique avant l'apparition des douleurs brachiales imputables à la côte cervicale.

M. Landau demande si les troubles dont il s'agit ne sont pas plus fréquents chez la femme que chez l'homme.

M. Borchardt déclare que, sur 6 cas, 4 concernaient des sujets du sexe féminin.

La dilatation pulmonaire avec ralentissement du cœur, névrose du pneumogastrique.

M. G. Zülzer attire l'attention sur un complexus morbide ayant pour substratum une névrose du pneumogastrique. On l'observe surtout chez l'homme, entre dix-huit et cinquante ans, et il se caractérise par une dilatation du poumon, dont les limites atteignent la septième ou la huitième côte à droite, la cinquième à gauche — si bien que la sonorité pulmonaire peut arriver à se confondre avec celle de l'estomac —, ainsi que par un ralentissement du pouls, lequel ne bat plus que de 52 à 60 fois à la minute. Les patients se plaignent d'ordinaire d'une sensation d'oppression pouvant aller jusqu'à l'angoisse, ce qui les fait souvent prendre pour des neurasthéniques ou des hystériques. L'auscultation de la poitrine révèle une respiration normale, sans bruits pathologiques, mais parfois légèrement accélérée; la matité cardiaque est peu étendue; le pouls, ralenti, est fort et plein, et ne présente que dans de rares cas quelques irrégularités.

Cette association d'une augmentation de volume du poumon et d'une diminution du nombre des battements du cœur pourrait être une simple coïncidence. Mais la sensibilité des pneumogastriques à la pression, dans la région du cou, et surtout les effets de l'atropine, dont une injection sous-cutanée de 0 gr. 001 milligramme suffit à dissiper les troubles, montrent clairement qu'il s'agit d'une névrose par excitation du pneumogastrique.

L'affection en question se développe le plus souvent à la suite d'efforts musculaires inaccoutumés; elle peut encore avoir pour causes des réflexes d'origine gastrique ou intestinale; dans certains cas enfin il paraît exister une prédisposition familiale; c'est ainsi que l'orateur a observé un malade dont le père et le grand-père présentaient les mêmes symptômes.

Habituellement, le traitement par l'atropine, continué une dizaine de jours, procure une guérison durable. Toutefois, de même que la glycosurie alimentaire est parfois un signe avant-coureur du diabète, la névrose par excitation du pneumogastrique peut conduire à l'asthme.

Cœliotomie vaginale pour hématosalpinx et hématomètre dans un utérus bipartite.

M. Abel montre une pièce provenant d'une femme qui avait un utérus double bipartite, et était atteinte d'un hématomètre avec hématosalpinx gauches; pour conserver à la malade la moitié saine de son utérus, l'orateur, au lieu de recourir à la laparotomie comme on le fait d'ordinaire en pareil cas, a pratiqué une cœliotomie vaginale. Cette intervention remonte à six mois, et, depuis lors, cette femme a des menstrues régulières et non douloureuses.

M. Lexer présente 2 patients traités avec succès, dans le service de M. von Bergmann, par la laparotomie précoce pour contusions graves de l'abdomen; à ce sujet, l'orateur insiste sur les dangers de l'abstention : de 160 cas où existait une rupture de l'abdomen, et qui ne furent pas opérés, 149 eurent une issue fatale.

M. Holländer montre une jeune fille ostéomalacique, traitée avec succès par la castration. La particularité la plus remarquable de ce cas est que l'ostéomalacie s'est développée chez une femme vierge, alors que cette affection est d'ordinaire liée à la grossesse ou à la puerpéralité.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séances des 4 et 18 novembre 1901.

Sur l'obstruction intestinale par calculs biliaires.

M. Karewski. — L'iléus dû à la migration des calculs biliaires, dont je puis vous rapporter 5 cas avec un seul décès, est un accident assez rare, et dont le diagnostic offre des difficultés sérieuses, car la symptomatologie en est fort variable. En effet, les individus qui en sont frappés peuvent n'avoir pas eu de coliques hépatiques, ou n'en avoir eu que long-

temps auparavant; d'autre part, l'obstruction n'est d'ordinaire pas permanente, mais laisse des périodes de bonne santé; enfin, le calcul peut être expulsé par l'anus ou, au contraire, passer dans la cavité péritonéale, où il détermine des phénomènes d'inflammation avec adhérences. Au moment où l'obstruction se produit, il se peut que la concrétion soit depuis des années dans l'intestin; d'ailleurs, on sait que les gros calculs ne peuvent pas arriver dans le tube intestinal par le cholédoque, mais bien en déterminant, par compression, des adhérences entre la vésicule biliaire et l'intestin, puis la perforation des parois de ces deux organes; si cette perforation se fait dans le côlon, l'occlusion est peu à craindre, quoiqu'on ait pu l'observer même en pareille occurrence; mais c'est le plus souvent dans le duodénum que passe le calcul, et là les dangers sont plus grands, le calibre de l'intestin grêle allant en diminuant jusqu'à la valvule iléo-cæcale. La circonstance adjuvante qui détermine habituellement la production de l'obstruction est — une disproportion entre le contenant et le contenu (calcul trop volumineux ou intestin rétréci) mise à part — l'existence de phénomènes inflammatoires, ayant pour conséquence la contracture de la paroi intestinale, et par suite l'enclavement de la concrétion.

Il est exceptionnel qu'on puisse porter un diagnostic de certitude; d'ordinaire, il n'existe que des présomptions, résultant de l'âge avancé des patients, de leur sexe — on sait que la cholélithiase est plus fréquente chez la femme que chez l'homme —, des alternatives de périodes d'occlusion et de perméabilité de l'intestin, des symptômes traduisant un obstacle haut placé, etc.

En ce qui concerne le traitement, la question se pose de savoir s'il faut ou non intervenir. Il y a quelques années, les statistiques étaient favorables à l'expectation qui donnait une mortalité moins élevée que l'opération. Il ne semble plus en être de même maintenant, et, pour ma part, je crois qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer la laparotomie, quand les moyens médicaux n'agissent pas promptement.

Un cas de rhumatisme blennorrhagique avec présence du gonocoque dans le sang.

M. Unger relate l'observation d'un homme de dix-huit ans, chez lequel, à la suite d'un traumatisme de la hanche droite, apparurent de vives douleurs de cette articulation, avec fièvre; la coexistence d'une blennorrhagie fit porter le diagnostic de coxite gonococcique, et le membre fut immobilisé dans un appareil; mais bientôt le coude et le poignet gauches furent pris à leur tour, en même temps qu'apparaissaient un léger souffle systolique à la pointe, et un souffle diastolique à l'orifice aortique. A ce moment, l'ensemencement du sang permit d'en isoler le gonocoque.

Pour que cette recherche réussisse, il est nécessaire, d'après l'orateur, d'ensemencer au moins 10 c.c. de sang, et de le diluer dans un milieu liquide assez abondant, afin d'annihiler l'action bactéricide du sérum sanguin; la sérosité d'ascite constitue un milieu des plus favorables.

M. F. Klemperer cite, comme localisation curieuse de la blennorrhagie, le cas d'un nourrisson atteint d'ophtalmie gonococcique, qui, quelques jours après sa naissance, eut un abcès à gonocoque dans la région dorsale; nul doute que l'agent pathogène n'ait été, dans ce cas, transporté par voie sanguine.

Présence de formes dégénérées du pneumocoque dans l'exsudat pleurétique séreux.

M. L. Michaelis communique les résultats de recherches lui ayant montré l'existence, dans 23 cas de pleurésie séreuse, de bâtonnets ne poussant sur aucun des milieux usuels; il s'agit là, pour l'orateur, de formes de dégénérescence du pneumocoque de Fränkel. Deux de ces faits sont particulièrement démonstratifs : le premier concerne une pneumonie avec un léger exsudat pleural qui renfermait les bâtonnets en question, tandis que du foyer pulmonaire on isolait le pneumocoque normal; le second est relatif à une pleurésie double où la plèvre gauche contenait le pneumocoque typique, alors qu'à droite ce microorganisme était associé aux formes dégénératives. Ces dernières, d'après M. Michaelis, devraient être considérées comme la cause des exsudats pleurétiques séreux.

M. A. Fränkel rappelle qu'il a trouvé le pneumocoque dans le sang d'un quart des pneumoniques; ce fait explique les constatations de M. Michaelis.

Diarrhées à protozoaires.

M. Cohnheim montre quatre patients atteints de diarrhées causées par des protozoaires; dans 3 de ces cas, il s'agit du *Megastomum entericum*, dans le quatrième — concernant une femme —, d'un *trichomonas;* chez ces malades, le taux de l'acide chlorhydrique du suc gastrique est fort abaissé, ce qui paraît constituer une circonstance favorable au développement des parasites en question; les lavements astringents ont donné d'excellents résultats.

M. Japha déclare avoir observé un garçon de trois ans qui, depuis deux années, souffrait de troubles intestinaux ayant fait soupçonner la tuberculose; mais les fèces contenaient en abondance des protozoaires, et les lavements astringents suffirent à amener la guérison. L'orateur croit que l'usage prédominant du poisson dans l'alimentation prédispose à ce genre d'entérite, ce petit patient — comme d'autres malades atteints de la même affection — habitant un pays maritime.

D[r] VILLARET.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'avortement à répétition de cause inconnue.

On sait que la médication iodurée est souvent employée à titre de moyen préventif dans les cas d'avortements répétés, alors même qu'aucune trace de syphilis ne peut être relevée ni chez le père, ni chez la mère. A en juger d'après l'expérience de M. le docteur S. Kholmogorov, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Moscou, l'usage de l'iodure de potassium seul serait le plus souvent insuffisant à empêcher l'expulsion prématurée du fœtus, tandis qu'en associant d'une façon systématique le traitement ioduré à une cure mercurielle, on parviendrait à mener la grossesse à terme. Depuis vingt ans environ, notre confrère procède de la manière que voici : il commence par ordonner des frictions à l'onguent mercuriel; puis, après trente-six applications de ce genre, il passe à l'iodure de potassium, qu'il prescrit jusqu'à ce que la patiente en ait absorbé de 100 à 130 grammes. Dans les cas où il y a des menaces d'avortement (contractions de la matrice, pertes sanguines, effacement du col), ainsi que chez les femmes qui ne commencent à se soigner qu'à une époque de la grossesse correspondant au moment d'un avortement antérieur, M. Kholmogorov administre d'abord de l'iodure de potassium; puis, la période dangereuse une fois traversée, il institue le traitement mercuriel pour reprendre ensuite la médication iodurée. Il va sans dire que les frictions hydrargyriques peuvent être, au besoin, remplacées par des injections sous-cutanées.

D'autre part, un accoucheur allemand, M. le docteur R. Lomer (de Hambourg), tout en considérant la médication iodurée comme le moyen de choix dans la prophylaxie de l'avortement habituel dit de cause inconnue, estime qu'il convient de lui associer le fer, afin de combattre l'anémie chronique qui jouerait un rôle important dans l'étiologie de la fausse couche à répétition. Notre confrère prescrit d'habitude des pilules d'iodure ferreux; lorsque ce médicament est mal toléré et provoque de la diarrhée, il ordonne de l'iodure de potassium en solution et du lactate de fer en pilules, et cela *pendant toute la durée de la grossesse.*

Ce mode de traitement, qui a donné, entre les mains de M. Lomer, 21 succès sur 22 cas, viserait non seulement la syphilis méconnue, mais aussi deux autres causes d'avortement habituel, qui, pour être assez fréquentes, n'en échappent pas moins au diagnostic dans nombre de cas, à savoir la néphrite gravidique et l'endométrite.

Les pansements au soufre contre les furoncles et les anthrax.

Les excellents résultats que M. le docteur W. Arbuthnot Lane (de Londres) a obtenus dans le traitement de quelques affections chirurgicales par l'emploi du soufre (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 553) ont engagé un médecin américain, M. le docteur G. Hardy Clark (de Waterloo) à utiliser le même moyen contre la furonculose. Notre confrère traite tous les cas de furoncle ou d'anthrax qu'il a l'occasion d'observer par le procédé que voici :

Après avoir assuré l'anesthésie locale et avoir fait une incision cruciale sur les parties atteintes, il insinue sous les tissus infiltrés une forte sonde, de manière à les séparer, autant que possible, d'avec les couches sous-jacentes, puis il bourre soigneusement toute la plaie avec de la gaze abondamment chargée de soufre précipité. On applique par-dessus un pansement humide qu'on recouvre d'une toile imperméable, et on fixe le tout au moyen de quelques tours de bande.

Le soufre aurait pour effet d'activer l'élimination de l'eschare, tout en limitant l'étendue de la nécrose. Au bout de six à huit heures, le processus destructif a pris fin, et on peut alors enlever la gaze soufrée pour procéder au nettoyage de la plaie et appliquer ensuite un pansement antiseptique quelconque.

Inconvénients de l'usage interne de la résorcine dans la pratique infantile.

L'usage interne de la résorcine ayant été préconisé dans les affections gastro-intestinales de l'enfance (Voir *Semaine Médicale*, 1891, Annexes, p. CX), il nous paraît intéressant de signaler qu'un confrère anglais, M. le docteur C. Percival Crouch (de Weston-super-Mare), a observé des phénomènes d'intoxication à la suite de l'emploi de ce médicament à doses relativement peu élevées. Il s'agissait d'un enfant de vingt mois, atteint de troubles digestifs assez accentués, et auquel notre confrère fit administrer, à titre d'antiseptique intestinal, 0 gr. 20 centigr. de résorcine toutes les quatre heures. L'état du petit patient ne tarda pas à s'améliorer; aussi, au bout de trois jours pendant lesquels il fut donné cinq prises de résorcine par vingt-quatre heures, la dose quotidienne du médicament fut réduite à 0 gr. 60 centigrammes, divisée en trois fois. Or, au sixième jour du traitement, les urines acquirent la coloration verdâtre caractéristique de l'intoxication par l'acide phénique, et l'analyse y décela la présence de sulfates de phénol. L'usage de la résorcine ayant été suspendu, les urines reprirent, dans l'espace d'environ quatre jours, leurs caractères normaux.

Ce fait mérite d'autant plus d'être retenu que le petit malade en question n'avait jamais présenté la moindre lésion du côté des reins et que l'emploi de la résorcine aux doses sus-indiquées pouvait, jusqu'à présent, être considéré comme exempt de tout inconvénient.

Un procédé indolore de taille des lambeaux pour greffes de Thiersch.

La taille des larges lambeaux dermo-épidermiques que nécessite la greffe de Thiersch étant douloureuse sans justifier pourtant l'emploi d'un anesthésique général, M. le docteur Ch. G. Foote (de Cleveland) a recours, pour rendre indolore cette petite opération, au procédé suivant : le champ opératoire une fois préparé, il enfonce dans l'épaisseur du derme l'aiguille d'une seringue à injections hypodermiques, remplie d'une solution physiologique de chlorure de sodium dont il injecte la plus grande quantité possible, en ayant soin de pousser le liquide, non pas dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais sous l'épiderme. L'aiguille est introduite de la même manière en trois points différents, de sorte qu'on obtient finalement une « boule d'œdème » mesurant 3 centimètres environ de long sur 12 millimètres de large. On peut alors procéder à la taille des greffes sans craindre de provoquer de la douleur; de plus, grâce à l'injection intradermique préalable d'eau salée, l'opération elle-même se trouverait considérablement facilitée.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les troubles vésicaux dans la syringomyélie.

I

En parcourant les diverses observations de syringomyélie publiées en France et à l'étranger, on pourrait croire que les troubles vésicaux n'appartiennent pas à la symptomatologie de cette affection. La plupart des auteurs ne les mentionnent pas chez leurs malades; certains d'entre eux, toutefois, ont noté l'incontinence ou la rétention d'urine. Sans vouloir rapporter ici tous les faits où sont incidemment signalés quelques troubles vésicaux dans la syringomyélie, énumération qui ne présenterait d'ailleurs que peu d'intérêt, il nous suffira de rappeler quelques-uns d'entre eux.

Bruhl (1) dans un cas a constaté une cystite. Le malade de Seebohm (2) avait des envies fréquentes d'uriner et malgré ses efforts il n'y parvenait pas; parfois une heure après, il le pouvait avec facilité. Chez un patient observé par Daxenberger (3), on constatait les mêmes symptômes. La malade de Becker (4) avait de l'incontinence et de la rétention d'urine. Dans un cas relaté par Westphal (5), il est noté que « les fonctions de la vessie et du rectum demeurèrent longtemps inaltérées, mais plus tard apparurent des troubles de ces fonctions ».

Hatschek (6) a constaté chez un malade, au point de vue clinique, des troubles de la vessie et des défécations involontaires, et à l'autopsie a rencontré une cystite chronique.

Schlesinger (7) fait remarquer que, par suite de l'insensibilité de la muqueuse, les malades parfois n'accusent pas de troubles urinaires; ceux-ci sont découverts par le médecin. Chez un syringomyélique, cet auteur retira par le cathétérisme trois litres d'urine; le patient n'avait été nullement incommodé par cette rétention. Schlesinger dit aussi que dans la syringomyélie la cystite suite du cathétérisme est souvent marquée par son indolence et l'absence du besoin impérieux d'uriner.

Dans les traités de neuropathologie, les troubles urinaires de la syringomyélie sont aussi regardés comme très rares. Voici, d'ailleurs, ce que, dans sa sémiologie du système nerveux, M. Dejerine (8) dit sur ce sujet : « Dans la syringomyélie, les troubles urinaires sont incomparablement plus rares que dans les autres affections médullaires et les fonctions vésicales peuvent persister intactes pendant toute la durée de la maladie. Dans des cas très avancés, on peut parfois observer des troubles vésicaux caractérisés par des mictions difficiles, retardées et dues à une parésie vésicale, ou au contraire des mictions impérieuses dues à une contractilité exagérée de la vessie. Les troubles de la sensibilité thermique et douloureuse de la muqueuse vésicale qui existent parfois chez ces malades ne s'accompagnent pas d'anesthésie au contact; il en résulte que les altérations des fonctions de la vessie par perte de la sensibilité de sa muqueuse sont des plus rarement observées dans la syringomyélie. »

(1) Bruhl. De la syringomyélie. (*Arch. gén. de méd.*, juillet 1889, p. 81.)

(2) Seebohm. Ueber einen Fall von Tumor der Medulla spinalis mit Syringomyelie. (*Thèse de Strasbourg*, 1889.)

(3) Daxenberger. Ueber Gliombildung und Syringomyelie im Rückenmark. (*Thèse d'Erlangen*, 1890.)

(4) Becker. XIX. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 2. und 3. Juni 1894. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXVI, 2, p. 601.)

(5) Westphal. Ueber Syringomyelie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév. 1899, p. 134.)

(6) Hatschek. Beitrag zur Kasuistik atypischer Formen der Syringomyelie. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 mai 1895, p. 822-23.)

(7) H. Schlesinger. Die Syringomyelie. 2e éd. p. 145. Vienne, 1902.

(8) Dejerine. Art. « Sémiologie du système nerveux », *in* Traité de pathologie générale de Bouchard. T. V, p. 1074. Paris, 1900.

Dans la seconde édition, parue il y a quelques semaines, de l'ouvrage de Schlesinger (1) sur la syringomyélie, ouvrage qui constitue la monographie la plus complète publiée sur ce sujet, l'auteur écrit : « Très souvent les syringomyéliques ne présentent pas, durant la longue évolution de leur maladie, des troubles du côté de la vessie, quoique les lésions étendues de la moelle rencontrées à l'autopsie n'expliquent pas ce fait. Dans d'autres cas on observe des troubles du côté de la vessie. Rarement ils appartiennent aux manifestations initiales de la maladie (Critzmann, Parmentier, Lähr, Manner, Raymond), cela surtout dans les formes de syringomyélie combinées avec la production de tumeur dans la moelle (Seebohm, Wichmann) et dans les cas où coexiste une méningite chronique. Dans d'autres cas ils ne se montrent que lorsque la maladie est constituée. »

Schlesinger rappelle que von Frankl-Hochwart et Zuckerkandl (2) ont signalé des troubles de la tonicité de la vessie, des contractures rendant difficile l'émission des premières gouttes d'urine et empêchant la vessie de se vider complètement. Il signale aussi l'incontinence d'urine, les altérations de la sensibilité de la muqueuse uréthrale, la cystite possible. Toutefois, il ne mentionne pas les caractères anatomiques si spéciaux de la vessie des syringomyéliques, caractères sur lesquels nous nous proposons d'attirer l'attention.

Somme toute, si nous faisons abstraction de cette dernière édition de l'ouvrage de Schlesinger où il est parlé avec quelques détails des troubles urinaires dans la syringomyélie, la plupart des auteurs ont considéré ces troubles comme des symptômes contingents, accessoires, sans aucune importance.

II

Contrairement à cette opinion classique, l'examen des syringomyéliques en traitement à l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. Pierre Marie, nous a convaincus qu'il existe dans la syringomyélie des altérations vésicales d'une nature toute particulière, que les troubles vésicaux sont pour ainsi dire constants. La plupart des syringomyéliques, même ceux qui n'éprouvent aucune douleur pour uriner, qui ne se plaignent nullement de leur vessie, ont des altérations de la contractilité du muscle vésical : ils ont une rétention latente, qu'il faut chercher par le cathétérisme, et que l'on rencontre avec une grande fréquence.

D'autres présentent un syndrome urinaire spécial, ont des troubles douloureux, très douloureux de la miction, des hématuries, de la pollakiurie, une véritable cystite. Cette cystite est, ainsi que le montre l'examen au cystoscope, une cystite ulcéreuse, et ces ulcérations ont des caractères particuliers : ce sont des ulcères trophiques.

M. Marie nous rappelait qu'il avait observé jadis dans le service de Charcot un syringomyélique mort avec une perforation vésicale. Nous avons retrouvé ce fait publié par P. Blocq. Il nous prouve que les ulcérations constatées chez certains de ces malades peuvent perforer les tuniques de l'organe, créer une péritonite, amener la mort.

Troubles latents de la contractilité du muscle vésical, ulcérations, perforations, sont donc les trois stades que l'on peut observer dans les altérations de la vessie des syringomyéliques. Ces troubles vésicaux étant passés sous silence par les auteurs, il nous a semblé qu'il y avait une lacune à combler dans l'histoire des manifestations viscérales trophiques de la syringomyélie.

(1) H. Schlesinger. (*Loc. cit.*, p. 144.)

(2) Von Frankl-Hochwart et Zuckerkandl. Die nervösen Erkrankungen der Blase. Vienne, 1898.

L'attention de M. Marie avait été attirée sur l'existence possible de troubles vésicaux par 2 malades qui avaient des crises douloureuses très pénibles au moment des mictions, qui offraient une pollakiurie incessante, qui, en un mot, souffraient de leur vessie d'une façon tout à fait anormale, d'une façon tellement vive qu'on n'a pas l'occasion de constater de douleurs semblables au cours d'autres affections du système nerveux. L'examen de ces sujets nous montra des lésions spéciales qui, sans appartenir en propre à la vessie des syringomyéliques, nous paraissent présenter un réel intérêt.

Le premier cas concerne un homme de trente-cinq ans, atteint de syringomyélie à forme spasmodique (ayant débuté en 1885), avec amyotrophie et déformations des membres supérieurs, difficulté de la marche, exagération des réflexes rotuliens et achilléens, et thermo-anesthésie sur toute la surface du corps et de la face.

C'est en 1897, lors d'un séjour à la Salpêtrière, que ce malade a eu pour la première fois une rétention d'urine, précédée, pendant plusieurs jours, de quelques hématuries terminales. Durant six semaines il fut observé à la Salpêtrière. Depuis cette époque il a de la pollakiurie, des douleurs en urinant; souvent aussi il urine du sang à la fin de la miction. Trois fois il a présenté des phénomènes d'orchite gauche. Par intermittences se montrent quelques accès de fièvre qui semblent en rapport avec l'affection vésicale. Il a été soigné en 1898, en 1899 et en 1900 pour sa cystite par des instillations de nitrate d'argent et des lavages de la vessie.

Actuellement il est obligé d'uriner fréquemment; les mictions sont douloureuses; les urines, troubles, contiennent souvent du sang en assez grande abondance.

Il y a quelques mois, nous avons examiné l'appareil urinaire de cet homme. L'urèthre, la prostate, paraissaient normaux. L'examen de la vessie montra qu'il existait un résidu vésical de 350 grammes. La sonde donnait issue à une urine uniformément louche. La vessie étant vidée, nous constatâmes que sa sensibilité au contact n'était pas augmentée. La contractilité du muscle vésical, lorsque la vessie était distendue, était plutôt exagérée.

Le cystoscope, après injection de 200 c.c. d'eau boriquée, permit de découvrir de nombreuses colonnes vésicales sans distribution régulière, et une cystite diffuse, plus accentuée au niveau du col et du trigone où se voyaient des plaques ecchymotiques et des exulcérations de la muqueuse. L'orifice de l'uretère gauche était moyennement ouvert au sommet d'un mamelon; l'orifice de l'uretère droit, largement béant, ressemblait à un cratère. Près des uretères la muqueuse vésicale était œdématiée, non ulcérée. Les reins n'étaient pas perceptibles au palper ni douloureux à la pression directe.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, atteint de syringomyélie à forme spasmodique ayant débuté à l'âge de trente-deux ans, et se manifestant par de l'amyotrophie et des déformations des membres supérieurs, des secousses fibrillaires, des troubles trophiques des mains, des contractures des membres inférieurs créant des difficultés pour la marche, une cyphoscoliose cervico-dorsale, de l'exagération des réflexes. La sensibilité tactile est conservée partout, mais il y a de l'anesthésie douloureuse et thermique dans les territoires des quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième racines cervicales; la sensibilité est normale dans la zone de la première racine dorsale.

Les troubles urinaires ont débuté il y a plus de six ans. Le 30 juin 1895, cet homme qui, jusqu'alors, avait uriné normalement, a eu une rétention d'urine subite. Quinze jours après il a eu une hématurie. Depuis lors il n'urine jamais seul, il faut le sonder. Par intermittences se montre une petite hématurie. Les

envies d'uriner sont fréquentes, impérieuses, très pénibles. Les urines émises sont troubles.

L'examen de la vessie montre que la capacité vésicale est minime, le malade souffrant après l'injection de 50 c.c. de liquide. La cystoscopie est faite avec 140 c.c. : on constate sur la paroi postérieure de la vessie, en arrière du trigone, une ulcération dont les bords sont taillés à pic, qui mesure 1 centim. 1/2 dans son axe transversal et 1 centimètre dans son axe vertical; au voisinage de cette ulcération est une plaque de leucoplasie saillante ayant 7 à 8 millimètres dans son plus grand diamètre.

Voici donc deux syringomyéliques qui, au cours de l'évolution de leur maladie, furent pris de troubles vésicaux. Chez ces malades, subitement est apparue une rétention d'urine; l'un et l'autre ont eu des hématuries, l'un et l'autre ont continué à présenter des phénomènes de cystite, de cystite très douloureuse, anormalement douloureuse. Chez l'un, la rétention d'urine est restée totale, absolue, a nécessité un sondage persistant; chez l'autre, on peut constater une rétention latente de 350 grammes. L'examen cystoscopique révèle chez le premier une vessie à colonnes, des lésions de cystite diffuse, des exulcérations; chez le second, une grande ulcération à bords taillés à pic. Il ne paraît pas douteux que ces phénomènes vésicaux ne soient sous la dépendance de la syringomyélie elle-même : chez le malade avec exulcérations, nous constatons le premier stade de la vessie des syringomyéliques, tandis que chez l'autre (avec ulcération) nous voyons le second stade de cette altération trophique.

Bien plus, l'ulcération vésicale des syringomyéliques peut se perforer, amener par là la mort du malade. Telle l'observation de cet homme auquel nous faisions allusion tantôt et dont Blocq (1) a rapporté l'autopsie. Il s'agit d'un individu sans antécédents héréditaires ni personnels dont l'affection avait débuté trois ans auparavant par une monoarthrite du genou gauche, à la suite de laquelle le patient ressentit des douleurs lombaires et des difficultés de la marche, sans fièvre ni douleurs fulgurantes. Le coude fut pris en avril 1884. Du côté des membres inférieurs, il existait une paraplégie avec raideur des membres, mais pas de troubles de la sensibilité; la marche avait le caractère spasmodique, les réflexes étaient exagérés, il y avait du tremblement spontané des jambes et on provoquait aisément le phénomène du pied; pas de troubles viscéraux. Le 7 février 1887, sans que l'état du malade se fût modifié — sinon que la parésie des membres inférieurs s'était accentuée —, survinrent des douleurs du ventre, du tympanisme, des vomissements bilieux; la température monta à 40°. Les signes de péritonite persistèrent jusqu'au 12 et le patient succomba.

A l'autopsie on constata des lésions de péritonite non suppurée; le rein droit était petit; son bassinet dilaté contenait une urine louche; à la coupe on trouva plusieurs petits abcès. Le rein gauche était très hypertrophié. *La vessie présentait une perforation au niveau de sa paroi postérieure.* La muqueuse était épaissie, fongueuse en certains points et offrait plusieurs ulcérations; c'est au niveau de l'une d'elles que s'était faite la perforation. La moelle présentait les lésions de la syringomyélie.

Ce fait nous montre donc l'existence, chez un syringomyélique, d'ulcérations vésicales avec perforation de l'une d'elles; de plus, il existait une infection du rein droit.

L'infection du rein peut facilement se faire dans les vessies infectées des syringomyéliques, et nous rappelons que chez l'un de nos malades nous avons constaté la dilatation anormale des orifices des uretères, l'œdème de la muqueuse périjacente.

(1) P. Blocq. Paraplégie spasmodique; arthropathie du coude; néphrite suppurée; cystite; perforation de la vessie; péritonite; mort; autopsie; syringomyélie. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris,* fév. 1887, p. 83.)

III

L'observation de ces syringomyéliques ayant des troubles vésicaux très accusés avec douleurs, hématuries, rétention, nous a engagés à rechercher si, chez les syringomyéliques qui ne se plaignent pas de leur vessie, qui ne présentent pas « le syndrome vésical », il n'existerait pas toutefois des troubles de la miction ou une rétention latente.

Nous avons examiné à ce point de vue 4 autres syringomyéliques se trouvant actuellement à l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. Marie. Trois de ces malades, que nous avons sondés après les avoir fait uriner, avaient de la rétention latente (50 gr., 80 gr., 125 gr.); le quatrième n'avait pas de rétention.

Ainsi, sur 6 syringomyéliques pris au hasard dans un service de neuropathologie, 3 ont de la rétention d'urine latente, un a une cystite avec exulcérations vésicales, rétention incomplète d'urine et formation secondaire de colonnes, un autre enfin a de la rétention totale et une grande ulcération vésicale. Seul un de ces patients n'offre aucun trouble du côté de sa vessie.

Les troubles vésicaux dans la syringomyélie nous paraissent donc fréquents, contrairement à l'opinion classique. Chez certains sujets, ces troubles sont latents, il n'existe que de la rétention incomplète, aseptique d'urine. Cet état de rétention incomplète crée un terrain très favorable au développement des infections vésicales. Les accidents éclatent lorsque ces infections ont acquis un certain degré, ou quand la rétention elle-même s'est assez développée pour déterminer mécaniquement de la gêne.

D'un autre côté, nous avons vu les lésions anatomiques de la vessie présenter des particularités qui les éloignent des lésions banales de cystite qu'on observe consécutivement aux autres variétés de rétention chronique d'urine. Les exulcérations, les ulcérations de la muqueuse, la perforation même de la vessie, tels sont les degrés ascendants de ces lésions qui doivent être considérées comme d'origine trophique et en rapport soit avec des altérations médullaires, soit avec des lésions névritiques. Les altérations trophiques chez les syringomyéliques sont fréquentes; elles appartiennent à la symptomatologie classique de cette maladie; il n'est donc pas étonnant que des manifestations de ce genre puissent s'observer dans la vessie.

Chez les syringomyéliques, les lésions banales de la rétention d'urine aseptique ou infectée évoluent sur un terrain trophique particulier, sans qu'il soit possible de faire la part de chacun de ces éléments pathogéniques dans les lésions qu'on observe. Nous avons appris l'existence de troubles de la contractilité vésicale; nous savons que les lésions ulcéreuses peuvent même déterminer la mort des malades. Par conséquent, il y a un réel intérêt à examiner d'une façon systématique la vessie des syringomyéliques et à traiter précocement ces troubles urinaires qui peuvent être la cause d'accidents multiples.

J. Albarran,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

G. Guillain,
Interne des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 décembre 1901.

Epilepsie jacksonienne et localisations cérébrales.

M. Lucas-Championnière fait remarquer, à propos des observations présentées au cours de la dernière séance par M. Raymond, que les néoplasmes du cerveau ont une symptomatologie beaucoup trop variable pour devenir le véritable objectif de la chirurgie cérébrale. D'autre part, s'il fallait attendre, comme le soutient M. Raymond, que la paralysie fût définitivement installée pour intervenir, alors que la trépanation est d'ailleurs indiquée par une épilepsie partielle et par d'autres accidents aigus, on risquerait fort de n'arriver que trop tard.

En somme, l'épilepsie partielle ne justifie pas à elle seule la trépanation; il faut cependant reconnaître qu'elle fournit des renseignements utiles quand l'intervention est légitimée par les troubles qui accompagnent l'épilepsie dans la plupart des cas.

M. Laborde croit, comme M. Lucas-Championnière, que l'épilepsie jacksonienne peut servir à guider le chirurgien, mais qu'elle ne doit jamais être considérée par lui comme un véritable « signal-symptôme ».

Les échanges respiratoires aux hautes altitudes.

M. Robin communique, en son nom et au nom de MM. Maurice Binet et Dupasquier, les résultats des expériences que M. Dupasquier a faites sur lui-même au cours de l'ascension du ballon *Quo vadis.*

Au nombre des faits les plus importants, il convient de citer d'abord une augmentation du nombre des pulsations cardiaques et des respirations dont la fréquence croît proportionnellement avec l'altitude; et ensuite, une diminution de la capacité pulmonaire, laquelle décroît en raison inverse de l'altitude.

D'autre part, les proportions centésimales des gaz, ramenés à 0° et à 760 millimètres, ont baissé pour l'acide carbonique et augmenté pour l'oxygène, sans rapport direct avec l'altitude. Quant à la ventilation pulmonaire, elle a progressé irrégulièrement avec l'altitude. Les échanges respiratoires se sont également accrus, et plus particulièrement la quantité d'oxygène absorbé par les tissus. Enfin, le quotient respiratoire a beaucoup baissé.

Ces diverses modifications n'ont pas cessé immédiatement après l'atterrissement.

L'orateur ajoute que, quelle que soit la part que divers autres facteurs, tels que le froid et l'état de jeûne du sujet, puissent avoir dans ces résultats, le rôle de l'altitude demeure considérable; comme ces expériences sont en contradiction avec celles de MM. Tissot et Hallion (Voir plus loin, p. 396), il faut en conclure que le facteur individuel est assez dominant pour que toute généralisation des résultats obtenus soit encore prématurée, et reconnaître qu'à l'heure actuelle la question de savoir si les hautes altitudes augmentent ou diminuent les échanges respiratoires n'est pas complètement élucidée.

M. Fernet lit un travail sur quelques applications thérapeutiques du sulfate de strychnine (delirium tremens, alcoolisme chronique, manifestations nerveuses des maladies toxi-infectieuses).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 11, 18 et 25 novembre 1901.

Influence de l'ingestion du vin sur l'évolution de la tuberculose.

M. L. Roos. — Dans le but de compléter mes précédentes recherches relatives à l'influence du vin chez les sujets sains (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 68), j'ai cherché à vérifier expérimentalement l'opinion courante que la tuberculose évolue plus rapidement chez les individus absorbant de l'alcool, fût-ce sous forme de boissons fermentées.

Pour cela, j'ai inoculé la tuberculose à 6 couples de jeunes cobayes, dont 3 étaient soumis à un régime ordinaire, tandis que les 3 autres recevaient depuis un mois environ — et continuèrent à recevoir — 35 c.c. de vin par jour et par kilogramme de poids. Au début, les animaux du second groupe pesaient un peu moins que ceux du premier; ni les uns ni les autres n'étant adultes, le développement se poursuivit, et, au bout d'une quinzaine, les courbes de poids des deux catégories devinrent parallèles et très voisines. Mais dès que les premiers décès se produisirent, on nota sur ces courbes des oscillations considérables et de sens variable, si

bien que c'étaient tantôt les cobayes alcoolisés, et tantôt les témoins, qui pesaient le plus. Finalement, la survie depuis l'inoculation fut, en moyenne, de quatre-vingt-quatorze jours pour les animaux recevant du vin, de quatre-vingt-quinze pour les témoins; c'est un cobaye du premier groupe qui mourut le dernier.

Je conclus de ces faits que l'alcool sous forme de vin, même à haute dose, n'accélère pas l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye.

Sur la transformation de la glycérine en sucre par le tissu testiculaire.

M. G. Bertrand. — M. Berthelot a démontré, en 1857, que la glycérine en solution aqueuse donne naissance, au contact du tissu testiculaire de divers animaux, à un sucre analogue au glycose.

J'ai repris l'étude de cette question, dans le but de déterminer si ladite transformation est imputable à la spermine, à une oxydase ou enfin à un agent microbien.

C'est cette dernière hypothèse qui me paraît légitime. En effet, sur 32 matras renfermant une solution glycérinée stérilisée par chauffage à 120° et ensemencés avec du tissu testiculaire, 25 ne contenaient, au bout de plusieurs mois, aucune trace de sucre; or, de ces 25 matras, 23 étaient restés absolument stériles. Au contraire, des 7 dont le contenu avait acquis des propriétés réductrices à l'égard de la liqueur cupro-potassique, 6 donnèrent lieu, par ensemencement sur des milieux appropriés, à des colonies microbiennes. D'autre part, l'addition d'un peu de ce liquide à du bouillon de levure glycériné suffit à y faire apparaître du sucre. Le sucre qui se forme dans ces conditions me semble être de la dioxyacétone.

En ce qui concerne l'origine des microbes qui manifestent ainsi leur présence, je puis affirmer qu'ils ne proviennent ni de l'air ni de l'eau; en outre, les précautions minutieuses d'asepsie dont je me suis entouré pour l'ablation des testicules ayant servi à mes expériences me permettent d'affirmer que certains de ces testicules au moins étaient normalement infectés.

Mesure de la pression sanguine chez les aliénés.

MM. E. Toulouse et N. Vaschide. — De recherches que nous avons faites chez 77 femmes adultes, atteintes d'affections mentales diverses, il résulte qu'il y a de l'hypertension dans les états d'agitation, de l'hypotension, au contraire, en cas de dépression ou de calme; en outre, la pression radiale et la pression capillaire, mesurées, l'une avec l'appareil de Potain et l'autre avec le sphygmomanomètre de Mosso, subissent des variations parallèles et généralement de même sens; cette particularité est surtout évidente dans la mélancolie, où l'état dépressif a pour conséquence une augmentation notable des deux pressions.

Traitement de la surdité par des vibrations sonores.

M. Marage adresse une note relative à un traitement de la surdité, qui consiste à pratiquer, après détermination exacte du degré d'acuité auditive, un massage vibratoire en transmettant à l'oreille les vibrations fondamentales des voyelles, produites par une sirène, et cela par l'intermédiaire d'une membrane qui n'introduit ni ne supprime aucun harmonique.

L'auteur a obtenu de cette méthode les meilleurs résultats chez 37 malades atteints de surdité à la suite d'otites catarrhales, d'otorrhée ou d'otite scléreuse; dans 4 cas, même, l'oreille moyenne n'était pas seule en cause (surdité nerveuse, vertige de Ménière, surdimutité).

Ce traitement ne serait jamais douloureux; il diminuerait les bourdonnements dès les premières séances, et paraîtrait même susceptible d'arrêter l'évolution de l'otite scléreuse.

L'augmentation des globules rouges du sang dans les ascensions en ballon.

M. J. Gaule. — Au cours de deux ascensions en ballon, l'une à 5,300 mètres, l'autre à 4,200 mètres, j'ai pu constater que le nombre des hématies augmente d'une façon considérable : je l'ai vu s'élever à 7,040,000, 7,480,000 (chez une femme), 8,800,000 par centimètre cube.

Il s'agit là d'une néoformation globulaire, et non d'une modification dans le mélange des hématies et du plasma, ainsi qu'en témoignent la diminution concomitante de l'hémoglobine et la présence dans le sang d'éléments en segmentation.

Action de la lumière chimique sur la tuberculose.

M. Foveau de Courmelles envoie une note dans laquelle il est dit qu'en isolant de l'arc voltaïque les rayons chimiques au moyen d'un courant d'eau froide et de lamelles de quartz, on obtient, avec une intensité électrique faible (de 5 à 12 ampères sous 80 volts), des rayons suffisants pour agir contre le lupus vulgaire et érythémateux, contre diverses dermatoses et même contre certaines tuberculoses pulmonaires.

M. N. Floresco adresse une note tendant à démontrer qu'il existe une relation entre le foie, la peau et les poils au point de vue de la teneur en fer et en pigments; chez les animaux à poils foncés, la peau et le foie renferment près de deux fois plus de fer et de pigments que chez les animaux à poils clairs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 novembre 1901.

Plaie pénétrante du canal rachidien avec section complète de la moelle.

M. Walther. — La communication récente de M. Loison sur un cas de plaie pénétrante du canal rachidien (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 333) me fournit l'occasion de relater l'observation d'une femme que j'ai opérée l'année dernière pour une plaie pénétrante de la portion dorsale du canal rachidien, par balle de revolver. La malade, qui présentait une paraplégie complète avec abolition de tous les réflexes, avait pu se relever et faire quelques pas immédiatement après l'accident, de sorte que l'on pensa tout d'abord à une compression de la moelle par un hématorachis. Dès le cinquième jour, cependant, des troubles trophiques se produisirent, sous forme d'eschares aux talons et dans la région sacrée. Il existait en même temps une plaie pénétrante de poitrine, ayant déterminé un hémopneumothorax dont la résorption se fit progressivement. Je me décidai alors à intervenir, bien que la persistance des symptômes médullaires et la précocité de l'apparition des troubles trophiques me fissent penser à une section complète de la moelle. La radiographie stéréoscopique avait montré que le projectile était placé dans le canal rachidien, sous la lame vertébrale droite de la deuxième vertèbre dorsale. Je trouvai la balle exactement en ce point, sans rencontrer le moindre épanchement sanguin; la moelle était sectionnée nettement, avec un écart d'un centimètre environ entre les deux bouts. Il n'y avait rien à tenter, et je me contentai de refermer la plaie. La malade finit par succomber deux mois et demi après l'accident.

M. Legueu. — J'ai observé cet été, dans le service de M. Lucas-Championnière, une femme qui, consécutivement à un coup de couteau dans le dos, offrait tous les signes d'une section complète de la moelle. Cependant, les eschares qui s'étaient produites à la suite du traumatisme rachidien avaient guéri spontanément et, d'autre part, les réflexes des membres inférieurs étaient conservés. A l'opération, je trouvai, comme lésion principale, une section incomplète de la moelle, portant seulement sur les cordons postérieurs. Je suturai les lèvres de la plaie médullaire. Malheureusement, la malade n'a tiré aucun bénéfice de cette intervention, car elle a succombé ces jours derniers.

M. Lucas-Championnière. — Chez la femme dont M. Legueu vient de parler, les réflexes ont été complètement abolis pendant les trois ou quatre premières semaines, puis ils ont reparu très nettement.

Au point de vue du diagnostic différentiel de la section médullaire d'avec la compression de la moelle, la suppression de tout phénomène douloureux au-dessous du point traumatisé plaide plutôt en faveur de la section.

Corps étrangers de l'intestin.

M. Rochard. — M. Mériel (de Toulouse) nous a envoyé une observation au sujet de laquelle vous m'avez chargé de vous faire un rapport. Il s'agit d'un homme qui présentait dans la région iliaque du côté droit une tuméfaction, déterminée, disait-on, par la présence d'un corps étranger ingéré dans un moment de délire. Notre confrère fit à ce niveau une incision qui lui permit de pénétrer dans une cavité stercorale renfermant deux manches de cuiller; ceux-ci furent extraits et la cavité drainée. Pendant dix-huit jours, il se produisit un écoulement stercoral par la plaie opératoire; au bout de ce temps, la fistule se ferma spontanément.

M. Le Dentu. — Je désire revenir sur l'interprétation que j'ai cru devoir adopter pour l'observation de corps étranger de l'abdomen que l'on a rappelée dans la séance précédente. Le malade a été opéré moins de quarante-huit heures après l'ingestion de la cuiller que j'ai retrouvée dans la cavité péritonéale; j'avais préalablement exploré sans succès l'estomac, où je croyais la rencontrer. J'ai pu constater, au cours de mon intervention, qu'il existait un épaississement notable du grand épiploon immédiatement au-dessous de la grande courbure. J'ai alors admis le passage du corps étranger dans la cavité péritonéale par une perforation au niveau de la grande courbure de l'estomac; la cuiller a dû cheminer entre les deux feuillets du grand épiploon, puis perforer cet épiploon et arriver ainsi dans l'abdomen.

Du pneumothorax provoqué comme temps préliminaire des interventions pleuro-pulmonaires.

M. Delagénière (du Mans). — Au dernier Congrès de chirurgie, j'ai cité un cas où un pneumothorax provoqué opératoirement n'avait entraîné aucun inconvénient (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 355); je vous apporte aujourd'hui une nouvelle observation en faveur de l'innocuité du pneumothorax provoqué, comme temps préliminaire des interventions pleuro-pulmonaires. Il s'agit d'un chondrosarcome récidivé, ayant nécessité une résection costale étendue; il existait dans la cavité pleurale un prolongement volumineux du néoplasme. Je produisis lentement un pneumothorax, et je pus alors, la cavité thoracique largement ouverte, terminer l'ablation complète de la masse néoplasique. La perte de substance résultant de cette ablation était telle que je ne pouvais suturer la plèvre diaphragmatique à la plèvre costale; aussi j'abaissai le poumon et le suturai, d'une part, à la plèvre costale, et, d'autre part, à la plèvre diaphragmatique; j'évacuai ensuite avec un aspirateur l'air contenu dans la cavité pleurale. L'opération avait duré deux heures et la malade était très affaiblie; elle se remonta assez rapidement, grâce aux injections de sérum, et la guérison fut obtenue.

Plaie du cœur traitée avec succès par la suture.

M. Fontan (médecin de la marine). — J'ai eu l'occasion d'intervenir au bout de deux heures, dans un cas de plaie du cœur par coup de couteau; c'est la seconde fois que je pratique une telle intervention. Après avoir taillé un volet thoracique comprenant les quatrième, cinquième et sixième côtes, je trouvai une plaie du péricarde, que j'agrandis suffisamment pour mettre à nu le cœur : celui-ci offrait une plaie du ventricule à 15 millimètres au-dessus de la pointe. Je procédai à la suture avec des aiguilles de Hagedorn et du catgut n° 3; l'hémostase complète fut obtenue quinze minutes après le début de l'intervention, au cours de laquelle on injecta un litre de sérum. Après avoir présenté un état inquiétant, le blessé reprit bientôt ses forces, et tout semblait aller d'une façon satisfaisante, lorsqu'il se produisit un foyer pneumonique limité à la base du poumon, consécutivement à une petite embolie bronchique survenue au sixième jour; pendant quelques semaines, des phénomènes d'infection se développèrent également du côté de la plèvre gauche et nécessitèrent une thoracotomie; enfin, une phlébite du membre inférieur droit vint s'ajouter à ces complications. Malgré tous ces incidents, le malade a fini par guérir.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 novembre 1901.

Syphilis cérébrale diagnostiquée grâce à une leucoplasie linguale.

M. Gaucher communique, en son nom et au nom de M. Lacapère, l'observation d'un homme de soixante ans qui, à la suite d'un ictus apoplectique, fut atteint d'une hémiplégie droite, intéressant la face et accompagnée d'hémichorée, d'hémianesthésie et de contracture.

Bien que le malade niât avoir jamais eu la vérole, la constatation de deux petites plaques de leucoplasie fibreuse linguale fit penser que la syphilis pouvait être la cause de l'hémiplégie. On lui pratiqua chaque jour une injection de 0 gr. 02 centigr. de benzoate de mercure et on lui prescrivit en même temps de l'iodure de potassium. Quatre jours après, la paralysie avait presque complètement disparu et actuellement il ne persiste plus que quelques mouvements choréiformes, une légère exagération des réflexes patellaires et un peu d'hypoesthésie du côté droit.

D'après l'orateur, la leucoplasie buccale serait toujours d'origine syphilitique, quoique le traitement mercuriel soit le plus souvent inefficace contre cette affection.

M. Merklen dit qu'il y a lieu de faire quelques réserves en ce qui concerne l'origine toujours spécifique de la leucoplasie buccale; il a vu, en effet, un homme de soixante ans, atteint de cette affection, contracter ultérieurement un chancre syphilitique.

M. Gaucher fait remarquer qu'on ne saurait rien conclure de ce fait, parce que ce n'est pas seulement la syphilis acquise, mais encore la syphilis conceptionnelle ou héréditaire, qui peuvent être le point de départ de la leucoplasie linguale; or, il est aujourd'hui bien établi qu'un hérédo-syphilitique est apte à contracter la vérole.

Bradycardie dans la convalescence de la diphtérie.

M. Barbier relate 3 faits de bradycardie qu'il a observés chez des enfants convalescents de diphtérie; dans un de ces cas, le pouls est tombé à 62; dans un autre, il est resté pendant plus de quinze jours au-dessous de 60. Chez aucun des petits malades en question, la bradycardie ne s'est accompagnée de troubles fonctionnels, et c'est seulement parce que le pouls était examiné méthodiquement chaque jour, qu'on l'a reconnue. Tous trois ont quitté l'hôpital en apparence guéris. Bien que la bradycardie soit un phénomène anormal et exceptionnel au cours de la diphtérie, il semble dépourvu de toute espèce de gravité, contrairement à l'opinion de quelques auteurs qui le considèrent comme précurseur d'une issue fatale.

M. Comby dit que la bradycardie s'observe communément dans la convalescence de toutes les pyrexies de l'enfance; ce phénomène n'a donc rien de spécial à la diphtérie et il ne comporte aucune signification pronostique.

M. Antony a vu également, chez des adultes, le pouls tomber à 45 et même à 35 pulsations, pendant la convalescence de la diphtérie; ces malades doivent être surveillés attentivement et maintenus au lit, car cette bradycardie est, pour l'orateur, l'indice que le cœur a été touché par le poison diphtérique.

Hystérie sénile.

M. Achard montre un malade, sans antécédents névropathiques, qui est atteint d'hystérie sénile primitive. Il s'agit d'un homme de soixante-trois ans, ayant eu sa première crise convulsive à soixante et un ans. Les accès se sont renouvelés depuis cette époque un certain nombre de fois, surtout à la suite de contrariétés; ils ont été remplacés, à diverses reprises, par des crises délirantes. On constate en outre, chez cet homme, plusieurs des stigmates habituels de la névrose.

M. Widal. — J'ai observé récemment, chez un vieillard de soixante-huit ans, un cas typique d'astasie-abasie développée brusquement plusieurs mois auparavant. On n'observait aucun autre stigmate hystérique. L'astasie-abasie apparaissait donc chez ce vieillard comme une manifestation monosymptomatique tardive de la névrose. Ce malade ayant succombé à une attaque d'urémie, on trouva, à l'autopsie, de petits reins granuleux, mais il n'existait aucune lésion appréciable des centres nerveux.

M. Marie. — Voici deux malades, âgés l'un de soixante-cinq ans, l'autre de quatre-vingts ans, offrant également depuis plusieurs années de l'astasie-abasie et chez lesquels on ne trouve aucun stigmate hystérique; on peut donc, en présence de cet accident unique, se demander s'il s'agit là réellement d'une manifestation hystérique. L'artériosclérose a été invoquée tout dernièrement pour expliquer ces cas d'astasie-abasie tardive, mais le fait que les malades que je vous présente sont dans le même état depuis plusieurs années, semble bien prouver que l'artériosclérose est étrangère aux troubles fonctionnels en question, et que ceux-ci sont, en définitive, d'origine névropathique.

Cholécystite éberthienne.

M. F. Bezançon. — J'ai observé récemment, avec M. Philibert, une localisation tout à fait insolite du bacille d'Eberth sur l'appareil biliaire, localisation dont la nature exacte ne nous a été révélée que par le sérodiagnostic.

Il s'agissait d'une femme de vingt huit ans, qui, au cours d'un état infectieux indéterminé, présenta tous les signes d'une cholécystite catarrhale. La courbe thermique fut celle d'une fièvre typhoïde qui n'aurait pas présenté de période d'état : ascension en escalier, puis défervescence en lysis lui succédant immédiatement, sans plateau.

A aucun moment on ne constata chez cette malade de symptômes de fièvre typhoïde : pas de céphalée, ni de taches rosées, ni de diarrhée; la rate resta toujours inaccessible à la percussion. La cholécystite évolua en quelques jours vers la guérison, sans ictère ni passage des pigments biliaires dans les urines. La diazoréaction d'Ehrlich fut positive et le sérodiagnostic de Widal décela un pouvoir agglutinant considérable du sérum à l'égard du bacille d'Eberth (1 pour 600).

L'existence de manifestations locales de l'infection éberthienne, indépendamment de tout symptôme de fièvre typhoïde, est à rapprocher de la constatation, faite dans quelques cas, du bacille d'Eberth dans les selles d'individus sains; elle nous montre que ce microorganisme, malgré ses allures habituelles de microbe spécifique, est cependant susceptible de déterminer de simples affections banales organiques et de se comporter comme les microbes saprophytes, commensaux habituels de notre économie, tels que le staphylocoque ou le streptocoque.

Une nouvelle formule de solution injectable de benzoate de mercure.

M. Gaucher préconise l'emploi du sérum artificiel isotonique comme dissolvant du benzoate de mercure. On peut formuler de la façon suivante : benzoate de mercure 1 gramme, chlorure de sodium 0 gr. 75 centigr., eau stérilisée 100 grammes.

L'injection doit être faite profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fesse (et non dans les muscles), à la dose de 2 c.c. par jour. Elle est très bien supportée, même sans addition de cocaïne, et n'occasionne qu'une douleur minime; souvent même elle est complètement indolore.

M. Barbier communique l'observation d'un enfant atteint de diphtérie avec paralysie du voile du palais, dans le bulbe duquel on a trouvé des bacilles de Löffler longs et moyens, mortels pour les cobayes auxquels ils furent inoculés.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 novembre 1901.

Modifications des échanges respiratoires et de la composition du sang dans les ascensions en ballon.

M. Chauveau. — Au cours de l'ascension en ballon, organisée par M. Guglielminetti (de Monte-Carlo), qu'ils ont faite ces jours derniers, MM. Tissot et Hallion ont constaté que leurs coefficients respiratoires sont restés sensiblement les mêmes, aussi bien pendant la montée que pendant la descente de l'aérostat (qui s'est élevé à 3,450 mètres). Ils ont remarqué, en outre, que le débit respiratoire diminue au fur et à mesure qu'on s'élève dans l'atmosphère, pour revenir à son chiffre primitif au moment de la descente, et qu'à cette diminution du débit respiratoire pendant la montée correspond une augmentation parallèle de l'activité des échanges intra-pulmonaires.

D'autre part, des prises du sang d'un chien, effectuées à différentes hauteurs au cours de la même ascension, ont montré que, si la teneur en acide carbonique de ce liquide s'exagère d'une façon notable pendant la montée, son taux en oxygène n'augmente que d'une façon insignifiante et que, par contre, la proportion d'azote qu'il renferme diminue très sensiblement.

M. Jolly. — L'examen histologique de plusieurs prises de sang humain recueilli ces jours derniers au cours d'une ascension en ballon que j'ai faite avec M. Bonnier, a montré une augmentation de 12 % des globules rouges. Le nombre des hématies de l'un de nous, qui, à terre, était de 4,760,000, s'est élevé à 5,333,000 (à 4,450 mètres), pour redescendre à 4,800,000 (à 2,600 mètres). Nous avons constaté, en outre, des variations parallèles de l'hémoglobine, qui a atteint les chiffres de 14 et de 15.5 %. Par contre, nous n'avons observé aucune modification du nombre et de la variété des leucocytes, et nous n'avons jamais réussi à déceler la présence de globules rouges nucléés.

M. Henry dit avoir constaté également une hyperglobulie manifeste chez deux chiens qu'il avait emportés avec lui en ballon. Cette hyperglobulie a été beaucoup moindre chez un troisième chien splénectomisé quelques semaines auparavant.

M. Bonnier a remarqué qu'à partir de 2,000 mètres l'acuité auditive diminue, mais que la transmission des sons par le corps est plus rapide et plus nette.

Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les hémorrhagies du névraxe.

M. Sicard. — Au cours des hémorrhagies du névraxe (hémorrhagie cérébrale, hématomyélie, fracture du crâne, etc.), le liquide céphalo-rachidien extrait par ponction lombaire présente quelquefois une coloration jaunâtre ou jaune verdâtre provenant de la dissolution des hématies. Dans la plupart des cas, il ne s'agit pas d'hémoglobine vraie, mais d'un chromogène spécial, n'impressionnant pas le spectre solaire au niveau de la raie de l'hémoglobine et ne subissant pas la réaction bleue d'oxydation indirecte par la teinture de gaïac et l'eau oxygénée.

Cette coloration spéciale du liquide céphalo-rachidien, qui peut apparaître dès le troisième jour (hémorrhagie cérébrale), est parfois encore appréciable au bout de dix-huit jours. Jusqu'ici, semblable aspect du liquide céphalo-rachidien n'a été rencontré qu'au cours des états ictériques.

Ainsi, en dehors de l'ictère, le chromodiagnostic positif constitue un élément de certitude en faveur d'une hémorrhagie du névraxe ou de ses annexes immédiates (méninges). Négatif, il n'implique nullement l'absence d'hémorrhagie.

Seule, la teinte jaunâtre spéciale, et non l'aspect sanglant ou sanguinolent du liquide, est caractéristique d'un foyer hémorrhagique.

M. Widal. — J'ai observé récemment, avec M. Le Sourd, un fait confirmatif de ceux que vient de signaler M. Sicard. Deux jours après un ictus apoplectique, nous avons recueilli chez un homme atteint d'hémorrhagie cérébrale quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien offrant une coloration jaune intense. Ni l'examen spectroscopique ni l'examen chimique ne permirent de déceler trace d'hémoglobine; M. Bard, dans plusieurs cas, a fait semblable constatation. Il s'agissait donc d'un pigment dérivé de l'hémoglobine, et plus diffusible que l'hémoglobine elle-même. Au cours de certains ictères chroniques, le liquide céphalo-rachidien se colore également en jaune par la diffusion d'un pigment dérivé qui ne donne ni la réaction des acides biliaires, ni celle des pigments biliaires, comme j'ai pu le constater avec MM. Sicard et Ravaut.

M. Netter. — J'ai constaté également cette coloration jaunâtre du liquide céphalo-rachidien

chez des enfants atteints de méningite cérébro-spinale mortelle, et à l'autopsie desquels je n'ai pas trouvé trace de foyer hémorrhagique; on ne saurait donc accorder à cette coloration une valeur diagnostique absolue.

M. Widal. — J'ai observé aussi cette coloration dans un cas de méningite tuberculeuse. En clinique, la question se pose d'une façon spéciale. On hésite, par exemple, en présence d'une hémiplégie récente, entre le diagnostic de ramollissement et celui d'hémorrhagie cérébrale : en ce cas, la coloration du liquide céphalo-rachidien permet de poser le diagnostic d'hémorrhagie cérébrale.

Sur la présence d'acide glycuronique dans le foie « post-mortem ».

MM. R. Lépine et **Boulud** (de Lyon). — M. P. Mayer a montré que le sang du bœuf renferme normalement de l'acide glycuronique, et nous avons indiqué (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 371) que le sang du chien en contient encore davantage. Or, le foie du même animal, ainsi que celui du cobaye, plusieurs heures après la mort, peuvent en renfermer aussi une très forte proportion.

Nous avons pu démontrer ce fait par les différences que présentent les pouvoirs rotatoire et réducteur de l'extrait de foie *avant* et *après* le chauffage en présence de l'acide chlorhydrique (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 342), et aussi par la production de parabromphénylhydrazone.

M. J. Lépine fait connaître que des solutions de mucine provenant de limaces rouges sont des milieux excellents pour la conservation des globules rouges de différents animaux, et qu'elles possèdent, en outre, des propriétés antihémolytiques qui disparaissent avec l'altération spontanée de ces solutions, ainsi que par le chauffage à 56°.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 25 novembre 1901.

Sur l'obstruction intestinale par calculs biliaires.

M. Gans relate, à propos de la communication faite par M. Karewski dans la dernière séance, un fait démontrant bien les difficultés que peut présenter le diagnostic de l'iléus calculeux. Il s'agit d'un médecin qui, après de violentes douleurs étendues à tout l'abdomen, eut de l'ictère; on porta le diagnostic de coliques hépatiques. Une cure hydrominérale amena une certaine amélioration, mais les douleurs reparurent bientôt et il survint des vomissements fécaloïdes; l'opération permit de reconnaître qu'il y avait invagination de 50 centimètres d'intestin.

M. Albu fait remarquer que les vomissements fécaloïdes peuvent faire défaut en cas d'obstruction intestinale par calcul. C'est ainsi qu'il a observé un homme de soixante-dix ans ayant eu par intervalles de l'ictère avec phénomènes douloureux peu marqués; on avait pensé non à la cholélithiase mais à un ictère catarrhal; soudain l'ictère reparut, envahissant tout le tégument, en même temps que la fièvre s'allumait et que le pouls devenait petit et mauvais; le patient succomba en deux jours, sans qu'on eût osé l'opérer, à cause de son âge avancé et de l'état de collapsus dans lequel il se trouvait. Bien qu'on n'ait pu faire l'autopsie, l'orateur estime que les accidents avaient été causés par l'enclavement d'un calcul dans le duodénum; l'ictère peut manquer en pareille occurrence; s'il se produisit chez cet homme, c'est sans doute par suite de la compression de l'ampoule de Vater.

M. A. Fränkel attire l'attention sur certains cas d'iléus où il existe des vomissements fécaloïdes sans aucun autre symptôme d'interruption du cours des matières. Il rappelle, à titre d'exemple, l'observation d'une femme âgée qui fut prise subitement de vomissements fécaloïdes profus; l'orateur fit le diagnostic de communication entre le côlon et l'estomac; or, il s'agissait du passage d'un calcul biliaire dans le duodénum; les vomissements peuvent s'expliquer par l'irruption du contenu stomacal dans la vésicule, où il se putréfie.

M. Karewski déclare que les faits analogues à celui que vient de relater M. Fränkel doivent être très rares; presque toujours les vomissements fécaloïdes survenant sans météorisme et avec conservation des selles sont sous la dépendance d'une obstruction calculeuse. Pour que le météorisme se produise, il faut qu'il y ait péritonite, soit d'origine intestinale, soit par perforation de la vésicule et passage de la bile dans l'intestin, ce qui fut sans doute le cas chez le malade de M. Albu. L'orateur cite à ce propos l'observation d'un homme porteur d'une hernie et ayant eu plusieurs années auparavant des coliques; des accidents d'obstruction ayant éclaté, M. Karewski, contrairement à d'autres médecins qui croyaient à un étranglement herniaire, admit l'existence d'une perforation de la vésicule biliaire : l'opération fit découvrir, en effet, de la bile dans le sac herniaire.

Gastrectomie totale datant de plus de neuf mois.

M. F. Krause présente une femme chez laquelle il a dû, au commencement de l'année, réséquer tout l'estomac et aboucher directement le duodénum à l'œsophage, pour cancer gastrique diffus ayant envahi la région pylorique et les deux courbures de l'estomac. Neuf mois et demi se sont écoulés depuis l'opération; la patiente, qui peut manger toute sorte d'aliments, a augmenté de 33 livres.

L'orateur montre une autre femme qui avait une gastrectasie considérable, consécutive à une tumeur circonscrite du pylore; une résection pylorique typique, faite au mois de mai dernier, a également donné les meilleurs résultats, puisque cette malade a repris 34 livres de poids.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 30 novembre 1901.

Eléphantiasis de la moitié inférieure du corps et symphyse cardiaque.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. H. Favarger** a présenté un homme de vingt-six ans, qui est atteint d'un épaississement considérable de la peau des membres inférieurs, des organes génitaux et de l'abdomen. On ne constate chez lui ni chylurie, ni ectasie des vaisseaux lymphatiques; mais la pointe du cœur est le siège d'un souffle systolique, le foie est gros et il existe des stases veineuses dans presque tous les organes. L'orateur croit que ces troubles circulatoires sont en rapport avec une symphyse cardiaque et que l'éléphantiasis des membres inférieurs a été la conséquence d'érysipèles à répétition que le malade a eus autrefois.

De l'examen histologique des selles pour distinguer les troubles des fonctions gastriques d'avec ceux des fonctions intestinales.

M. W. Zweig a proposé, pour se rendre compte du fonctionnement du tube digestif, de faire prendre au malade 100 grammes de viande crue le soir au moment du coucher, puis d'examiner après filtration la selle qui suit ce repas d'épreuve. Lorsque les matières renferment des fibres de tissu conjonctif, ce serait, d'après l'orateur, la preuve qu'il s'agit d'une affection gastrique; au contraire, la présence de fibres musculaires indiquerait que c'est l'intestin qui est en cause.

Hypertrophie du cœur avec aortite aiguë, d'origine traumatique.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. Benedikt** a relaté l'observation d'un homme de cinquante-neuf ans qui, à la suite d'une chute sur le dos, fut pris de douleurs dans la moitié gauche de la poitrine et d'essoufflement. Le malade put retourner à son travail sept semaines environ après l'accident, mais au bout de deux mois et demi il dut se faire admettre à l'hôpital; il présentait alors de la cyanose et sa respiration était saccadée; le cœur se montrait abaissé, la pointe refoulée au voisinage de la ligne axillaire; l'aire de matité cardiaque était énorme, les bruits du cœur normaux. L'auscultation des gros vaisseaux révélait un second bruit clangoreux, perceptible jusqu'à la cinquième côte; la percussion permettait de reconnaître une dilatation de l'aorte avec participation de l'artère pulmonaire. L'examen radioscopique confirma les résultats fournis par la clinique, et l'on porta le diagnostic d'hypertrophie cardiaque avec aortite aiguë.

A l'autopsie, on put constater, en effet, une hypertrophie véritable du muscle cardiaque, accompagnée d'aortite et d'une dilatation énorme de l'artère pulmonaire.

Rein kystique bilatéral.

Dans la première séance (21 novembre) de la nouvelle SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE, **M. Nothnagel** a montré un homme de quarante-cinq ans qui a été atteint à deux reprises d'hématurie dans ces derniers temps. On constate la présence chez ce malade, au niveau de la région rénale, de deux volumineuses tumeurs, bosselées mais non douloureuses; dans l'urine il existe des traces d'albumine, des cylindres hyalins et quelques leucocytes. De plus, le cœur est hypertrophié et la pression artérielle exagérée. En présence de ces symptômes, on peut affirmer qu'il s'agit d'une dégénérescence kystique des reins, affection qui offre souvent un tableau clinique analogue à celui de la néphrite interstitielle.

M. Weichselbaum fait remarquer que, dans les cas de rein kystique, on trouve fréquemment des kystes dans le foie.

M. Neusser a observé un malade porteur d'un double rein kystique avec hypertrophie du cœur, qui a succombé à des accidents urémiques; il existait aussi une cavité kystique dans le foie.

Myiase intestinale chez l'homme.

M. H. Schlesinger a communiqué l'observation d'un homme de vingt-trois ans qui fut atteint, il y a environ dix-huit mois, d'une hémorrhagie intestinale accompagnée de diarrhée dysentériforme, sans fièvre ni ténesme; cette hémorrhagie se renouvela un certain nombre de fois. L'examen des selles, pratiqué à différentes reprises, permit d'y constater une grande quantité de larves de mouches. Peu à peu ce malade présenta tous les signes d'une sténose progressive de l'intestin; il finit par succomber aux progrès de l'inanition.

La conclusion qui se dégage de ce fait, c'est qu'en présence d'une diarrhée dysentériforme on doit toujours penser à la possibilité d'une affection due à la présence dans les voies digestives de larves de diptères; l'élimination de ces larves étant intermittente, il importe de répéter l'examen des selles un grand nombre de fois avant de conclure à leur absence. Au point de vue de la prophylaxie de cette affection, il faut recommander de s'abstenir de manger de la viande crue; pour la combattre quand elle est déclarée, on peut s'adresser à tous les médicaments en usage contre les parasites intestinaux.

M. Weichselbaum dit avoir constaté à l'autopsie du malade de M. Schlesinger, outre une dégénérescence graisseuse des reins, trois vastes ulcérations du gros intestin qui était rempli de bols fécaux. L'examen histologique et bactériologique de ces ulcérations a montré qu'elles ne reconnaissaient pour cause ni la syphilis, ni la tuberculose, ni la dysenterie : seules les larves de diptères pouvaient les avoir déterminées grâce aux crochets dont elles sont munies, crochets qui, en pénétrant dans la muqueuse, donnent lieu à des hémorrhagies d'abord, et ensuite à une mortification des tissus; on s'explique assez bien, de cette façon, les principaux symptômes qui caractérisent la myiase intestinale.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Un cas de symphyse du péricarde avec tubercule isolé de l'oreillette droite, par MM. A. Pic et A. Cade.

La tuberculose du myocarde est par elle-même une affection assez rare; en outre, elle intéresse le plus souvent les parois ventriculaires (il n'existerait que 8 cas où elle ait été trouvé localisée aux oreillettes); c'est pourquoi nous résumons l'observation publiée par MM. Pic et Cade, d'autant que la lésion de l'oreillette semble y avoir été primitive, fait tout à fait exceptionnel qui n'aurait été signalé que trois fois jusqu'ici.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, présentant une hérédité assez suspecte au point de vue tuberculeux, car son père est mort d'une affection pulmonaire chronique, un de ses frères a succombé à une « bronchite chronique », et sa femme a probablement aussi été emportée par la phtisie pulmonaire. Cet homme avait été soigné près de deux années auparavant pour une péricardite l'ayant laissé pendant onze mois dans un état de santé assez précaire; toutefois, il avait pu reprendre son travail depuis un certain temps déjà, quand des crises de dyspnée survenant même au repos le forcèrent à se faire admettre de nouveau à l'hôpital. On constatait à ce moment chez lui des signes très nets d'une symphyse cardiaque (absence de déplacement de la matité cardiaque, pouls paradoxal, léger degré de gonflement inspiratoire des veines du cou, etc.) que les auteurs considérèrent comme vraisemblablement de nature tuberculeuse, en raison des antécédents familiaux du patient, de l'existence d'un emphysème pulmonaire assez marqué aux deux sommets, et aussi faute de tout autre facteur (rhumatisme) à incriminer. Sept semaines environ après son retour à l'hôpital, cet homme succomba à des accidents d'asystolie.

L'autopsie révéla — outre une symphyse péricardique totale et très serrée — un léger degré de myocardite avec hypertrophie et dilatation du cœur. Mais la particularité la plus remarquable était une masse tuberculeuse discoïde, de la largeur d'une pièce de cinq francs, siégeant dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'oreillette droite; l'examen histologique confirma qu'il s'agissait bien de tissu tuberculeux. On ne rencontra aucune autre manifestation tuberculeuse dans les divers organes; il semblerait donc qu'on pût parler de tuberculose primitive de l'oreillette; toutefois, MM. Pic et Cade se montrent quelque peu réservés à cet égard, car il existait — ainsi que l'examen clinique l'avait déjà révélé — de l'emphysème des lobes supérieurs des deux poumons. (*Rev. de méd.*, juin 1901.) — F. F.

Sur une maladie infantile et familiale caractérisée par des modifications permanentes du pouls, des attaques syncopales et épileptiformes et la mort subite, par M. L. Morquio.

Le pouls lent permanent ou syndrome de Stokes-Adams n'a guère été observé jusqu'ici que chez les adultes, et notamment après quarante ans. A ce point de vue, il nous paraît intéressant de signaler le travail de M. Morquio, puisque l'auteur y décrit un complexus morbide de tous points analogues à celui de la maladie de Stokes-Adams, mais ayant frappé, dans la même famille, cinq enfants sur huit, dont quatre mortellement; en outre, dans le seul cas où l'autopsie put être pratiquée, on ne trouva ni l'artériosclérose, ni la dégénérescence graisseuse prononcée du myocarde, que l'on incrimine d'ordinaire comme causes du pouls lent permanent.

M. Morquio n'a observé que deux des cinq enfants en question : c'étaient deux garçons respectivement âgés de huit ans et de cinq ans, qui, sans antécédents personnels ni héréditaires dignes d'être notés, présentaient depuis leur quatrième année des crises nerveuses, tantôt épileptiformes, tantôt syncopales; trois de leurs frères étaient morts subitement, un à dix ans, les deux autres à huit ans, au cours d'une crise du même genre; la famille comprenait encore trois autres enfants : une fille de dix-sept ans, qui avait toujours été indemne de l'affection dont il s'agit, une seconde fille ayant succombé à six ans à une fièvre typhoïde, enfin un garçon de deux ans jusque-là bien portant.

Les deux petits malades auxquels l'auteur eut à donner des soins offraient tous les deux exactement les mêmes symptômes : outre les crises syncopales et épileptiformes déjà signalées, et qui survenaient au moindre prétexte, avec une fréquence variable, ils présentaient une bradycardie notable (60 pulsations en moyenne), alternant avec des irrégularités, des intermittences et des inégalités du pouls. L'auscultation ne révélait aucun autre symptôme morbide du côté du cœur; les divers appareils organiques étaient sains.

L'aîné de ces deux enfants, quelques semaines après une atteinte assez grave d'influenza n'ayant en rien modifié, même pendant la période fébrile, les anomalies du rythme cardiaque, succomba brusquement, au milieu de ses jeux, à une attaque syncopale; l'autopsie fit découvrir, comme seule lésion, un peu de dilatation avec légère surcharge graisseuse superficielle du ventricule droit, reliquat probable de l'infection grippale récente.

M. Morquio estime que dans ce cas, comme chez les quatre autres frères de ce petit malade, il ne pouvait s'agir que d'une malformation congénitale ou d'un état de faiblesse héréditaire du centre cardio-bulbaire. (*Arch. de méd. des enfants*, août 1901.) — F. F.

Dermatomyosite, par M. L.-M. Bonnet.

Dans les rares travaux français consacrés au cours de ces dernières années à la *dermatomyosite aiguë* on a décrit généralement sous ce nom la polymyosite; or, la dénomination de dermatomyosite, créée en 1891 par Unverricht, avait été réservée par cet auteur à une affection spéciale, dont les causes sont encore obscures, et qui, constituée par l'inflammation de certains groupes musculaires et des téguments qui les recouvrent, est tout à fait différente, par conséquent, de la polymyosite. Plusieurs cas rentrant dans le cadre clinique tracé par Unverricht ont été publiés à l'étranger, mais celui que relate M. Bonnet dans le présent travail est le premier qui ait été observé en France.

Il concerne un homme de cinquante-neuf ans, qui se fit recevoir dans le service de M. le professeur Lépine pour de violentes douleurs lombaires, ainsi que pour un gonflement de l'avant-bras droit. Huit mois auparavant, ce patient avait éprouvé quelques céphalées peu vives, ou plus exactement une sensation de « grattement » au niveau de l'extrémité céphalique, ainsi que des élancements dans le côté gauche du corps. Au bout de cinq mois survint un œdème de la partie supérieure du visage, lequel débuta à gauche, puis envahit le côté droit et disparut en une quinzaine de jours, en même temps que la rachialgie devenait plus vive, surtout à l'occasion des mouvements du tronc. Enfin, une semaine environ avant l'entrée du malade à l'hôpital, apparut une petite tuméfaction à la partie moyenne de l'avant-bras droit, tuméfaction qui ne tarda pas à s'étendre à tout l'avant-bras et au dos de la main; les douleurs de reins étaient très violentes.

A l'examen objectif, on constatait l'existence, depuis le poignet jusqu'au coude, d'un œdème luisant, dur, difficilement dépressible en godet, et qui était le siège de picotements légers; la palpation profonde montrait que les masses musculaires sous-jacentes étaient également indurées et augmentées de volume; l'œdème s'étendait au dos de la main, mais il y était plus pâle et plus mou qu'à l'avant-bras. Les douleurs de la région lombaire, strictement localisées aux muscles, étaient moins intenses qu'au début. Tous les organes paraissaient normaux; seule, la rate, légèrement hypertrophiée, débordait les fausses côtes et pouvait très bien être perçue à la palpation. Enfin l'état général paraissait assez altéré : cet homme était anémique; il avait le teint pâle et plombé.

Le tableau morbide que nous venons de résumer, bien qu'un peu incomplet (il y manque notamment la fièvre du début et les exanthèmes, signes d'ailleurs inconstants de la dermatomyosite), présente cependant des caractères suffisamment nets (œdème d'abord limité à la face, phénomènes inflammatoires occupant à la fois les muscles et la peau, splénomégalie) pour qu'on puisse l'identifier avec l'affection décrite par Unverricht. (*Lyon méd.*, 7 juillet 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Contribution à l'étude de la maladie d'Erb (myasthénie grave), par MM. L. Laquer et C. Weigert.

Les travaux les plus récents s'accordent tous à reconnaître que l'examen anatomo-pathologique n'a pas, jusqu'à présent, fourni d'explication satisfaisante concernant la nature de la maladie d'Erb; aussi l'opinion la plus généralement répandue à l'heure actuelle attribue-t-elle cette affection à une intoxication. M. Laquer a eu l'occasion d'observer un cas de myasthénie grave terminé par la mort et où l'autopsie, faite par M. Weigert, a donné des résultats inattendus.

Le malade, un homme de trente ans, serrurier de son état, avait ressenti les premières atteintes de son mal en 1897 sous forme de vertiges survenant subitement pendant la nuit, et parfois accompagnés de palpitations et d'angoisse. Il se maria l'année suivante, et sa femme constata à plusieurs reprises des syncopes se produisant surtout après de longues promenades. En juin 1900, il éprouva pour la première fois une certaine difficulté à élever les bras; un mois plus tard, il eut une syncope cardiaque grave à la suite d'une promenade; il lui en resta une paralysie de la paupière supérieure droite. M. Laquer, qui examina cet individu à ce moment-là, posa le diagnostic de myasthénie. Le ptosis augmentait quand on ordonnait au malade d'ouvrir et de fermer les yeux plusieurs fois de suite; de plus, la paupière gauche était atteinte. Il existait, en outre, de l'inégalité pupillaire, un épuisement rapide des muscles de la mâchoire et du larynx, ainsi que des deltoïdes. Un traitement au lit de quatre mois produisit une légère amélioration, mais les symptômes de myasthénie reparurent dès que cet homme voulut reprendre ses occupations. Les mouvements de la langue et des muscles du pharynx s'affaiblirent, puis les muscles des jambes, de la nuque et du tronc furent pris à leur tour et, au bout de trois semaines, le malade succomba à une bronchopneumonie.

A l'autopsie, le système nerveux et les muscles présentaient macroscopiquement un aspect normal. Par contre, on trouva dans le médiastin antérieur une tumeur appliquée sur la partie supérieure du péricarde, mesurant 5 centimètres de longueur, autant de largeur et 3 centimètres d'épaisseur. Ce néoplasme, d'aspect rougeâtre, était adhérent au péricarde; sa face libre était entièrement lisse; il n'adhérait pas aux gros troncs veineux. De consistance résistante, molle seulement vers son bord gauche, il présentait à la coupe une couleur variant du rouge foncé au rouge clair et était parsemé de noyaux blancs. L'examen histologique démontra que ces noyaux étaient formés de petites cellules lymphoïdes identiques aux éléments du thymus normal; en plusieurs points, on put constater une prolifération de la tumeur au sein des vaisseaux sanguins qui la traversaient. Le microscope révéla, dans les deltoïdes et le diaphragme — dont M. Weigert n'avait entrepris l'examen que par acquit de conscience, car ils paraissaient normaux —, la présence des mêmes éléments cellulaires ayant pénétré entre les faisceaux musculaires. Les fibres musculaires n'étaient en général pas intéressées, sauf celles qui étaient comprises dans les proliférations cellulaires; on trouva des amas de cellules identiques, bien que moins nombreux, dans le cœur, spécialement dans le péricarde. M. Weigert considère ces proliférations cellulaires dans les muscles comme des métastases d'une tumeur maligne du thymus.

Cette association d'une lésion du thymus avec une myasthénie grave ne paraît pas être un fait isolé. C'est ainsi qu'Oppenheim a relaté un cas douteux de maladie d'Erb, dans lequel Hansemann constata à l'autopsie un lymphosarcome du thymus. M. Weigert a eu de même l'occasion d'examiner un malade pour lequel le diagnostic clinique avait oscillé entre tumeur cérébrale, paralysie labio-glosso-pharyngée et myasthénie grave, et dont l'autopsie fit découvrir une tumeur du médiastin analogue à celle qui existait dans le cas que nous venons de résumer. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet.) — A. J.

Hématosalpinx double consécutif à des adénomyomes des trompes, par M. J. Chrysospathes.

L'hématosalpinx étant le plus ordinairement consécutif à une grossesse ectopique, il est intéressant de signaler les cas où cet accident relève d'une autre étiologie.

La malade dont M. Chrysospathes relate l'observation, âgée de trente ans, fut réglée à treize ans; dès le début, ses menstruations s'accompagnèrent de douleurs vives, parfois même syncopales, irradiant vers les cuisses et le sacrum, au point que cette femme était obligée, le jour où apparaissaient ses époques, de garder le repos et de s'abstenir de nourriture, car il lui arrivait souvent de vomir. Mariée à dix-huit ans, elle eut des couches normales deux années plus tard. Le retour des règles s'accompagna tout d'abord d'une amélioration des troubles dysménorrhéiques, mais bientôt ceux-ci reparurent avec autant et même plus de violence qu'auparavant; de temps à autre, une période menstruelle faisait défaut; la suivante était alors un peu plus abondante. Dans l'intervalle des époques, il y avait quelques pertes blanches; la constipation était habituelle. En dernier lieu, le sang menstruel était devenu fétide et noirâtre.

L'examen de la malade montra dans la moitié droite de l'abdomen une tumeur dure, grosse comme le poing, un peu mobile, adhérente à l'utérus et très sensible à la pression. A gauche, sauf un peu de sensibilité à la pression, les annexes paraissaient normales. L'utérus était en antéflexion légère. La laparotomie fit découvrir un hématosalpinx droit, du volume du poing, et un hématosalpinx gauche, ayant les dimensions d'une noix; à droite existaient quelques adhérences. Les deux poches salpingiennes s'arrêtaient net un peu en dehors des cornes utérines; on sentait à ce niveau, sur les trompes, deux petits noyaux durs, gros comme des noisettes. On fit une salpingo-oophorectomie double; trois semaines après, la malade était guérie.

L'examen de la pièce permit de s'assurer que les trompes étaient oblitérées. Les noyaux situés dans leurs parois se trouvèrent formés de tissu adénomateux et musculaire, sans relation apparente avec la lumière de la trompe et sans trace de processus inflammatoire. Cette constatation, ainsi que l'apparition simultanée de la menstruation et des troubles dysménorrhéiques, portent M. Chrysospathes à considérer ces adénomyomes comme d'origine embryonnaire; avec von Recklinghausen, on peut y voir un produit de l'évolution aberrante des canaux de Müller. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 2.) — R. DE B.

Des lésions du foie et de l'estomac consécutives à la ligature de l'épiploon, par MM. G. Engelhardt et K. Neck.

Divers chirurgiens ont attiré l'attention sur les lésions de l'estomac, principalement sur les hémorrhagies de cet organe, qui se produisent après des opérations pratiquées sur l'épiploon et le mésentère; c'est ainsi que, dans quelques cas, on a pu constater la présence d'ulcérations de la muqueuse stomacale. Les premières recherches expérimentales à ce sujet furent faites par MM. Friedrich et Hoffmann, lesquels trouvèrent, sur les animaux, des foyers circonscrits de nécrose du foie, dont la cause demeura obscure. Des faits analogues observés dans le service chirurgical de l'hôpital de Chemnitz ont engagé les auteurs à renouveler ces expériences sur des cobayes, des chiens et des lapins; ils laparotomisèrent 21 de ces animaux et établirent des ligatures sur l'épiploon, en évitant toute lésion accidentelle des organes abdominaux et en s'astreignant à une asepsie minutieuse; les animaux furent sacrifiés au bout d'un laps de temps qui varia de trois à douze jours, et l'on pratiqua l'examen histologique de l'estomac et du foie même lorsque ces organes ne présentaient aucune lésion macroscopique.

En ce qui concerne le foie, l'examen microscopique démontra l'existence de foyers nécrotiques chez 10 animaux. Aux alentours de ces foyers, on trouvait des thromboses des ramifications de moyen et de petit calibre de la veine porte; les thrombus étaient stratifiés et correspondaient de tout point à ceux que l'on rencontre dans le voisinage des ligatures épiploïques; chez un seul animal, ces thromboses n'avaient pas déterminé de nécrose. La conclusion que MM. Engelhardt et Neck tirent de ces recherches, c'est que la nécrose du tissu hépatique est de nature embolique et provient de la thrombose des vaisseaux mésentériques ou épiploïques soumis à la ligature; ils pensent que ces thromboses amènent d'autant plus facilement la production des foyers de nécrose que l'énergie du cœur a été passagèrement affaiblie du fait de l'acte opératoire.

Quant à l'estomac, aucun des animaux en expérience ne présenta d'ulcères analogues à ceux qu'avaient observés MM. Friedrich et Hoffmann; 6 fois, par contre, MM. Engelhardt et Neck remarquèrent des sugillations généralement très petites au niveau de la muqueuse stomacale. L'examen microscopique démontra dans 2 cas la présence de légères hémorrhagies de la muqueuse; dans les autres faits, le sang ne se trouvait que dans le mucus recouvrant la muqueuse. Chez 2 animaux dont l'estomac avait présenté, à l'autopsie, un aspect normal, on put constater au microscope l'existence de thromboses veineuses dans la sous-muqueuse, sans lésions concomitantes de la muqueuse; chez l'un de ces animaux, la lésion veineuse put être poursuivie jusqu'au niveau de la ligature épiploïque. Il s'agit donc évidemment d'un transport rétrograde dans le domaine de la veine porte, processus qui n'avait pas encore été observé jusqu'à présent. Pour ce qui est du développement d'ulcères au niveau de la muqueuse de l'estomac, les auteurs pensent qu'il conviendrait d'admettre, dans les faits signalés jusqu'ici, un transport de thrombus infectieux dont la virulence ajouterait ses effets à ceux de la simple obturation du vaisseau. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 3-4.) — F. DE Q.

Névrome ganglionnaire amyélinique du sympathique abdominal, par M. A. Glockner.

La tumeur décrite par M. Glockner dans le présent travail appartient à une variété fort rare. Elle fut enlevée, par laparotomie, chez une femme de trente huit ans, anémique et irrégulièrement menstruée, mais n'offrant aucun antécédent morbide et ayant eu huit grossesses normales. Quelques mois avant l'intervention, cette malade avait été prise d'inappétence et d'une leucorrhée abondante, en même temps qu'elle avait commencé à maigrir: peu après apparut une tumeur grosse comme le poing, siégeant au côté gauche de l'abdomen, légèrement au-dessus de la ligne innominée; elle était mobile, n'avait aucune relation apparente avec les organes génitaux et, après administration de lavements gazeux, disparaissait incomplètement derrière les anses intestinales.

A l'opération, on trouva un néoplasme du volume d'une orange, mobile, situé dans l'épaisseur du mésentère, tout auprès et à gauche de la colonne vertébrale, et qu'on énucléa sans peine; son pédicule, dans lequel battait une artère grosse comme la radiale, s'implantait vers la troisième vertèbre lombaire, à 2 centimètres de l'aorte. Malgré une petite crise d'occlusion post-opératoire, la guérison se fit bien.

La tumeur enlevée mesurait 8 centimètres de long, sur 6 ½ de large et 5 d'épaisseur. A la coupe, son tissu était gris rosé, d'aspect légèrement œdémateux; au pôle inférieur se voyait un foyer hémorrhagique. L'examen microscopique montra que ce néoplasme était presque entièrement formé de fibres amyéliniques et de cellules nerveuses ganglionnaires, réunies par groupes. Il existait, en outre, quelques fibres à myéline et un peu de tissu conjonctif, irradiant d'une fine membrane d'enveloppe.

L'auteur pense que le siège et la structure de cette tumeur permettent de la rattacher au grand sympathique abdominal, bien qu'à l'opération on n'ait pu déterminer exactement sur quelle branche de ce nerf elle s'implantait. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — R. DE B.

Recherches anatomiques sur les voies lymphatiques du sein, au point de vue de la propagation du cancer de cet organe, par M. L. Oelsner.

Les descriptions des divers auteurs, concernant les voies lymphatiques dépendant de la glande mammaire, sont assez divergentes. C'est ainsi que les uns admettent avec Mascagni que les lymphatiques en question se réunissent à la face postérieure de la glande; d'autres croient, comme Sappey, que cette réunion se fait à la face antérieure de l'organe; d'autres enfin partagent l'opinion de Stiles, soutenant que quelques uns seulement des lymphatiques mammaires se dirigent vers l'aisselle, tandis qu'un certain nombre d'entre eux suivent les vaisseaux sanguins vers le sternum et se continuent le long des vaisseaux mammaires internes.

L'auteur s'est appliqué à étudier cette question à l'aide du procédé d'injection des voies lymphatiques indiqué par M. Gérota. Ses recherches lui ont permis de constater que la glande mammaire possède deux, rarement trois vaisseaux lymphatiques volumineux allant vers un groupe de ganglions situés sur le bord du grand pectoral, au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux, puis atteignant les ganglions situés sous le pectoral et sous la clavicule, pour se terminer dans le tronc lymphatique sous-clavier, sans passer par les ganglions sus-claviculaires; ce tronc lymphatique, à son tour, se jette soit directement, soit par l'intermédiaire d'un ganglion cervical profond inférieur, dans la veine sous-clavière. M. Oelsner a pu s'assurer en outre — et ceci confirme l'opinion de M. Stiles — que les vaisseaux lymphatiques qui traversent les muscles intercostaux font également partie des voies lymphatiques normales de la glande mammaire, tout en étant beaucoup moins importants que ceux qui se dirigent vers l'aisselle.

Quant aux lymphatiques de la peau de la région mammaire, ils suivent le même chemin que ceux de la glande même, avec lesquels ils communiquent parfois.

En ce qui concerne les lymphatiques du grand pectoral et ceux du tissu adipeux sous-cutané, l'auteur n'a pu en reconnaître l'existence. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 1.) — F. DE Q.

De la crépitation intra-utérine de la tête fœtale, par M. P. Rissmann.

Les bruits perçus si rarement par le toucher vaginal — et plus exceptionnellement encore par le palper abdominal — au niveau de la tête fœtale, ont été jusqu'ici attribués à la dépressibilité des os du crâne, d'où résulterait une sorte de crépitation parcheminée. Dans le cas relaté par M. Rissmann, il faut admettre cependant un autre mécanisme.

Ce fait concerne une femme de vingt-cinq ans, syphilitique et multipare, se présentant en travail quinze jours avant terme. La poche des eaux était rompue, le fœtus se trouvait en position acromio-iliaque droite de l'épaule gauche, et les bruits du cœur ne s'entendaient plus. En comprimant énergiquement et alternativement avec les deux mains la région de l'abdomen occupée par la tête, on déterminait une sorte de craquement sonore, que percevaient distinctement la femme, l'accoucheur et les assistants.

L'auteur examina, aussitôt après l'expulsion, le crâne de ce fœtus, venu au monde mort et macéré: les fontanelles et les sutures étaient un peu larges, mais nulle part on ne trouva de zones dépressibles, susceptibles de produire la crépitation parcheminée. Par contre, quand on faisait chevaucher les uns sur les autres les os pariétaux et frontaux et, en particulier, le frontal droit sur le pariétal du même côté, on entendait un bruit semblable à celui qu'on avait observé pendant le travail. Les rebords de ces os ne présentaient, d'ailleurs, aucune inégalité. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai 1901.) — R. DE B.

Du traitement opératoire et non opératoire de la rupture utérine, par M. R. Klien.

Les statistiques globales des cliniques gynécologiques les plus actives ne comprennent qu'un nombre relativement restreint de ruptures utérines; aussi M. Klien a-t-il cherché à utiliser, en outre, toutes les observations isolées publiées depuis 1880, c'est-à-dire depuis l'antisepsie; il a rassemblé ainsi 367 cas, auxquels il en ajoute 14 nouveaux. Si les données qu'on peut tirer de l'étude de ces faits n'ont pas une valeur absolue, elles ont au moins une valeur relative, en permettant de comparer entre elles les méthodes employées.

La première conclusion qui ressort de cette

statistique, c'est que les malades ne devraient jamais être transportées, mais toujours être traitées sur place : le transport, en effet, favorise singulièrement les hémorrhagies. En second lieu, l'expectation pure et simple est désastreuse; cependant, quand on compare la mortalité des femmes opérées avec celle des patientes traitées par le tamponnement, les injections, etc., la différence n'est pas très grande : il faut en chercher sans doute la raison dans la hardiesse croissante des chirurgiens, qui n'hésitent pas à intervenir chez des malades qu'on eût autrefois abandonnées.

La laparotomie et la suture de la rupture, au besoin l'opération de Porro ou l'hystérectomie totale, si les bords de la plaie sont trop contus, constituent donc la méthode de choix. Malheureusement, la rupture utérine peut se produire dans des milieux ou dans des circonstances rendant la laparotomie absolument impossible. C'est pour ces cas que M. Klien recommande le drainage, fait simplement avec des tubes de caoutchouc. Le tamponnement ou le drainage à la gaze n'ont donné que d'assez mauvais résultats : le premier est souvent insuffisant, et le second dissocie les lèvres de la plaie, détache les caillots et favorise ainsi la reproduction de l'hémorrhagie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 2.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Idiosyncrasie de certains enfants pour le chloroforme, peut-être liée à l'helminthiase intestinale, par M. A. SANTUCCI.

Parmi les nombreux facteurs qu'on a incriminés pour expliquer l'intolérance de certains individus à l'égard du chloroforme, on n'a pas cité jusqu'ici la présence de vers intestinaux. Cette cause, cependant banale, pourrait parfois jouer un rôle important à ce point de vue, ainsi qu'en témoignent les observations relatées dans le présent travail. Voici comment l'auteur a été amené à cette conclusion :

Il y a quelques années, il se proposait de faire une résection du coude, pour arthrite tuberculeuse fermée, chez un garçon de six ans, de bonne santé générale, et chez lequel cette lésion, toute locale, constituait la seule manifestation morbide. Mais, dès les premières bouffées de chloroforme, le petit malade eut une syncope grave, au point qu'il ne put être ramené à la vie qu'après trois quarts d'heure de respiration artificielle; naturellement on renonça à l'intervention projetée, et l'enfant fut ramené dans son lit, où il fut pris de vomissements abondants contenant de très nombreux vers intestinaux; devant cette constatation, on administra purgatifs et santonine à plusieurs reprises, ce qui amena l'expulsion de grandes quantités d'helminthes. Au bout de huit jours, l'opération put être pratiquée sans que la chloroformisation eût amené le moindre incident.

M. Santucci avait à peu près oublié ce fait quand, plus récemment, il fut amené à faire une cure radicale de hernie chez un garçonnet de cinq ans, vigoureux et bien portant; on avait administré la veille une prise de calomel au petit malade, et l'intervention, ainsi que les premières heures qui suivirent, se passèrent le plus normalement du monde; mais, au début de la nuit, l'enfant fut pris de phénomènes délirants et bientôt de convulsions tonicocloniques généralisées; la mère déclara seulement alors que plusieurs crises semblables avaient déjà été observées chez son fils, et qu'elles avaient cédé à l'administration de santonine et à l'expulsion de vers intestinaux; on essaya aussitôt de ce moyen, mais au matin survint une nouvelle attaque d'éclampsie qui entraîna la mort. L'autopsie révéla l'intégrité — au moins à l'œil nu — de tous les organes; par contre, l'intestin grêle renfermait un nombre considérable d'ascarides, isolés ou réunis en amas.

Enfin, l'auteur a observé encore un cas analogue, moins démonstratif toutefois, car la petite patiente, une fillette de huit ans, qui succomba — non sans avoir rejeté par la bouche des vers intestinaux — quelques heures après une chloroformisation très légère nécessitée par l'examen de trajets fistuleux de tuberculose osseuse, était atteinte d'une suppuration prolongée susceptible d'avoir provoqué des dégénérescences parenchymateuses dans les divers viscères, et c'est là une cause bien connue d'intolérance à l'égard du chloroforme; l'autopsie ne put être faite.

Quelle que soit l'interprétation pathogénique qu'il convienne de donner à ces faits — qu'il s'agisse d'un réflexe ayant pour point de départ les mouvements désordonnés des helminthes sous l'influence de l'anesthésique, ou d'une susceptibilité spéciale du foie, impressionné par les produits toxiques de sécrétion des parasites, vis à vis le chloroforme —, il n'en est pas moins intéressant de savoir que la chloroformisation peut entraîner, chez les enfants porteurs d'helminthes, des accidents graves, voire mortels, et que par conséquent l'administration préalable et répétée de vermifuges s'impose en pareil cas. (*Policlinico*, 31 août 1901.) — F. F.

Une famille de mérycistes, par M. S. SILVESTRI.

Divers auteurs ont déjà signalé l'existence d'un élément héréditaire dans la production du mérycisme ou rumination; il ne semble pas, toutefois, qu'on ait jamais publié d'exemple aussi démonstratif que celui qui fait l'objet du présent travail.

Il s'agit de trois jeunes gens, respectivement âgés de vingt ans, de dix-huit ans et de quinze ans, chargés de lourdes tares héréditaires, car un oncle maternel est mort fou, et le père, profondément neurasthénique, a eu lui aussi du mérycisme dans sa jeunesse; par contre, la mère possède une bonne santé; enfin, le quatrième enfant de la famille, une fille, est névropathe mais non méryciste. Au total, le père et les trois enfants du sexe masculin présentent de la rumination, fait qui confirme la règle générale de la plus grande fréquence de ce syndrome chez l'homme que chez la femme.

L'aîné de ces jeunes gens commença à ruminer vers l'âge de quinze ans, sans cause apparente. Le phénomène débute chez lui dix minutes environ après l'ingestion des aliments; il persiste jusqu'à ce que le bol alimentaire prenne un goût désagréable, à la suite de son imprégnation par le suc gastrique; un effort considérable de volonté peut le faire cesser. Le chimisme gastrique est normal. Chez les deux autres frères, tout se passe à peu près de même; chez le second existait un certain degré d'hyperacidité qui céda facilement à un traitement approprié, sans que le mérycisme ait été en rien influencé; chez le plus jeune, qui est porteur de stigmates d'hystérie, l'affection s'est développée vers l'âge de treize ans, deux jours après une chute sur l'épigastre. Il est intéressant de noter que ces trois malades ont de très mauvaises dents; cette particularité, fréquemment signalée, a été invoquée pour expliquer la production du mérycisme, en raison de la mastication insuffisante des aliments; M. Silvestri croit au contraire que les altérations dentaires sont secondaires, et causées par le passage dans la bouche de bols alimentaires imprégnés de suc gastrique, à réaction acide par conséquent.

A l'occasion de cette triple observation, l'auteur étudie la pathogénie et la nature de la rumination; il estime qu'il faut soigneusement séparer du mérycisme vrai, caractérisé par la remastication et la redéglutition des aliments, la simple régurgitation, où le patient rejette les particules alimentaires revenues dans la bouche. La rumination serait, à son avis, une névrose motrice de l'estomac, d'origine cérébrale ou psychique, et ayant son point de départ dans une sensibilité exagérée de la muqueuse gastrique; les cas où les troubles sont consécutifs à une violence ressortiraient au cadre de l'hystéro-neurasthénie traumatique, telle que l'avait conçue Charcot. (*Policlinico*, 7 septembre 1901.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Usage interne de l'orthoforme contre la céphalée de la période secondaire de la syphilis.

L'orthoforme a jusqu'à présent été surtout employé à titre d'anesthésique local, bien que MM. les docteurs A. Einhorn et R. Heinz (de Munich), qui ont découvert ce produit, l'eussent également administré avec succès, à l'intérieur, contre les douleurs de l'ulcère rond et du cancer de l'estomac (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. CLXII); mais ces auteurs avaient admis que l'orthoforme n'agissait, en pareil cas, qu'à la faveur d'une solution de continuité de la muqueuse gastrique. Or, d'après l'expérience de MM. les docteurs Bouveyron et Siraud (de Lyon), l'orthoforme, pris à la dose de 2 à 3 grammes par jour, divisée en 4 à 6 cachets, se montrerait aussi très efficace contre la céphalée essentielle des syphilitiques. Le plus souvent, la dose de 2 grammes suffirait, alors même qu'on aurait affaire à des douleurs rebelles. Un soulagement notable se produirait dès la première nuit et, dans la plupart des cas, la céphalée disparaîtrait complètement le lendemain. Afin d'éviter des récidives, il faut avoir soin de prolonger la médication quelques jours.

En ce qui concerne le mode d'emploi, il convient de distinguer entre les céphalées intermittentes et les céphalées continues : pour combattre les premières, le mieux est de faire prendre un cachet de 0 gr. 50 centigr. d'orthoforme, une heure avant le moment présumé du retour des douleurs, et deux autres dans le milieu de la nuit; dans les cas de la seconde catégorie, au contraire, on donnera 4 cachets de 0 gr. 50 centigr. à intervalles réguliers, toutes les six heures, par exemple. De plus, comme l'ingestion d'orthoforme détermine parfois des sensations de brûlure et de tiraillement au creux épigastrique, on fera bien de l'associer au bicarbonate de soude (0 gr. 50 centigr. par cachet).

Ajoutons que les malades soumis à cette médication avaient auparavant été traités par le mercure et l'iodure de potassium à doses assez élevées, et que l'orthoforme s'est montré rapidement efficace dans des cas où la dose quotidienne de 5 à 6 grammes d'iodure n'avait pas réussi à procurer le moindre soulagement. Par contre, l'usage interne de l'orthoforme n'exercerait aucune action sédative sur la dysphagie des syphilitiques, ni sur leurs douleurs thoraciques, périostiques ou viscérales.

Sauf les troubles gastriques susmentionnés, et qu'il est facile de pallier par le bicarbonate de soude, MM. Bouveyron et Siraud n'ont eu à enregistrer aucun phénomène fâcheux à la suite de l'ingestion du médicament dont il s'agit, même à la dose de 3 grammes.

Emploi du galvanocautère pour l'opération du phimosis.

M. le docteur S. Leduc, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, pratique l'opération du phimosis au moyen du galvanocautère, en procédant de la façon que voici : après avoir assuré l'anesthésie au moyen d'injections d'une solution de cocaïne à 1 %, on pince le prépuce avec deux pinces à pansement, dont les bouts se rejoignent de part et d'autre de la racine du frein, de manière à circonscrire un triangle ayant pour base le tiers inférieur de l'orifice préputial, et pour sommet la racine du frein. On sectionne alors, au moyen du galvanocautère maintenu au rouge sombre à l'aide d'un rhéostat, le prépuce sur les bords internes de chaque pince. Les deux côtés du lambeau triangulaire étant ainsi détachés, on serre le frein avec une troisième pince placée très près du gland, puis on le sectionne jusqu'à la racine. Cela fait, on enlève les pinces, et, si la température du galvanocautère a été convenablement réglée, les lèvres des plaies restent en contact. Ainsi exécutée, l'opération serait complètement indolore et n'occasionnerait pas d'écoulement de sang. En fait de pansement, on se borne à maintenir sur les sections une couche de pommade au précipité rouge et à l'acide salicylique. Les malades peuvent continuer à vaquer, sans aucune interruption, à leurs occupations.

Ce procédé présenterait, sur les sections circulaire et longitudinale dorsale, l'avantage de dégager parfaitement le gland, sans donner lieu à la moindre déformation cicatricielle.

Dans les cas où la température du galvanocautère n'est pas bien réglée, les lèvres des plaies se séparent, mais le résultat de l'intervention n'en est pas moins satisfaisant : la guérison nécessite seulement un laps de temps plus long.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les oscillations de la mortalité par diphtérie sont-elles sous la dépendance immédiate des méthodes thérapeutiques?

On se rappelle l'immense émotion que souleva, non seulement dans le monde médical, mais aussi dans le public, la découverte du sérum antidiphtérique, il y a plus de sept ans. En tous les pays, on usa aussitôt de la nouvelle méthode thérapeutique, et les statistiques plus ou moins brillantes qui furent publiées par la suite semblèrent tout d'abord justifier les enthousiasmes du début.

Toutefois, on ne tarda guère à faire une remarque curieuse : malgré les bienfaits des injections de sérum, préventives ou curatives, la mortalité générale par diphtérie restait très élevée; elle suivait même, dans certaines villes, une marche ascensionnelle inquiétante. Il ne fut bientôt plus possible de dissimuler la gravité de la situation, et nos lecteurs se rappellent sans doute une récente circulaire du ministre de l'intérieur de France aux médecins des épidémies, dans laquelle le ministre, faisant observer qu'en diverses localités « le nombre des décès dépasse la moitié des cas constatés ou déclarés » et attribuant cette énorme mortalité « aux conditions dans lesquelles le traitement est appliqué », engageait les médecins des épidémies à user de toute leur influence pour réagir contre la tendance qu'auraient les praticiens à différer l'injection sérothérapique toutes les fois qu'ils ne disposent pas d'un sérum frais. Recommandation fort louable sans doute, mais peut-être un peu inutile, quand on sait la pression qu'exercent les familles sur le médecin, en faveur des injections de sérum, dès les premiers symptômes d'angine!

Depuis longtemps ce journal s'est préoccupé de la recrudescence des décès par diphtérie; il y a près de deux ans déjà, nous avons montré qu'à Paris la mortalité due à cette maladie était en progression, et que, de plus, la proportion des cas mortels augmentait également, puisque, de 10 % pour les quarante-trois premières semaines de 1898, elle s'était élevée à 11.5 % dans la période correspondante de 1899 (Voir *Semaine Médicale*, 1899, Annexes, p. CXC). Nous ne devions pas nous en tenir là. La situation ne s'étant pas sensiblement améliorée durant l'année 1900, nous avons institué une enquête générale, en demandant aux bureaux d'hygiène des principales villes d'Europe la statistique officielle des décès par diphtérie de 1883 à 1900, ainsi que celle des cas déclarés pendant la même époque, pour les pays où la déclaration des maladies épidémiques est obligatoire; 32 réponses nous sont parvenues à cette date, auxquelles nous avons ajouté les renseignements analogues concernant Paris et Buénos-Ayres, d'après les publications officielles (1). C'est donc sur 34 villes qu'ont porté nos investigations; mais nous avons dû éliminer Marseille, pour laquelle on n'a pu nous fournir que la mortalité globale, et non la mortalité par diphtérie, ainsi que Sophia, les indications relatives à cette ville ne remontant qu'à 1896, c'est-à-dire à une époque postérieure à la sérothérapie.

Restent donc 32 villes seulement, d'importance variable et de tous les pays. Ce sont les documents ainsi recueillis que nous présentons intégralement au public médical, sous forme de graphiques reproduisant, pour chacune de ces villes, la mortalité diphtérique au cours des dix huit dernières années (2).

(1) Bulletin hebdomadaire de statistique municipale [de la ville de Paris]. Paris, 1883-1900.
Annuaire statistique de la ville de Buénos-Ayres (Xe année, 1900), p. 41. Buénos-Ayres, 1901.

(2) Pour quelques-unes de ces villes, il ne nous a pas été possible de connaître la mortalité depuis 1883; la courbe commence donc, dans ces cas particuliers, à une date un peu plus récente, mais toujours antérieure à 1894.

I

Assurément, pour pouvoir apprécier avec toute certitude l'efficacité de la sérothérapie, ce ne sont pas les oscillations de la mortalité totale entre la période antérieure à 1894 et les années qui ont suivi cette date, qu'il eût fallu étudier, mais bien celles de la mortalité relative, c'est-à-dire du rapport entre le chiffre des décès et celui des cas constatés. Malheureusement, nombre de bureaux d'hygiène, tant en France qu'à l'étranger, nous ont déclaré faire toutes leurs réserves sur l'exactitude du chiffre des cas, étant donnée l'irrégularité de la déclaration des maladies épidémiques; il devenait dès lors impossible de tabler sur des données aussi incertaines.

D'ailleurs, la mortalité absolue peut être considérée comme un miroir fidèle de la mortalité relative; s'il en était autrement, il faudrait admettre une progression considérable dans la morbidité par diphtérie, fait assez invraisemblable pour une période qui, plus que toute autre, a marqué un progrès considérable dans l'hygiène publique et privée. La concordance entre le nombre des cas et celui des décès n'est d'ailleurs pas hypothétique : un simple coup d'œil sur le graphique relatif à la ville de Budapest (*fig. 1*) montre bien le parallélisme ab-

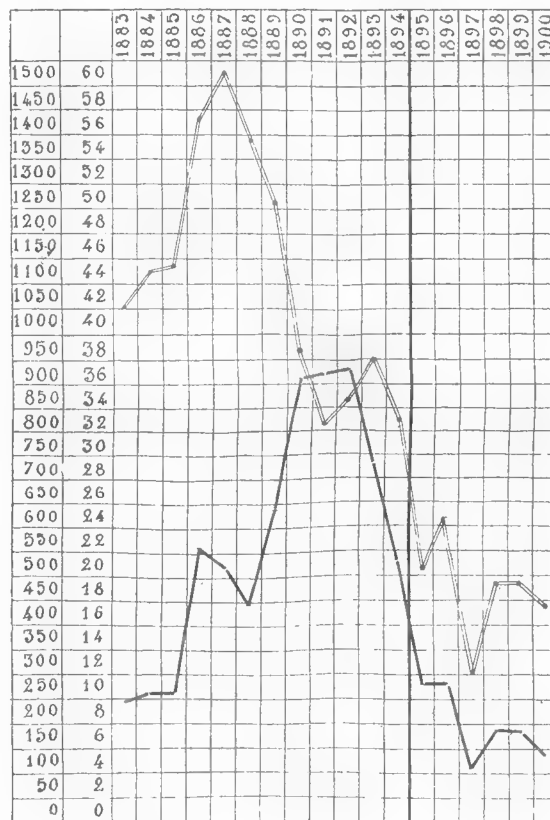


Fig. 1. — Budapest.

solu des deux courbes, correspondant l'une à la mortalité absolue, l'autre à la mortalité relative; on y remarquera que la seconde, ayant atteint son point culminant en 1887 (61.4 %), avait commencé à descendre dès l'année suivante, pour atteindre son minimum dix ans plus tard (12 % en 1897); elle n'était déjà plus que de 32.9 % en 1894. Le graphique de Prague (*fig. 2*) n'est pas moins démonstratif.

Ainsi donc, impossibilité d'avoir, dans la majorité des cas, des chiffres exacts concernant la morbidité, et concordance de la mortalité relative avec la mortalité absolue, tels sont les deux faits qui nous paraissent rendre valables les conclusions tirées de l'étude du seul nombre des décès.

II

Pour apprécier, d'après nos documents, l'influence de la sérothérapie sur le nombre des décès dus à la diphtérie, il faut examiner comment se comporte la courbe représentative de la mortalité par cette maladie entre les années 1894 et 1895 : ce n'est que dans les derniers

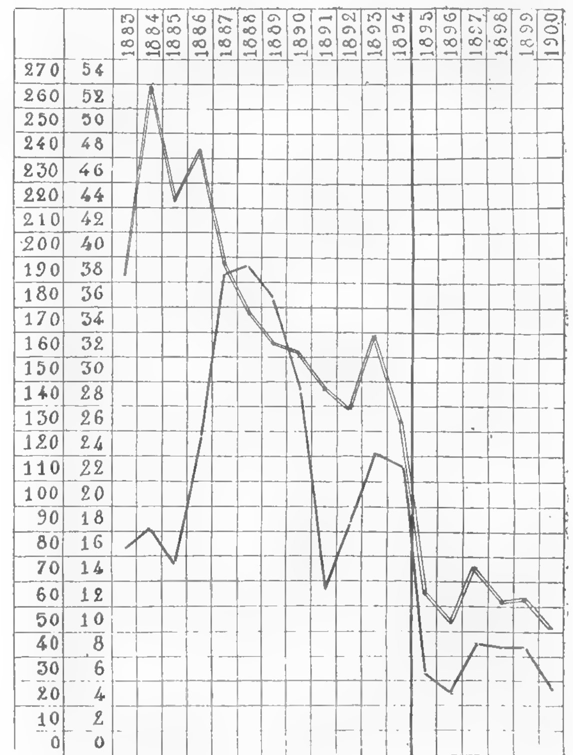


Fig. 2. — Prague.

mois de 1894, en effet, que le traitement antitoxique est devenu d'usage courant, et l'on peut admettre qu'il n'a que peu modifié les chiffres de ladite année.

Or, certains de nos graphiques paraissent plaider en faveur de la sérothérapie. Comme le montrent les figures ci-dessous, la mortalité par diphtérie, à Glasgow, est tombée de 290 décès en 1894 à 137 en 1895 (*fig. 3*); pour Zurich, ces chiffres sont respectivement 87 et 25 (*fig. 4*);

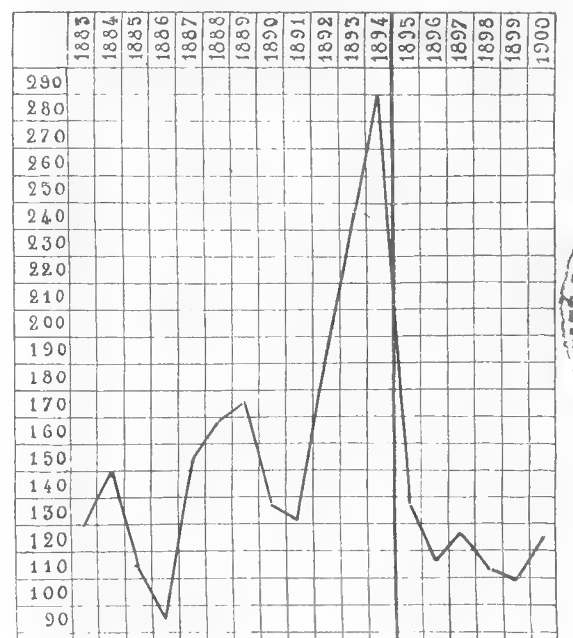


Fig. 3. — Glasgow.

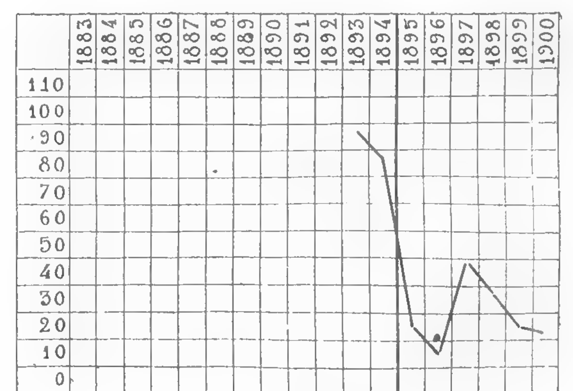


Fig. 4. — Zurich.

pour Lille, 106 et 42 (*fig. 5*); pour Cologne, 421 et 173 (*fig. 6*). Certes, ce sont là des résultats manifestes, et à les considérer isolément, on

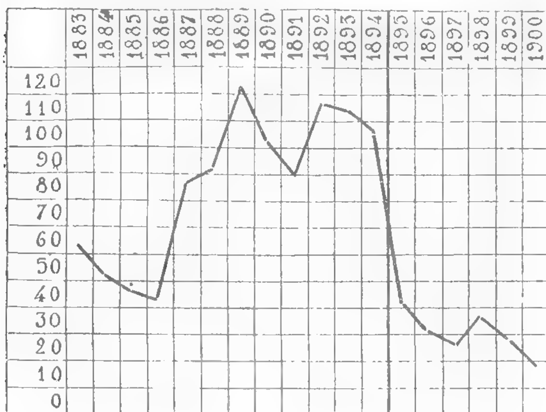


Fig. 5. — Lille.

est forcé de convenir que, dans ces trois villes du moins, l'avènement de la nouvelle méthode thérapeutique a été marqué par une diminution notable du nombre des décès par diphtérie.

Mais, si nous serrons les faits d'un peu plus près, nous constatons qu'à Lille, la mortalité diphtérique, en progression continue de 1886 à 1889, était ensuite redescendue spontanément de 1889 à 1891, puis était de nouveau remontée

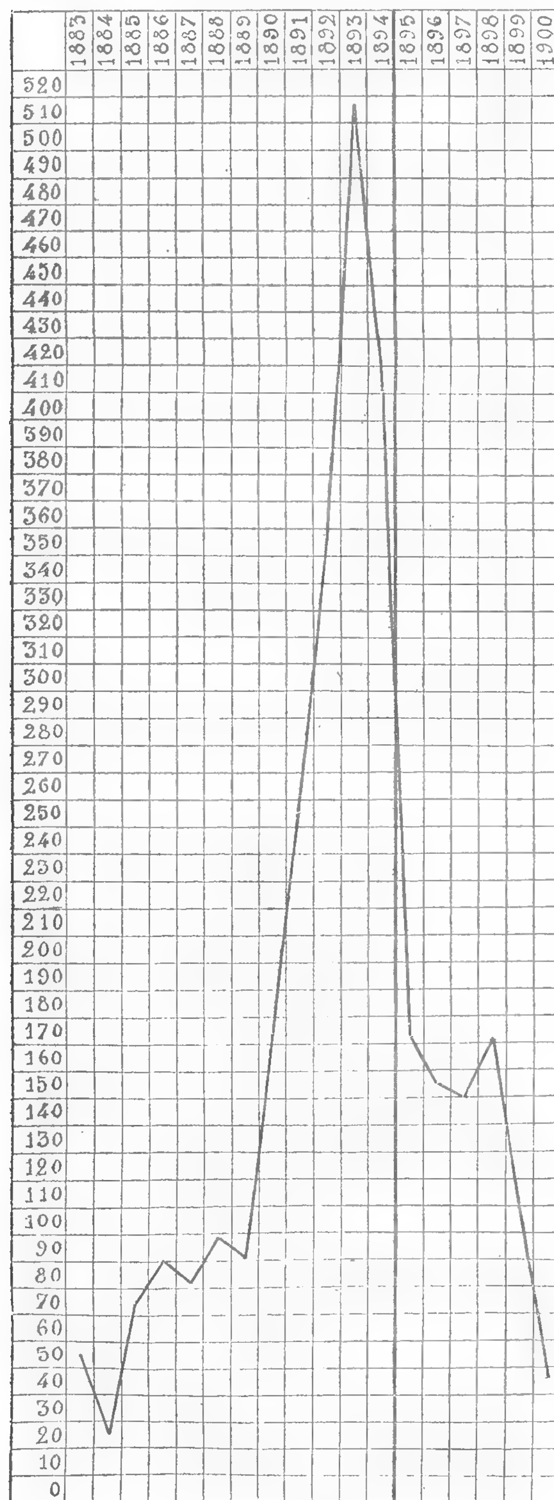


Fig. 6. — Cologne.

en 1892, pour prendre, *en 1893 et 1894*, une marche descendante qui s'est accentuée, d'une manière considérable, il est vrai, de 1894 à 1895 (Voir *fig. 5*). Pour Cologne, même phénomène : la ligne ascendante commence en 1889, le *fastigium* est atteint en 1893 et la descente commence *dès 1894*, pour être seulement accélérée de 1894 à 1895 (Voir *fig. 6*). En d'autres termes, dans ces deux villes — et elles comptent, nous le répétons, parmi celles dont les courbes paraissent le plus favorables à la sérothérapie —, la mortalité était déjà en décroissance quand la nouvelle méthode a commencé à se répandre.

Dès lors, une question vient naturellement à l'esprit : la chute de la mortalité diphtérique qui, en plusieurs villes, a marqué l'avènement du traitement antitoxique, est-elle imputable à ce traitement, ou s'agit-il d'une simple coïncidence? Voyons si l'examen de nos autres documents nous apporte quelques éclaircissements à ce point de vue.

III

Et d'abord, y a-t-il eu, avant 1894, par conséquent indépendamment de toute action thérapeutique, des diminutions brusques de la mortalité diphtérique? Certes, les exemples ne nous manqueront pas. A ce point de vue, la courbe de la ville de Rome (*fig. 7*) est on ne peut plus



Fig. 7. — Rome.

typique, schématique pourrait-on dire : de 77 en 1884, le nombre des décès diphtériques s'y élève par une progression continue (sauf une exacerbation passagère) jusqu'à 302 en 1891, puis il descend non moins régulièrement pour n'être plus que de 47 en 1894; à vrai dire, la mortalité a encore un peu baissé les années suivantes, puisqu'elle n'était plus que de 19 en 1897. Mais à Berne (*fig. 8*), c'est l'année 1894

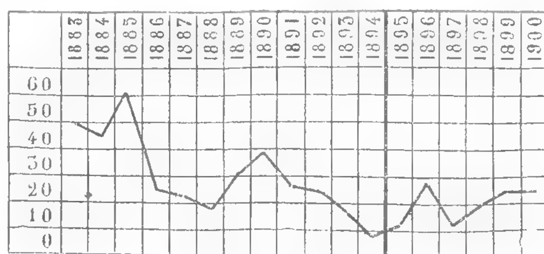


Fig. 8. — Berne

elle-même qui correspond au *minimum* des décès par diphtérie. A Christiania (*fig. 9*), l'as-



Fig. 9. — Christiania.

cension a occupé toute la période comprise entre 1883 et 1887, et la chute était complète dès 1892. Pour Berlin (*fig. 10*), la mortalité tombe spontanément de 2,651 en 1883 à 860 en 1888; elle se relève à 1,492 en 1890, mais redescend à 1,009 en 1891; nouveau maximum en 1893 (1,581), puis chute spontanée, l'année suivante, à 1,361; cette descente continue jusqu'en 1897. Lyon (*fig. 11*) est sensiblement dans le même cas; la mortalité qui, de 1883 à 1890, est montée de 93 à 341, était déjà redescendue à 83 en 1894; la courbe de Bruxelles (*fig. 12*) a un profil à peu près identique. A Leipzig (*fig. 13*), la mortalité passe de 383 en 1884 à 168 en 1888; elle remonte jusqu'à 409 en 1893 et descend depuis lors, mais la différence est moins considérable entre 1894 et 1895 (de 339 à 316) qu'entre 1893 et 1894 (de 409 à 339). Edimbourg enfin (*fig. 14*) nous offre un exemple des plus instructifs : une première poussée épidémique débute en 1883, atteint son *acme* en 1889, et est achevée en 1892; seconde poussée de 1892 à 1894, dont la décroissance coïncide avec l'avènement de la sérothérapie et terminée en 1899; enfin, dernière poussée en 1900 : la courbe remonte de 28 à 53; n'est-il pas évident que, si l'on ne considérait, pour cette ville, que la partie de la courbe comprise entre 1892 et 1898, on serait disposé à rapporter à la sérothérapie une diminution du nombre des décès que l'examen des deux périodes antérieure et postérieure permet d'expliquer tout autrement?

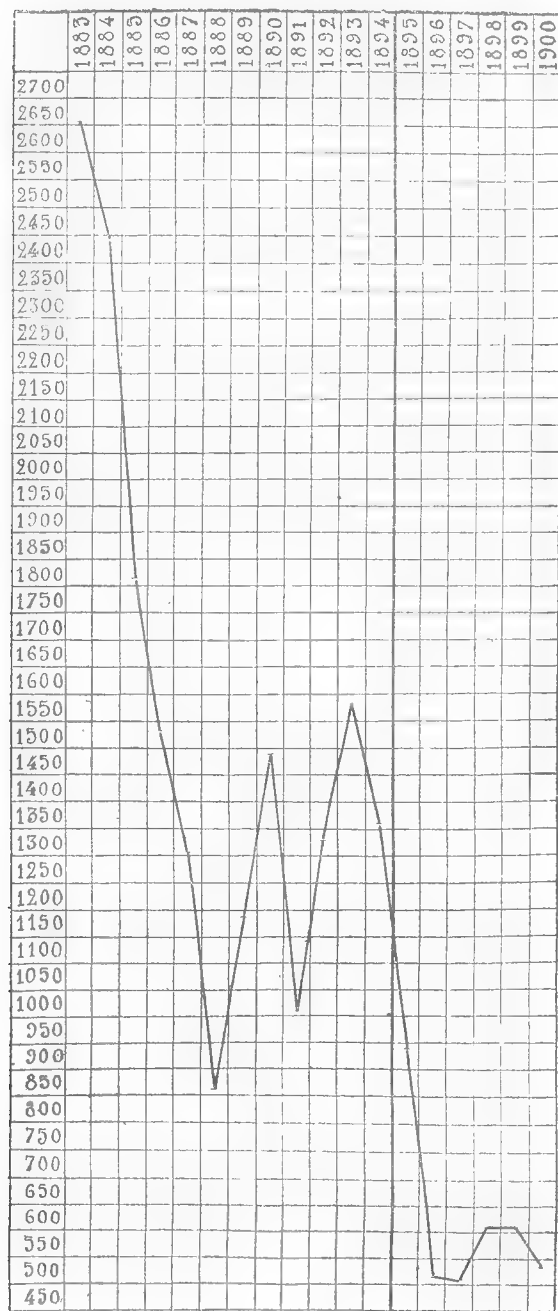


Fig. 10. — Berlin.

IV

La catégorie de faits que nous allons passer maintenant en revue est de beaucoup la plus nombreuse; nous voulons parler des villes où, le maximum de la mortalité diphtérique ayant été atteint assez longtemps avant 1894, la sérothérapie a été mise en pratique alors que la courbe avait déjà accompli une grande partie de son évolution, était presque redevenue « étale », pourrait-on dire. Ici encore, la chute de la mortalité diphtérique, de 1894 à 1895, a été attribuée à la sérothérapie, parce qu'on n'a pas tenu compte de cette circonstance essentielle que ladite mortalité était en décroissance depuis plusieurs années.

Voici Paris (*fig. 15*), par exemple; il est vrai que le chiffre des décès, de 1,009 en 1894, n'était plus que de 435 en 1895; mais le graphique correspondant montre d'une façon évidente que le mouvement de descente a commencé *en 1888*, et s'est régulièrement poursuivi depuis cette époque, sauf un léger ressaut en 1892. Voici d'autres exemples plus probants encore : à Genève (*fig. 16*), la mortalité passe, entre 1891 et 1895, de 107 à 9; elle n'était déjà plus que de 34 en 1894. La courbe relative à Budapest (Voir *fig. 1*) est peut-être plus remarquable : la mortalité diphtérique s'y élève par une progression à peu près continue de 246 décès en 1883 à 927 en 1892; elle était déjà tombée, par une chute presque verticale, à 529 en 1894; le minimum est de 108 en 1897. Nous en dirons autant de Copenhague (*fig. 17*) : ascension très rapide entre 1883 et 1891 (de 104 décès à 518), puis chute également brusque (518 décès en 1891, 320 en 1894, 78 en 1896).

Les villes appartenant à cette catégorie sont les plus nombreuses. Citons le Havre (*fig. 18*), où la chute a débuté en 1883 (112 décès) et s'est

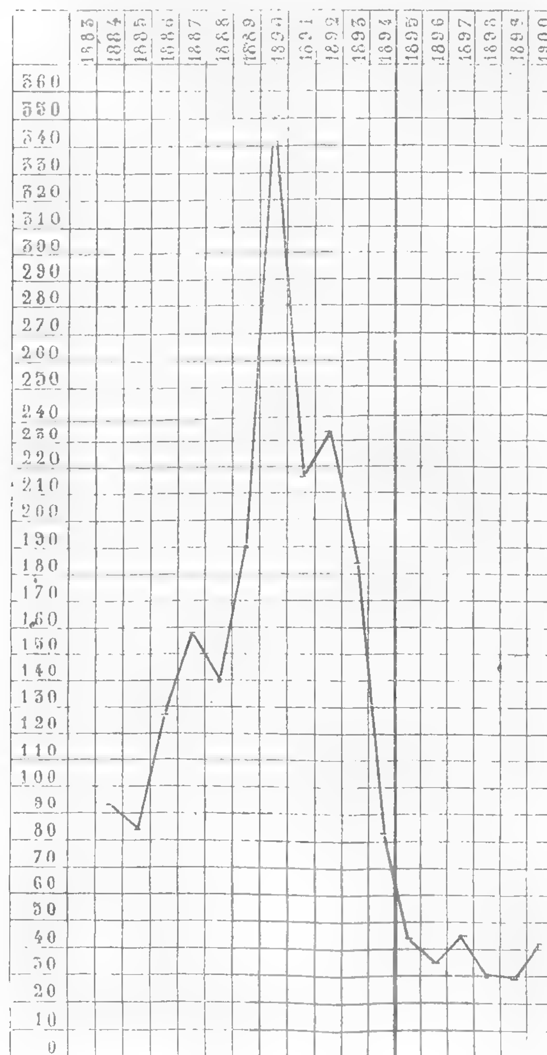


Fig. 11. — Lyon.

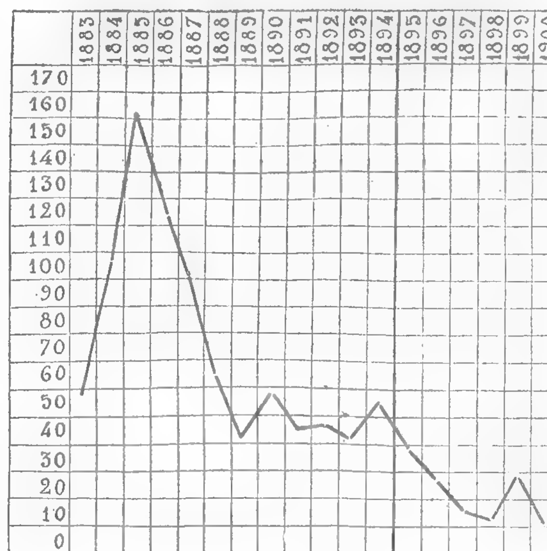


Fig. 12. — Bruxelles.

continuée sans interruption pendant sept ans (39 décès en 1890); une exacerbation passagère ramène la mortalité à 59 en 1894; depuis lors, la décroissance a continué; Nantes (*fig. 19*), qui, après avoir compté 104 décès en 1884 et 67 en 1893, n'en avait plus que 31 en 1894; Toulouse (*fig. 20*), où les chiffres absolus sont, il est vrai, trop faibles pour permettre des conclusions de grande valeur, mais où la courbe, néanmoins, après quelques oscillations de 1887 à 1893, tombe brusquement de 22 en 1893 à 13 en 1894, puis à 11 en 1895; elle se relève depuis trois ans; Turin (*fig. 21*), où de 184 en 1886, la mortalité était passée, après des hauts et des bas, à 118 en 1894; Amsterdam (*fig. 22*), dont le graphique est particulièrement instructif, puisque le chiffre des décès, atteignant 935 en 1883, descend jusqu'à 142 en 1894, tandis qu'on a pu compter encore 168 cas mortels en 1896; Stuttgard (*fig. 23*), avec 220 décès par diphtérie

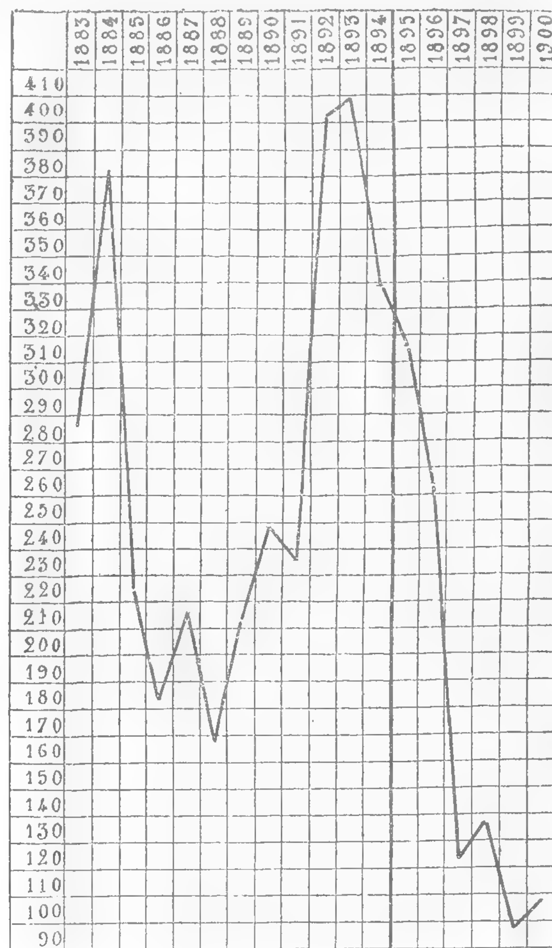


Fig. 13. — Leipzig.

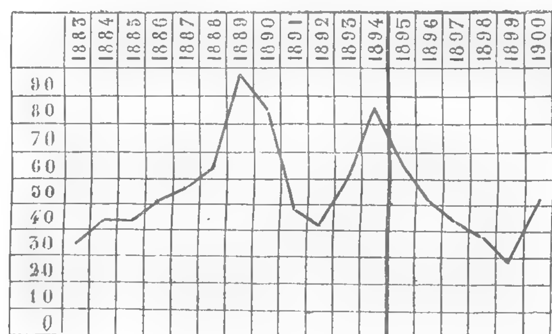


Fig. 14. — Edimbourg.

en 1890, 282 en 1892 et 159 seulement en 1894; Munich (*fig. 24*) où la mortalité, de 401 en 1889, s'était abaissée à 284 en 1894, voire même à 260 l'année précédente; Hambourg (*fig. 25*), que nous aurions pu ranger dans le groupe précédent, car, après une ascension de 366 à 653 entre 1883 et 1887, un minimum de 249 avait été atteint en 1891, par conséquent avant toute sérothérapie; une recrudescence ayant duré trois ans porta ensuite le nombre des décès à 425 en 1894, puis la chute reprit jusqu'en 1896 (99 décès); actuellement, la mortalité s'est de nouveau relevée (119 décès en 1900). La courbe relative à Prague (Voir *fig. 2*) est tout à fait superposable : ascension de 1885 à 1888 (de 77 à 197 décès); descente considérable jusqu'en 1891 (66 décès); réascension jusqu'en 1893 (121 décès), minimum trois ans plus tard (26 décès). A Buénos-Ayres (*fig. 26*) enfin, le chiffre des décès était passé de 1,385 en 1888 à 445 en 1894; le minimum a été atteint trois ans plus tard (151 décès); depuis lors, la courbe remonte.

Mais nous devons une mention particulière à Londres; dans cette ville (*fig. 27*), la mortalité, entre 1886 et 1893, passe de 846 à 3,196; elle commence à baisser dès 1894; ce mouvement continue en 1895, puis premier crochet en 1896, chute presque verticale jusqu'en 1898, second crochet en 1899; la descente reprend en 1900.

V

Nous avons montré dans les chapitres précédents que parfois l'abaissement de la mortalité par diphtérie était un fait accompli avant l'introduction de la sérothérapie, que d'autres fois

il était en train de se faire à ce moment. Voici qui est peut-être encore plus démonstratif, puis-

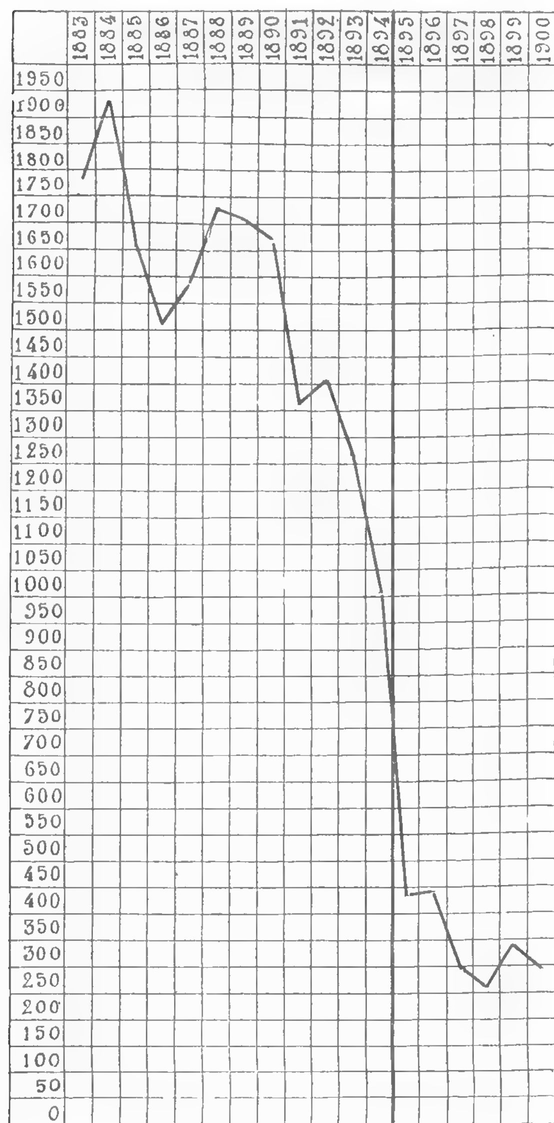


Fig. 15. — Paris.

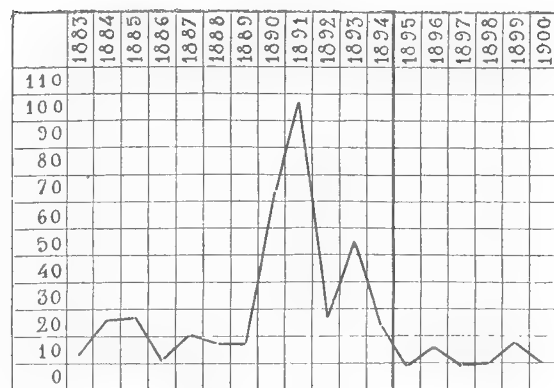


Fig. 16. — Genève.

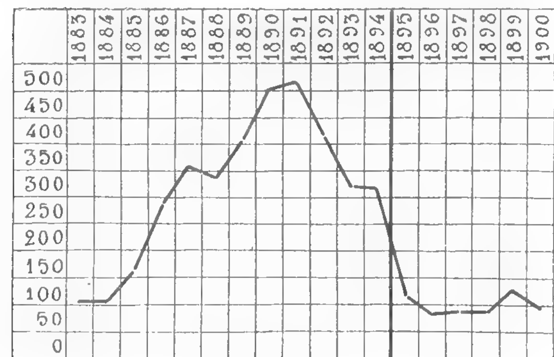


Fig. 17. — Copenhague.

qu'il s'agit de villes où le chiffre des décès a continué à s'élever postérieurement à 1891 :

A Birmingham (*fig. 28*), la courbe commence à monter en 1892; en 1894, il y a 91 décès, en 1895 *214*, en 1896 *293;* à ce moment, le *fastigium* est atteint, et la courbe redescend : de 1896 à 1900, la mortalité passe de 293 à 77. A Liverpool (*fig. 29*), après des oscillations assez considérables, il y a *47* décès en 1892 et en

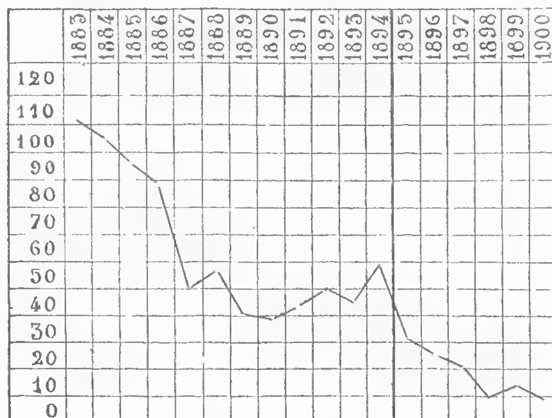


Fig. 18. — Le Havre.

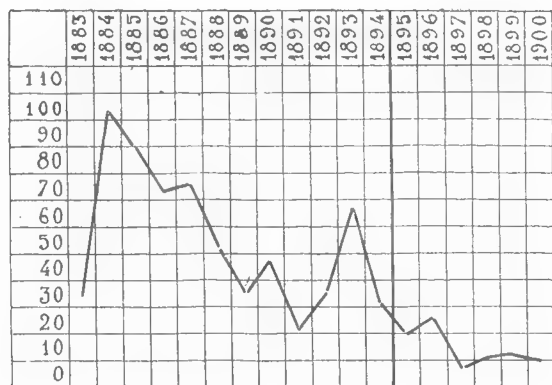


Fig. 19. — Nantes.

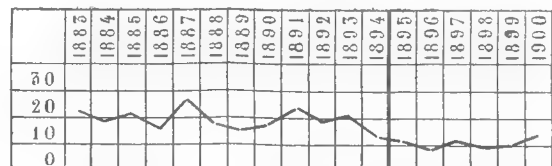


Fig. 20. — Toulouse.



Fig. 21. — Turin.

1893 (*minimum*), *65* en 1894, *120* en 1896, *192* en 1899; la chute commence en 1900. A Dublin (*fig. 30*), *14* décès en 1894, *18* en 1896, *70* en 1897; la mortalité décroît de 1897 à 1900. A Bucharest (*fig. 31*), chute peu considérable en 1895 (de 71 à 58); depuis cette date, *élévation progressive et continue* de la mortalité qui atteint, en 1899, le plus haut chiffre observé dans la période 1883-1900 (253 décès); commencement de la descente en 1900. A Stockholm enfin (*fig. 32*), la diminution, qui a débuté en 1894, se poursuit très rapide jusqu'en 1896; puis, de 1897 à 1899, le chiffre des décès passe de *43 à 323*; ici encore, 1900 marque une diminution notable.

VI

Que conclurons-nous de cet ensemble impressionnant de faits? Il nous semble qu'une constatation s'impose : c'est que partout la diphtérie procède par épidémies, par poussées successives, et que nulle part l'évolution de ces épidémies n'est livrée au hasard. Après une période plus ou moins longue durant laquelle le taux des décès est constant ou ne subit que des

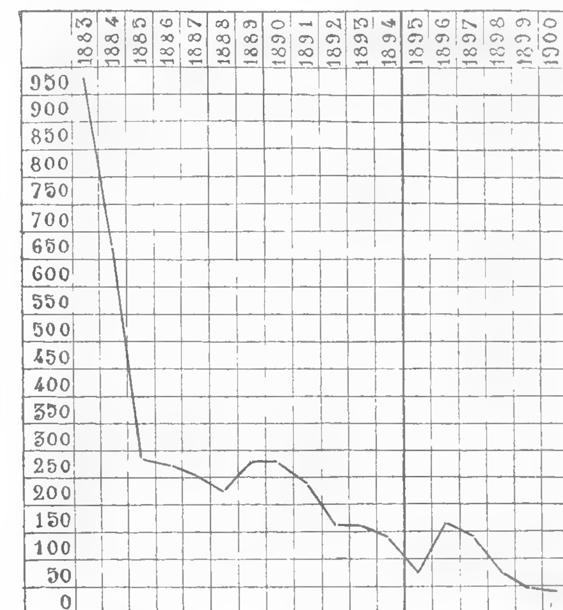


Fig. 22. — Amsterdam.

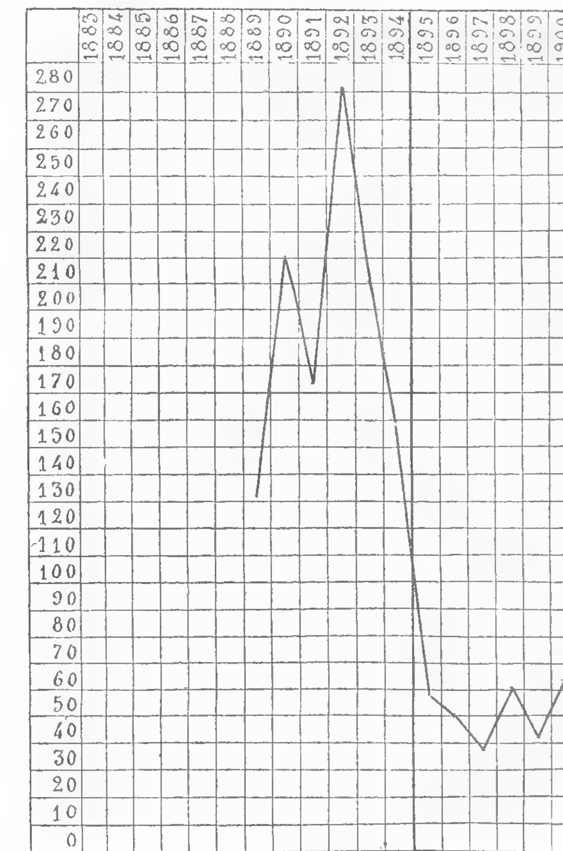


Fig. 23. — Stuttgard.

fluctuations d'importance secondaire (*période étale*), la mortalité prend une marche ascendante, presque verticalement ascendante, si bien qu'elle atteint son maximum au bout de deux ou trois ans. A ce moment, la courbe présente parfois, mais rarement, un plateau peu étendu; puis survient la chute qui se fait en *lysis*, pourrait-on dire : quoique rapide, elle est moins brusque que l'ascension, et des crochets portant sur un ou deux ans l'interrompent presque toujours; ces petites poussées secondaires sont ordinairement au nombre d'une ou de deux, parfois de trois. Enfin, le minimum atteint, la situation reste à peu près stationnaire, avec quelques faibles oscillations, pendant un certain nombre d'années, jusqu'à ce que l'ascension recommence. Tantôt, nous l'avons vu, l'évolution d'une de ces épidémies était accomplie avant l'avènement de la sérothérapie, tantôt elle a plus ou moins coïncidé avec lui, tantôt enfin elle lui a été postérieure; dans aucun



Fig. 24. — Munich.

cas, il ne semble que la régularité du phénomène ait été troublée par l'intervention thérapeutique.

En voici une preuve tout actuelle :

Nous avons continué à relever, pour Paris, d'après le « Bulletin hebdomadaire de statistique municipale », le nombre des décès par diphtérie depuis le 1er janvier 1901, jusqu'au 30 novembre. Ainsi que le montre le graphique correspondant (*fig. 33*), la mortalité par diphtérie suit toujours une courbe ascensionnelle, de telle sorte que pendant les onze premiers mois de cette année on compte plus du double de décès que durant toute l'année dernière. En effet, en 1900, la diphtérie n'avait tué que 294 individus, alors que les relevés officiels jusqu'au 30 novembre 1901 donnent déjà 630 morts. On peut prévoir que la mortalité globale par diphtérie pour l'ensemble de 1901 sera d'environ 700, chiffre qui n'avait pas été atteint depuis 1894.

Ainsi donc, comme on le voit, les oscillations de la mortalité générale par diphtérie — peut-être les autres, ou du moins quelques autres, maladies épidémiques obéissent-elles aux mêmes lois (1) — sont indépendantes des méthodes thérapeutiques.

VII

Arrivé à ce point de notre étude, en déduirons nous que la thérapeutique reste absolument impuissante contre la diphtérie, et que la sérothérapie est tout à fait inactive? Non certes. Nous n'hésitons pas à déclarer que, de tous les modes de traitement employés jusqu'ici, le sérum antidiphtérique est celui qui s'est montré le plus efficace. L'effet local est indéniable : si l'expérience nous apprend que tout sérum hétérogène exerce une action manifeste sur les fausses membranes de la diphtérie, il faut reconnaître que le sérum antidiphtérique possède le maximum de puissance. Mais ce pouvoir dont il jouit est-il un pouvoir antitoxique? En d'autres termes, le sérum antidiphtérique est-il un remède spécifique?

S'il en était ainsi, la mortalité devrait rester *proportionnellement* la même, c'est-à-dire que

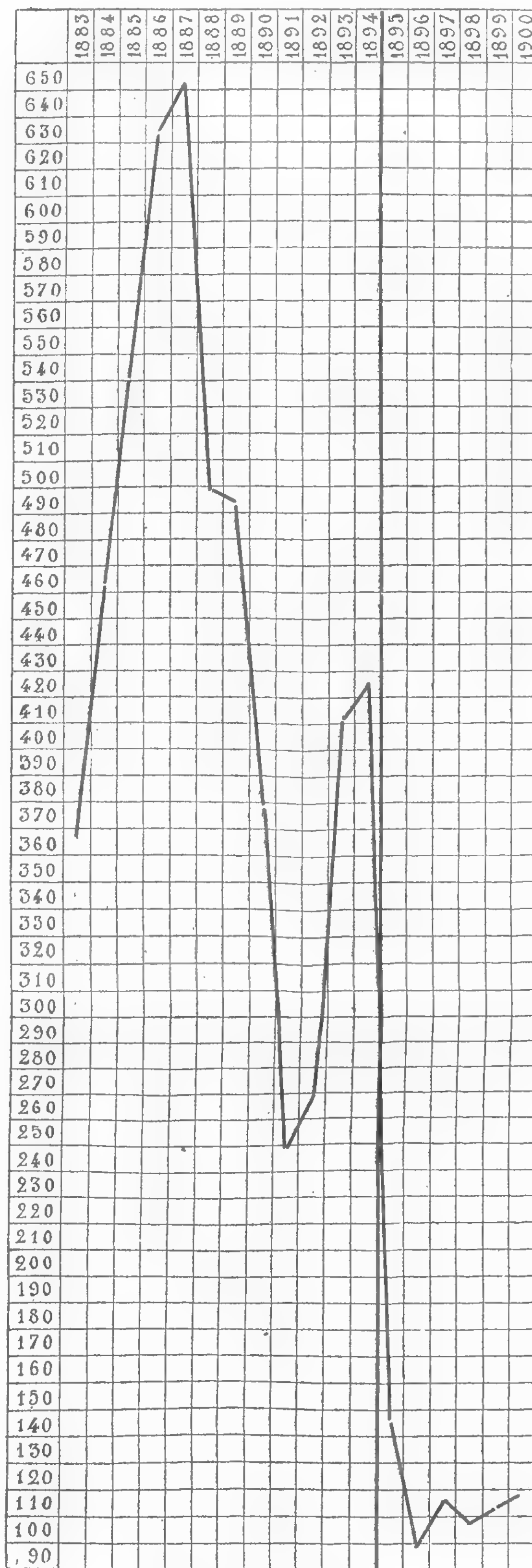


Fig. 25. — Hambourg.

le taux de la mortalité relative serait à peu près fixe. Or — et ici nous ne prendrons qu'une ville pour laquelle nous pouvons avoir des renseignements sûrs jusqu'au moment même où nous écrivons —, si nous comparons la mortalité totale par diphtérie de la ville de Paris pour les onze premiers mois de 1901, avec le nombre des cas de diphtérie déclarés pendant cette même période, nous voyons que sur un total de 4,347 déclarations on compte 630 décès, soit une mortalité relative de 14.49 %. Eh bien, mettons maintenant en regard de ce pourcentage, la mortalité relative de l'année la plus favorable à la sérothérapie, nous trouvons pour les onze premiers mois de 1895 un total de 3,842 déclarations avec 362 décès, soit une mortalité relative de 9.42 %. D'où une différence d'un peu plus de 5 %.

Pour rendre cette différence plus sensible au

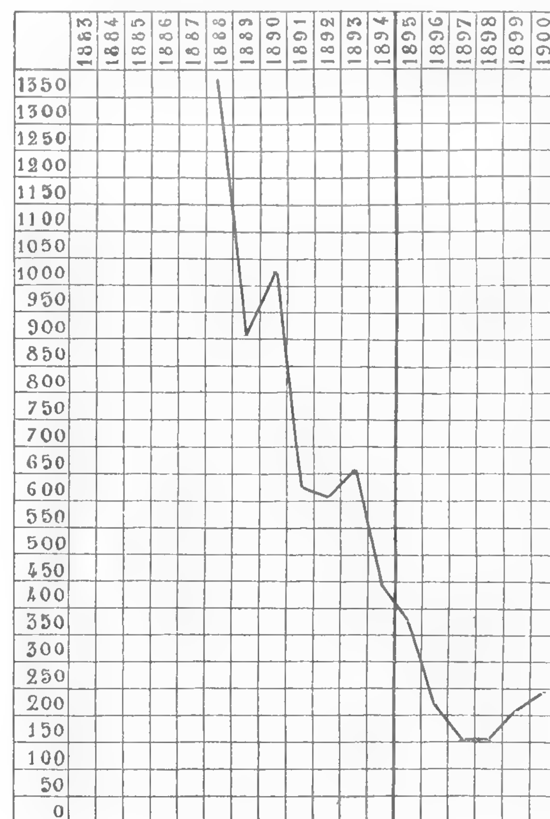


Fig. 26. — Buénos-Ayres.

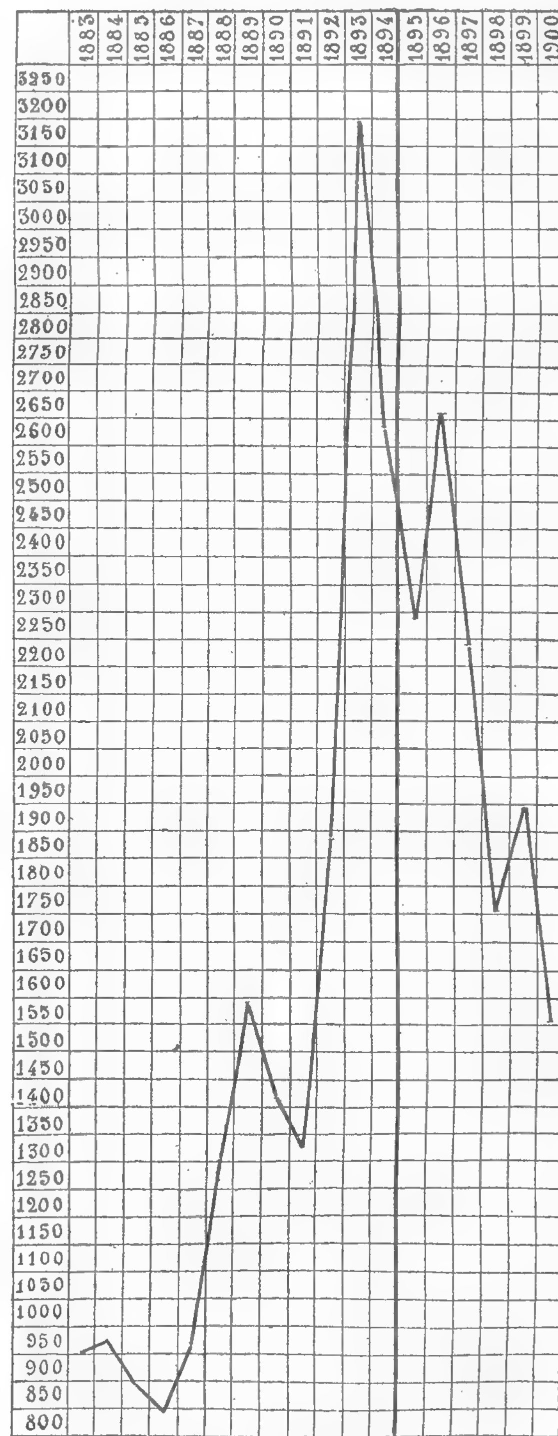


Fig. 27. — Londres.

(1) M. Henrot a fait remarquer qu'à Reims on observe tous les cinq ans environ une épidémie de rougeole : pendant les périodes intercalaires, on ne compte annuellement que 3 ou 4 décès dus à cette maladie; certaines années d'épidémie le chiffre des morts s'est élevé jusqu'à 250 (*Semaine Médicale*, 1900, p. 114).



Fig. 28. — Birmingham.

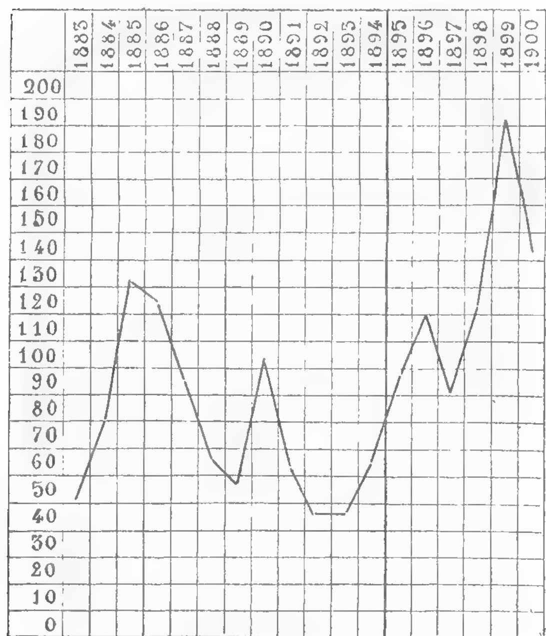


Fig. 29. — Liverpool.

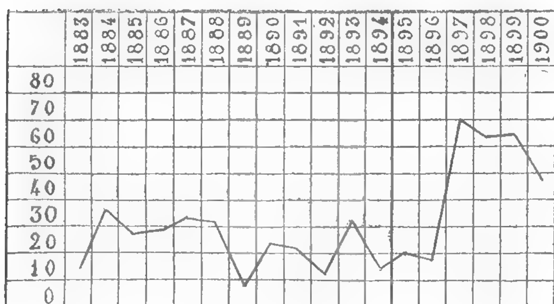


Fig. 30. — Dublin.

lecteur, nous dirons que du 1er janvier au 30 novembre 1901, pour *505* déclarations de plus que dans la période correspondante de 1895, on compte *268* décès de plus.

On sera peut-être tenté d'objecter que cette augmentation de la mortalité relative pourrait tenir à un nombre plus grand de cas de diphtérie associée; mais c'est là une pure hypothèse, car il n'y a pas de raisons pour que les formes associées de la diphtérie aient été plus fréquentes en 1901 qu'en 1895. N'est-il pas plus logique d'admettre que si le pourcentage de la mortalité relative par diphtérie a passé de **9.42** qu'il était pour les onze premiers mois de 1895 à **14.49** qu'il est pour la période corres-

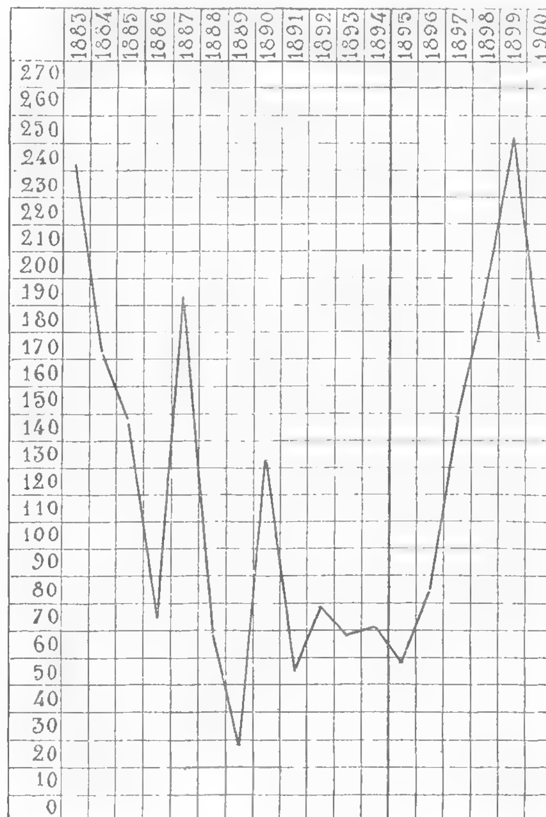


Fig. 31. — Bucharest.

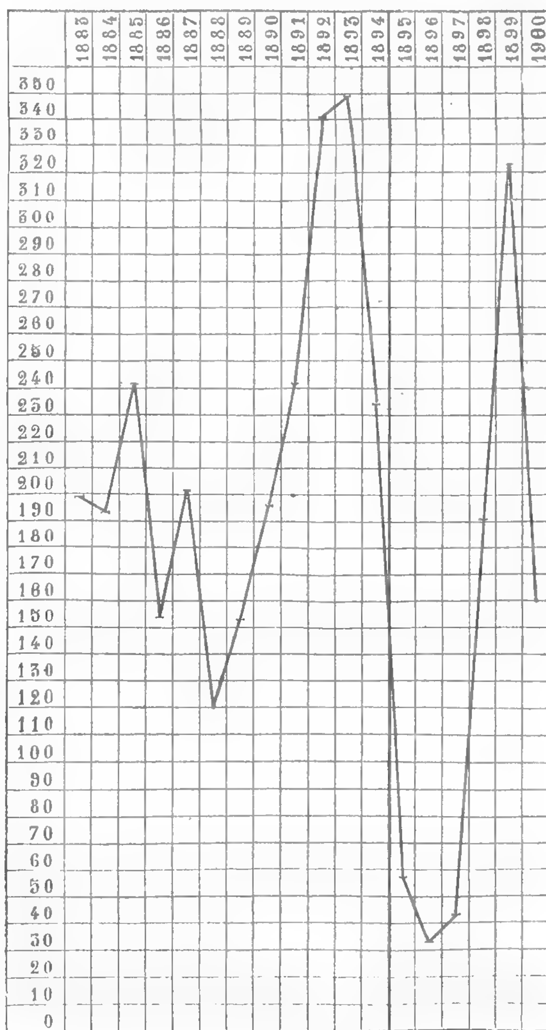


Fig. 32. — Stockholm.

pondante de 1901, c'est que le serum antidiphtérique, pour si efficace qu'il soit, ou bien n'a pas un pouvoir antitoxique toujours égal, ou bien ne possède pas toute la spécificité qu'on lui attribue ?

Et ce n'est pas là un exemple isolé : des renseignements officiels qui nous sont parvenus de Berlin, il résulte, en effet, que dans cette ville à forte population la mortalité relative par diphtérie a été de 15.7 % en 1895 (939 décès pour 5,972 cas déclarés); elle s'est abaissée à 12 3 % en 1896 (515 : 4,178); mais elle est remontée à 13.9 % en 1897 (507 : 3,646), à 14.2 % en 1898 (608 : 4,278), à 15 9 % en 1899 (608 : 3,817), à **17.2** %, enfin, en 1900 (534 : 3,096); elle suit donc, depuis cinq ans, une progression régulière et constante.

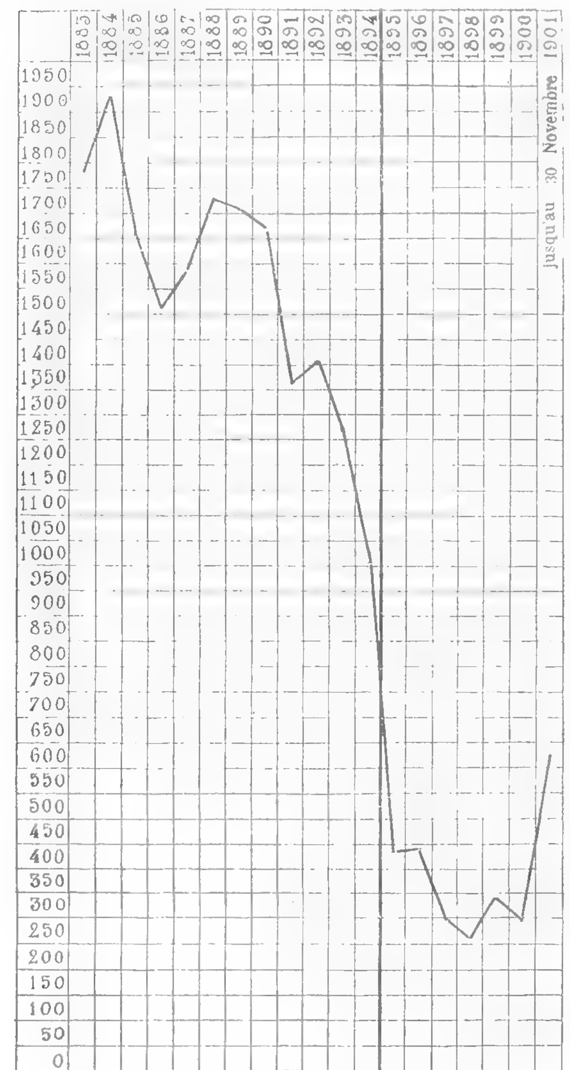


Fig. 33. — Paris (jusqu'au 30 novembre 1901).

Peut-être serait-il possible de trouver quelques grandes villes où le taux de la mortalité relative par diphtérie semblât, *pour le moment*, favorable à la sérothérapie. Mais si l'on veut bien se rappeler les oscillations fréquentes et parfois considérables de la mortalité diphtérique et attendre encore un certain temps, il est à croire que, pour ces villes même, on verra un jour ou l'autre la statistique confirmer les faits que nous venons d'exposer.

De Maurans.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 décembre 1901.

Epilepsie jacksonienne et localisations cérébrales.

M. Raymond. — A la dernière séance, M. Lucas-Championnière a semblé me prêter, en matière de chirurgie cérébrale, des opinions que je n'ai pas émises à cette tribune. Je n'ai jamais soutenu qu'on ne dût trépaner un sujet atteint d'épilepsie jacksonienne que lorsqu'il présentait en même temps une hémiplégie permanente. Je me suis limité volontairement à l'étude des tumeurs, parce que je me suis surtout placé au point de vue de la doctrine des localisations cérébrales, point de départ de la discussion. Je ferai observer, en outre, que je n'ai pas eu non plus la prétention d'émettre une opinion nouvelle en disant que l'épilepsie partielle pouvait, dans quelques cas, ne pas avoir une valeur localisatrice, Charcot ayant déjà

établi le fait d'une façon péremptoire; il ne faudrait pas cependant exagérer cette manière de voir, attendu que les cas où l'épilepsie partielle ne donne pas une localisation précise sont relativement rares.

M. Dieulafoy. — Il m'est impossible de ne pas faire remarquer que la discussion soulevée par ma communication a porté *à côté* de la question beaucoup plus que *sur* la question même que j'avais posée; et bien que l'accord soit fait entre mes contradicteurs et moi, je n'hésite pas à déclarer qu'au point de vue du diagnostic des localisations cérébrales, le trouble est entré plus que jamais dans les esprits.

Opération césarienne suivie d'hystérectomie.

M. Champetier de Ribes communique l'observation d'une femme de vingt-six ans, chez laquelle — l'accouchement par les voies naturelles étant impossible, en raison de la présence, dans l'excavation pelvienne, d'un très grand nombre de kystes hydatiques — on eut recours à une opération césarienne complétée par une hystérectomie. Cette intervention fut suivie de la guérison de la mère et de la survie de l'enfant.

Rapprochant ce fait de plusieurs cas semblables recueillis dans la littérature, l'orateur estime qu'en présence d'une parturiente chez laquelle des tumeurs kystiques ne pouvant être attaquées qu'à travers le péritoine obstruent le petit bassin, il est plus dangereux de vider ces tumeurs que de les extirper après avoir ouvert la voie à l'enfant par l'opération césarienne, suivie ou non d'hystérectomie.

La cure de pommes de terre dans les diabètes sucrés et les complications diabétiques.

M. Mossé (de Toulouse) lit un travail dans lequel il relate un certain nombre d'observations nouvelles prouvant que, dans le traitement des diverses variétés de diabète sucré et de leurs complications, on peut substituer avantageusement la pomme de terre au pain (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 269 et 1900, p. 312).

Malgré ses avantages, la cure de pommes de terre, qui équivaut à une cure alcaline en raison de la potasse contenue dans cet aliment, ne doit pas être instituée indistinctement chez tous les diabétiques; elle sera proscrite en particulier chez les malades atteints de néphrite chronique, la potasse augmentant la toxicité du sang.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 décembre 1901.

Influence des intoxications des générateurs sur les tares des rejetons : dystrophie osseuse, lésions tuberculiformes sans microbe.

MM. A. Charrin et **G. Delamare.** — Ayant été amenés récemment à injecter à des lapines pleines soit des produits bactériens, soit des diastases digestives, nous avons constaté chez certains de leurs descendants des lésions qu'il nous a paru intéressant de signaler.

C'est ainsi que dans trois portées, nous avons rencontré des déformations articulaires rappelant la luxation congénitale de la hanche, avec vices de conformation du bassin, torsion du fémur, cavités cotyloïdes peu profondes, etc. Ces altérations s'accompagnaient d'insuffisance de développement : des lapins de huit mois ne pesaient que de 400 à 700 grammes, au lieu de 1,100, 1,200 et au delà; leurs os étaient grêles, minces, transparents.

D'autre part, dans les poumons de sujets issus d'une mère soumise à des injections de poison tuberculeux (extrait éthéré d'Auclair), nous avons décelé des nodules blanchâtres ressemblant à des tubercules; or, les inoculations et l'examen microscopique n'ont révélé ni bacille de Koch ni aucun autre germe. Ces nodules étaient constitués par des amas de cellules à centre nécrosé, dégénéré, et renfermaient çà et là des éléments analogues à des cellules géantes.

Ainsi, on peut constater, dans la descendance de générateurs imprégnés de toxines tuberculeuses, non seulement des malformations et des vices de développement, mais même des lésions qui, en apparence tout au moins, ont quelque chose de spécifique.

Modifications que subit l'hémoglobine du sang sous l'influence de la dépression atmosphérique.

M. J. Vallot. — J'ai fait, à mon observatoire du mont Blanc (4,350 m.), quelques expériences sur la durée et l'activité de la réduction de l'hémoglobine.

J'ai pu m'assurer ainsi que la durée de cette réduction, immédiatement après l'ascension, ne subit pas de changement notable; par contre, au second jour, sous l'influence du mal de montagne, elle s'accroît sensiblement; dans la suite, l'acclimatement la réduit, d'abord brusquement, puis plus lentement, jusqu'à la faire diminuer presque de moitié; enfin, après la descente, les phénomènes redeviennent normaux, et cela d'autant plus vite que le séjour aux altitudes a été moins prolongé. L'activité de la réduction subit des oscillations inverses de celles de la durée.

Pour éliminer le facteur « fatigue » existant dans les ascensions de montagne, j'ai repris les mêmes recherches au cours d'ascensions en ballon; dans ces conditions, la durée de la réduction s'abaisse avec une grande rapidité à mesure qu'on s'élève.

La conclusion qui se dégage de ces faits, c'est que la raréfaction de l'air a pour effet une augmentation immédiate de l'activité des échanges, destinée à compenser la diminution d'oxygène; la fatigue met obstacle à cet heureux résultat, et, poussée jusqu'à l'épuisement, elle détermine même la modification inverse; mais le repos prolongé rétablit cette augmentation d'activité des fonctions physiologiques, qui ne s'arrête qu'à un taux élevé correspondant à l'acclimatement.

Nouvelles recherches sur la dissociation de l'hémoglobine oxycarbonée.

M. N. Gréhant adresse une note sur des expériences confirmant les résultats de ses recherches antérieures (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 84), relativement à l'utilité de l'emploi de l'oxygène dans l'intoxication oxycarbonée; il a observé, en effet, que si l'on place dans l'air pur un animal intoxiqué par l'oxyde de carbone, le taux de ce gaz dans le sang, au bout de vingt minutes, n'a diminué que d'une façon insignifiante; si, au contraire, on lui fait respirer de l'oxygène, la proportion d'oxyde de carbone du sang passe, dans le même délai, de 23 c.c. 7 à 10 c.c. 1.

M. L. Bordas envoie une note de laquelle il résulte que la piqûre du malmignatte ou *Latrodectus tredecimguttatus* (Arachnides), considérée dans certains pays, en Corse, par exemple, comme mortelle, ne produit chez l'homme qu'une légère inflammation suivie de fortes démangeaisons, sans le moindre caractère de gravité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 décembre 1901.

De la ponction lombaire dans le diagnostic et le traitement des traumatismes crâniens.

M. Poirier. — Chez un malade qui, ayant fait une chute, fut transporté dans mon service, on pensa d'abord à une méningite; c'était là une erreur, comme le démontrèrent en premier lieu la ponction lombaire, laquelle fut suivie d'un écoulement de liquide nettement sanglant, et ensuite l'apparition successive d'une ecchymose locale et d'une ecchymose conjonctivale; il y avait donc certainement une fracture du crâne. Mais ce qui est particulièrement intéressant dans ce cas, c'est que la ponction lombaire a immédiatement déterminé une amélioration telle que le blessé a pu quitter l'hôpital après quelques jours.

M. Rochard. — J'ai eu l'occasion de faire 3 fois la ponction lombaire pour des traumatismes crâniens. Dans un de ces cas, il s'agissait d'un enfant; on n'a pu malheureusement recueillir le liquide céphalo-rachidien — qui fut projeté à 25 ou 30 centimètres — pour rechercher s'il contenait du sang; mais l'état du petit blessé fut immédiatement amélioré. Chez un autre de ces malades, la ponction lombaire a été également suivie d'une amélioration réelle.

Au point de vue du diagnostic des fractures du crâne, je dois dire que, dans mon troisième cas, où il s'agissait d'une contusion cérébrale, le liquide céphalo-rachidien s'est montré mélangé de sang.

M. Tuffier. — Il est bien évident qu'il y a des contusions cérébrales sans fracture, où l'on peut rencontrer du sang dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Guinard. — Les améliorations résultant de la ponction lombaire, après des traumatismes crâniens, viennent à l'appui de l'opinion que j'ai soutenue, relativement à l'influence que peut avoir dans la rachicocaïnisation, au point de vue de la céphalée, l'hypertension déterminée par l'adjonction d'eau au liquide céphalo-rachidien.

M. Hartmann. — J'ai vu un cas où la simple piqûre, non suivie d'injection, n'en a pas moins déterminé de la céphalée.

M. Reclus. — Je ferai remarquer que certains auteurs ont mis la céphalée sur le compte non pas de l'hypertension, mais au contraire de la diminution de tension résultant de l'évacuation d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, par le fait de la ponction.

Splénectomie pour rupture de la rate.

M. Richelot. — M. Coville (d'Orléans) nous a envoyé une observation de rupture de la rate, suivie d'une hémorrhagie à marche lente et traitée avec succès par la splénectomie. Il s'agit d'une femme de cinquante-cinq ans, qui, à la suite d'une chute sur le côté, présentait dans le flanc gauche une tuméfaction considérable à développement lent et progressif. Croyant d'abord à une vieille hydronéphrose, notre confrère fit une incision lombaire qui lui montra un rein petit et d'apparence normale; il referma alors la plaie lombaire, pratiqua une laparotomie, et put ainsi ouvrir une collection sanguine dont l'origine se trouvait au niveau d'une perte de substance siégeant sur le bord postérieur de la rate. M. Coville fit la splénectomie, et la guérison fut obtenue sans incident.

M. Broca lit un rapport sur une observation de M. Sébileau, relative à un cas de thrombose du sinus latéral, consécutive à une otite moyenne suppurée et propagée à la jugulaire; malgré l'ouverture et la désinfection du foyer cervical, le malade a succombé à des accidents de gangrène pulmonaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 décembre 1901.

Un cas de goitre exophtalmique chez un enfant de quatre ans et demi.

M. Roy présente, au nom de M. Variot et au sien, un enfant de quatre ans et demi, chez lequel on constate la triade symptomatique de la maladie de Basedow (goitre, exophtalmie, tachycardie). Depuis que ce petit malade est soumis à la médication thyroïdienne, le pouls est tombé de 168 à 140, l'anémie a disparu et il y a eu une augmentation de poids de 3 kilogr. 500.

Ce fait est surtout intéressant parce qu'il n'a pas été publié jusqu'ici d'exemple de maladie de Basedow ayant débuté aussi précocement.

M. Marie considère les préparations thyroïdiennes comme plus nuisibles qu'utiles dans le véritable goitre exophtalmique; par contre, lorsqu'il s'agit de goitres basedowifiés, ce mode de traitement influence favorablement le goitre et secondairement les symptômes basedowiens.

M. Joffroy dit qu'il n'a jamais vu la médication thyroïdienne améliorer les malades atteints de goitre exophtalmique; presque toujours, au contraire, l'état de ces patients a été aggravé; en outre, il a vu survenir, à la suite du même traitement, des accidents asystoliques très prononcés chez une malade atteinte de goitre basedowifié; il ne croit donc pas tout à fait exacte la distinction établie par M. Marie, au point de vue de la façon dont ils se comporteraient sous l'influence de la médication thyroïdienne, entre les goitres basedowifiés et les goitres exophtalmiques vrais.

M. Rendu a observé, au contraire, une amélioration manifeste chez une jeune fille atteinte de maladie de Basedow, depuis qu'elle prend des capsules d'extrait thyroïdien. Cette différence d'action de la médication, suivant les ma-

lades, est peut-être due à ce que le syndrome de Basedow est tantôt d'origine toxique et tantôt d'origine névropathique.

Les complications de l'angine de Vincent et leur pathogénie.

M. Simonin (médecin militaire). — J'ai observé un certain nombre de sujets chez lesquels des lésions ulcéro-membraneuses de la région bucco-pharyngée (amygdales, gencives, muqueuse buccale, langue), créées par l'association du bacille fusiforme et du spirille, furent suivies d'accidents secondaires variés, les uns cutanés (éruptions polymorphes, purpura hémorrhagique), les autres intéressant les séreuses (arthralgies, pleurésies) ou les grands parenchymes (bronchopneumonie, néphrite, myocardite).

Ces diverses complications paraissent dues à l'intervention de microbes pyogènes banaux, et principalement du streptocoque. L'association fuso-spirillaire se borne à créer l'ulcération locale, porte d'entrée plus ou moins largement ouverte aux infections secondaires; l'expérimentation prouve, en effet, que bacille fusiforme et spirille sont incapables de se généraliser. Les lésions ulcéro-membraneuses de la langue ou de la bouche, territoires moins bien défendus, au point de vue lymphatique, que les amygdales, semblent surtout prédisposer aux accidents secondaires multiples et graves. Il peut enfin arriver que la complication, par l'objectivité de ses symptômes ou leur intensité, occupe toute l'attention de l'observateur, au point de lui faire méconnaître la lésion primitive dont il est cependant essentiel de provoquer, au plus tôt, la cicatrisation par des moyens appropriés (iode, eau oxygénée, bleu de méthylène, nitrate d'argent).

Cholécystite éberthienne.

M. Le Gendre rapproche de l'observation de cystite éberthienne communiquée dans la précédente séance par M. Bezançon, celle d'une femme de son service dont la maladie évolua en plusieurs phases. La première, d'une durée de vingt jours, fut caractérisée uniquement par de la fièvre; la courbe thermique correspondait exactement à celle de la dothiénentérie, mais il n'existait aucun signe de cette affection et l'épreuve du sérodiagnostic fut négative. Pendant une seconde période de trois semaines également, la malade resta apyrétique; puis, au bout de ce temps, la température remonta à 40° et oscilla les jours suivants entre 38° et 39°; à partir de ce moment le sérodiagnostic devint positif, bien qu'il n'existât pas plus de signes de fièvre typhoïde qu'auparavant.

Actuellement, la palpation réveille une douleur assez vive au niveau de la vésicule biliaire, ce qui tend à faire croire qu'on se trouve en présence d'une cholécystite due vraisemblablement au bacille d'Eberth.

Un cas d'aphasie motrice corticale.

M. Rathery montre, au nom de M. Chauffard et au sien, le cerveau d'un homme ayant succombé quelques jours après un ictus apoplectiforme suivi d'hémiparésie droite avec aphasie motrice. Ainsi qu'on peut le voir, la lésion était exactement circonscrite au pied de la troisième circonvolution frontale gauche et à l'opercule rolandique; il s'agissait d'un foyer de ramollissement rouge dû à l'oblitération de de l'artère sylvienne. Ce foyer était strictement limité à la substance corticale; une série de coupes pratiquées au niveau de l'hémisphère a montré, en effet, que le centre ovale et les corps opto-striés n'étaient le siège d'aucune altération.

M. Marie. — Bien que ce cas soit tout à fait confirmatif de l'ancienne théorie de l'aphasie motrice, il faut reconnaître cependant que cette théorie est aujourd'hui contredite par un nombre assez imposant de faits; aussi ne peut-on plus localiser exclusivement dans le pied de la troisième circonvolution frontale gauche les lésions qui provoquent ce trouble du langage.

Pleurésie diaphragmatique et tuberculose du diaphragme.

M. Claude relate, en son nom et au nom de M. Delille, l'observation d'un homme de soixante et un ans qui, ayant depuis plusieurs jours un hoquet incessant, présenta les signes habituels d'un léger épanchement pleural à la base du poumon gauche. La ponction ne donna que 350 grammes de liquide ayant les caractères des épanchements bacillaires, et le hoquet persista après la ponction. Le liquide se reproduisit lentement, mais resta toujours peu abondant. Le malade succomba à une méningite tuberculeuse qui évolua en quelques jours.

L'autopsie montra que cette pleurésie diaphragmatique monosymptomatique était en rapport avec une tuberculose du muscle diaphragme. Cette lésion était la cause du hoquet, et la faible quantité de l'épanchement non enkysté, constaté pendant la vie et après la mort, explique l'absence des symptômes ordinaires de la pleurésie diaphragmatique.

Hémiplégie avec épilepsie partielle consécutive à une fièvre typhoïde.

M. Fernet présente un homme de quarante-quatre ans atteint d'une hémiplégie gauche qui a débuté, il y a quatre ans, d'une façon lente et progressive et qui s'accompagne, depuis quelque temps, de crises d'épilepsie jacksonienne limitées au bras gauche.

Le malade ayant eu la fièvre typhoïde plusieurs mois avant l'apparition de ces accidents, l'orateur émet l'hypothèse que ceux-ci sont attribuables à une action localisée de la toxine typhique sur les centres nerveux.

M. Marie fait remarquer que les lésions du système nerveux, consécutives à la fièvre typhoïde, ne sont jamais aussi tardives; il croit plutôt, en raison de l'évolution des accidents, qu'il s'agit d'un gliome du cerveau.

Arythmie du pouls des convalescents.

M. Troisier montre, à propos des cas de bradycardie dans la convalescence de la diphtérie, rapportés au cours de la dernière séance par M. Barbier, les tracés sphygmographiques d'un certain nombre de convalescents : on peut constater que le pouls de ces sujets est non seulement ralenti, mais surtout irrégulier. Cette arythmie devrait être attribuée, d'après l'orateur, à une fatigue du cœur plutôt qu'à une véritable lésion du myocarde.

M. Simonin dit avoir souvent observé, chez des scarlatineux, des variations de fréquence considérables du pouls : celui-ci s'accélère à l'occasion du moindre effort et redevient normal sous l'influence du repos au lit. Il est vraisemblable que cette accélération est l'indice d'un état de faiblesse du muscle cardiaque.

Un cas de cystite à bacilles d'Eberth.

M. Lévi communique, au nom de M. Lemierre et au sien, l'observation d'un homme de vingt-quatre ans, qui fut atteint, dans le cours d'une fièvre typhoïde à allures bénignes, de phénomènes de cystite. L'examen bactériologique fit reconnaître dans l'urine des bacilles d'Eberth en nombre considérable. Ceux-ci persistaient encore trois mois après le début de la cystite.

Le fait que les urines des typhoïdiques peuvent contenir des bacilles d'Eberth, avec ou sans phénomènes de cystite concomitants, est intéressant à connaître au point de vue de la prophylaxie de la dothiénentérie, et prouve qu'on doit prendre pour la stérilisation des urines des typhoïdiques les mêmes mesures que pour leurs matières fécales.

M. Lippmann relate, au nom de M. Triboulet et au sien, deux cas de leucémie myélogène observés chez des femmes indemnes de toute tare héréditaire, et qui avaient seulement éprouvé des troubles gastro-intestinaux quelque temps avant le développement de leur affection.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Lavements d'eau oxygénée contre la dysenterie aiguë.

On connaît le rôle important que jouent, dans le traitement de la dysenterie, les lavements antiseptiques destinés à agir sur les ulcérations du gros intestin. Parmi les substances médicamenteuses employées à cet effet, le nitrate d'argent, préconisé par Trousseau, tient jusqu'à présent la première place. Or, ce produit étant d'un maniement assez difficile, on cherche, depuis quelque temps, à lui substituer d'autres microbicides, tels que le sulfate de cuivre, le permanganate de potasse, l'ichtyol, le bleu de méthylène, etc. (Voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. CXCIV; 1899, p. 320, et 1900, p. 102 et 354). A en juger d'après l'expérience de M. le docteur Rocaz, chef de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Bordeaux, l'eau oxygénée — dont les propriétés antiseptiques sont de plus en plus utilisées en chirurgie — constituerait aussi un remède précieux contre les troubles dysentériques. Notre confrère a eu l'occasion d'essayer le médicament en question, au cours d'une épidémie grave de dysenterie aiguë, chez une dizaine d'enfants âgés de deux à douze ans. Le traitement a consisté à administrer aux petits malades, tous les jours, deux ou trois lavements d'eau oxygénée à douze volumes, étendue de cinq fois son volume d'eau stérilisée tiède. La quantité de liquide injecté dans le rectum a varié suivant l'âge du patient et surtout selon la tolérance du gros intestin, car le lavement doit être gardé le plus longtemps possible. Cela étant, il est bon de faire précéder ces clystères médicamenteux d'un grand lavement évacuateur. Il faut, en outre, faire pénétrer le liquide profondément à l'aide d'une sonde assez longue mais très souple, afin d'éviter tout traumatisme du côté des lésions siégeant principalement au niveau du rectum. Enfin, le lavement une fois administré, on fera coucher le malade tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre, pour que le médicament puisse baigner entièrement le côlon.

Dans tous les cas traités par cette méthode, qui ne serait nullement douloureuse, M. Rocaz a vu en peu de jours le pus, puis le sang, disparaître des selles, en même temps que le sphincter reprenait sa tonicité et que l'état général du patient s'améliorait rapidement. Afin d'assurer la guérison d'une manière définitive, il est bon de continuer le traitement quelques jours après la disparition des accidents.

Mode d'emploi du salicylate de soude dans le rhumatisme blennorrhagique.

On admet généralement que le salicylate de soude, tout en étant un véritable spécifique du rhumatisme articulaire aigu franc, reste à peu près complètement inefficace contre les manifestations rhumatismales de la blennorrhagie. D'après M. le docteur Bockhart (de Wiesbaden), cette opinion ne serait rien moins que justifiée et tiendrait tout simplement à la façon défectueuse dont on administre d'ordinaire le médicament en question : employé à la même dose pendant plusieurs jours, sans aucune interruption, le salicylate de soude ne produit qu'une amélioration tout à fait passagère. On obtiendrait, par contre, d'excellents résultats, en procédant de la manière que voici : on commence par donner, le premier jour, de 8 à 10 grammes de salicylate (en cachets de 1 gramme); le lendemain, la dose est réduite à 6 grammes; puis on suspend l'usage du médicament pour le reprendre au bout de deux jours, à la dose quotidienne de 6 grammes. Après quarante-huit heures de traitement, on fait une nouvelle interruption de trois jours, et on reprend ensuite la médication, en ayant soin d'abaisser chaque prise à 0 gr. 50 centigr., sans que la quantité journalière soit, cependant, inférieure à 4 grammes. On continue à alterner de la sorte les périodes de traitement et celles de repos jusqu'à guérison complète ou, tout au moins, jusqu'à disparition des douleurs dans les jointures atteintes.

M. Bockhart a eu l'occasion de traiter ainsi 65 cas d'arthrite blennorrhagique, dont 42 épanchements gonococciques simples et 23 tuméfactions de la capsule et des tissus périarticulaires, avec ou sans exsudat dans la jointure. Chez 5 patients, le salicylate de soude n'a paru influencer en rien les troubles morbides; mais chez les 60 autres, la guérison complète s'est établie, dans l'espace d'une à trois semaines pour les simples épanchements articulaires, et au bout d'un à deux mois dans les cas d'arthrite grave, résultats que notre confrère n'avait jamais observés lorsqu'il n'employait pas encore le salicylate de soude.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Kyste du pancréas; grossesse avec malformations fœtales; rupture spontanée du kyste dans l'intestin; guérison, par M. F. Monin.

Les kystes du pancréas constituant une affection assez peu commune, il nous paraît intéressant de résumer le cas publié par M. Monin, d'autant qu'il présente diverses particularités assez remarquables.

Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, qui était presque à terme quand l'auteur la vit pour la première fois; on percevait alors, à la palpation de l'abdomen, deux tumeurs, l'une formée par l'utérus gravide un peu refoulé à droite, l'autre, plus grosse qu'une tête d'adulte, siégeant à gauche et disparaissant sous les fausses côtes.

L'accouchement se fit sans difficulté; l'enfant présentait de l'atrophie des quatre membres, ainsi qu'une rétraction cutanée limitant dans presque toutes les articulations l'amplitude des mouvements d'extension, et une fracture de l'humérus droit à sa partie moyenne.

Après la délivrance, l'exploration fournit des résultats beaucoup plus nets; on constata alors que le néoplasme, de consistance presque ligneuse, nettement arrondi, tout à fait indépendant de l'utérus, avait deux fois le volume d'une tête d'adulte et s'étendait des fausses côtes gauches, sous lesquelles il disparaissait, jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur était de date ancienne — la malade se souvenait qu'une dizaine d'années auparavant, elle sentait parfois « quelque chose de gros » dans la région de l'hypocondre —, mais n'avait jamais déterminé aucun trouble et avait passé inaperçue lors de deux grossesses antérieures. M. le professeur Poncet, consulté, porta le diagnostic de probabilité de « tumeur solide du mésentère », et fut d'avis que l'opération devait être ajournée.

Dix-huit mois environ après son dernier accouchement, cette femme fut prise de diarrhée, en même temps qu'elle s'aperçut que sa tumeur diminuait de volume; on en conclut alors à un kyste séreux du pancréas, spontanément ouvert dans l'intestin. Malgré les divers moyens mis en œuvre pour empêcher l'infection de la poche (repos au lit, régime lacté, antiseptiques intestinaux), la suppuration s'établit, et pendant trois mois il y eut de petites poussées de fièvre vespérale (de 38°4 à 39°). Néanmoins, la diarrhée séreuse diminua peu à peu, l'embonpoint revint, les règles, qui manquaient depuis plusieurs mois, reparurent, et la guérison put être considérée comme accomplie. Actuellement, il ne reste plus trace de la tumeur abdominale; le ventre est souple et la patiente ne ressent ni gêne ni douleur dans la région sus-ombilicale. (*Lyon méd.*, 15 septembre 1901.) — F. F.

Existence des « anopheles » en grand nombre dans une région d'où le paludisme a disparu, par M. E. Sergent.

Les travaux publiés dans ces dernières années sur l'étiologie du paludisme tendent à faire jouer un rôle prédominant à certains moustiques dans la propagation de cette maladie; cependant, quelques voix discordantes se sont fait entendre : c'est ainsi que M. Nuttall a trouvé de nombreux *anopheles* dans certaines localités de l'Angleterre où l'on n'observe plus aucune manifestation paludéenne. M. E. Sergent vient de faire une constatation analogue relativement aux bords de l'Essonne, petite rivière tributaire de la Seine et ayant un parcours de 80 kilomètres environ.

Le paludisme aurait été jadis endémique dans le pays arrosé par l'Essonne; on peut le considérer actuellement comme ayant à peu près complètement disparu, puisque, d'une enquête instituée par l'auteur auprès de 14 médecins de la région, il résulte qu'un seul de ces confrères aurait observé, il y a plus de vingt ans, 4 ou 5 malades atteints de fièvre palustre; 3 auraient vu de rares cas de névralgie faciale justiciables de la quinine; un, enfin, aurait donné ses soins, il y a trois ans, à un enfant fiévreux, qui guérit également par la quinine.

Or, M. Sergent, ayant fait des recherches sur 30 mares situées sur les bords de l'Essonne et espacées en moyenne de 3 ou 4 kilomètres, a recueilli dans 22 des larves d'*anopheles*, appartenant aux deux espèces *A. maculipennis* (ou *claviger*) et *A. bifurcatus*. Et la présence de ces insectes en ces points ne constituait pas un fait exceptionnel, car ils y étaient plus nombreux que dans des localités infestées de paludisme et étudiées antérieurement par l'auteur : alors que dans ces dernières, situées aux environs d'Alger, la proportion des *anopheles* aux *culex* n'était que de 1 pour 20, elle s'élevait à 1 pour 10 sur les bords de l'Essonne.

Force est donc de conclure que, dans la région étudiée par M. Sergent tout au moins, la disparition des *anopheles* n'a pas coïncidé avec celle du paludisme; aussi l'auteur est-il disposé à attribuer l'extinction de l'endémie palustre à diverses causes, telles qu'endiguement des cours d'eau, boisement, amélioration générale de l'hygiène, usage de la quinine. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, octobre 1901.) — F. F.

Recherches sur l'étiologie du scorbut, par M. A. Lewine.

Les recherches bactériologiques assez nombreuses auxquelles a donné lieu le scorbut n'ont pas fourni jusqu'ici de résultats bien concluants. Parmi les plus connues, il faut citer celles de M. Babes, qui isola un bâtonnet spécial des gencives ulcérées de deux scorbutiques; injecté à des lapins, ce microorganisme amena la mort en quelques jours, au milieu de phénomènes hémorrhagiques considérables, mais l'autopsie démontra dans les organes de ces animaux, à côté du bacille en question, le microbe de la septicémie des lapins (*Bacillus hæmosepticus*), agent pathogène dont les diverses variétés déterminent des épidémies hémorrhagiques chez plusieurs espèces de mammifères et d'oiseaux (choléra des poules, des canards, septicémie des cygnes, pneumonie contagieuse du porc, etc.). Aussi ces recherches ne sauraient-elles être considérées comme définitives.

M. Lewine vient de reprendre l'étude de cette question, en usant de quelques précautions; il a notamment eu recours, pour recueillir le matériel de ses expériences, à la ponction du foie et de la rate; en outre, il a expérimenté sur des scorbutiques encore à la période fébrile de l'affection.

Ses recherches ont porté sur 12 malades; dans 11 de ces cas, il a pu isoler du foie et de la rate, non le germe décrit comme spécifique par M. Babes, mais précisément le microbe auquel le professeur de Bucharest n'avait attaché aucune importance, à savoir le *Bacillus hæmosepticus;* toutefois, il s'agissait d'une variété ne devenant pathogène pour ses hôtes habituels qu'après passage sur le moineau ou le serin; l'identification n'est d'ailleurs pas douteuse, ainsi qu'en témoigne, entre autres, ce fait que l'injection de ce microorganisme dans le muscle pectoral des oiseaux détermine, au lieu d'inoculation, des lésions caractéristiques de myosite nécrotique.

Le *Bacillus hæmosepticus* typique ayant été rencontré par M. Koch dans les eaux de saumure, cette particularité expliquerait l'influence de l'alimentation *prolongée* par les salaisons sur le développement du scorbut : il faudrait, en effet, plusieurs passages d'homme à homme pour que le microbe, jusque-là pathogène seulement pour les animaux, le devînt aussi pour l'espèce humaine. Ajoutons que M. Lewine, ayant trouvé dans quelques cas, à côté du *Bacillus hæmosepticus*, divers streptocoques et staphylocoques, est disposé à rapporter à ces infections associées la variabilité si grande que présente la symptomatologie du scorbut. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg* VIII, 3.) — F. F.

Contribution à l'étude des auto-intoxications de la grossesse au moyen de la méthode de l'élimination provoquée, par M. J. Olivier.

Nombre de complications de la grossesse étant attribuées à des phénomènes d'auto-intoxication d'origine rénale ou hépatique, l'auteur a étudié l'élimination de substances colorantes (bleu de méthylène, rosaniline) chez des femmes enceintes ou en travail, normales ou présentant des accidents divers (albuminurie, éclampsie, vomissements incoercibles, etc.); il a consigné dans sa thèse inaugurale les résultats de ces recherches.

La conclusion qu'il en tire, c'est que la méthode en question ne saurait fournir de renseignements utiles pour le diagnostic précoce ou le pronostic des complications de la gravidité, car les indications qu'elle donne sont souvent en désaccord avec les constatations cliniques.

C'est ainsi que de 6 femmes ayant une grossesse normale plus ou moins avancée (de deux mois et demi à neuf mois), 2 présentaient des altérations marquées de l'élimination du bleu (l'une le type discontinu polycyclique ou intermittent, l'autre le type continu polycyclique), sans que rien permît d'expliquer ces anomalies, et sans qu'il soit survenu la moindre complication. De 5 femmes enceintes ayant de l'albuminurie, 4 offraient des courbes d'élimination irrégulières; or, 3 accouchèrent très normalement et 1 seule eut de l'éclampsie. Dans 2 cas de vomissements graves ou incoercibles, l'élimination fut normale, à part quelques modifications sans importance (léger retard du début dans un fait, durée un peu courte de l'élimination dans l'autre), et cependant l'une de ces patientes était dans un état très inquiétant, au début de la période de cachexie causée par une intolérance gastrique absolue. La méthode du bleu ne donna non plus aucune indication dans un cas de suites de couches avec albuminurie. Enfin, sur 5 observations d'éclampsie, l'élimination présenta 4 fois des anomalies notables, mais dans le cas où les accidents étaient le plus graves — c'est d'ailleurs le seul qui se soit terminé par la mort —, la courbe fut absolument régulière.

Sans vouloir nier le rôle de l'insuffisance rénale ou hépatique dans l'apparition des troubles de la grossesse, M. Olivier conclut des faits qu'il a observés que ce mécanisme pathogénique ne convient pas à tous les cas, et que parfois l'auto-intoxication est due, non au défaut d'activité du foie et du rein, mais à la surproduction des toxines, rendant impossible leur élimination malgré l'intégrité des émonctoires. (*Thèse de Genève*, 1901.) — F. F.

Lichen plan des ongles, par M. W. Dubreuilh.

Il est généralement admis que le lichen plan respecte les ongles (si l'on a soin de distinguer de cette dermatose les lésions décrites par les Allemands sous le nom de *lichen acuminé*, et qui ressortissent au pityriasis rubra pilaire); M. Dubreuilh montre, dans le présent travail, que cette règle n'est pas sans exception, puisque, chez le malade dont il relate l'observation, il existait des altérations unguéales fort prononcées et qui auraient pu mettre le diagnostic en défaut, si elles n'avaient été associées à des lésions typiques de lichen plan sur diverses parties du corps.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, présentant depuis cinq mois une éruption de papules rougeâtres, ayant en moyenne le volume d'une tête d'épingle, planes, polygonales, dures au toucher. Cette éruption avait débuté par la jambe gauche, puis s'était étendue à l'autre jambe, aux avant-bras et aux doigts; son apparition avait coïncidé avec la guérison de bronchites auxquelles le malade, d'ailleurs emphysémateux, était sujet.

Les lésions étaient le plus marquées à l'avant-bras gauche, surtout au niveau de ses faces antérieure et interne; mais c'est l'éruption des doigts qui occasionnait la gêne la plus considérable, la face dorsale de la dernière phalange de chaque doigt étant le siège d'un gonflement rouge foncé, terne; cette plaque œdémateuse se dissociait en arrière en un semis de papules miliaires; elle se terminait en avant au repli dermique sus-unguéal. Celui-ci atteignait près d'un millimètre d'épaisseur, était dur et présentait deux couches séparées par une fissure et correspondant, l'une à sa face libre, l'autre à sa face profonde. Enfin, la lame unguéale elle-même, fragile et cassante, mais ayant conservé sa forme et ses adhérences normales, se montrait couverte de stries profondes et parallèles, ayant environ un tiers de millimètre de largeur, de sorte que l'ongle paraissait comme rayé par le frottement d'une râpe ou de sable grossier. Ajoutons que le prurit était modéré, et que la bouche, primitivement indemne, ne fut à son tour envahie que quatre mois plus tard.

Sous l'influence du traitement arsenical (cacodylate de soude, puis liqueur de Fowler) et

de l'application de topiques (pommades au sublimé et à l'acide phénique, au goudron, au naphtol β et à l'acide salicylique), une amélioration notable ne tarda pas à se produire; au bout de six mois environ, les lésions cutanées avaient presque entièrement disparu, et, si le bord libre des ongles offrait encore des stries, leur base, de nouvelle formation, se montrait, au contraire, lisse et à peu près normale. (*Ann. de dermatol. et syphiligr.*, juillet 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur les embolies dans les maladies du cœur, par M. F. Ginsburg.

M. Ginsburg a cherché à établir la fréquence des embolies relativement au nombre des décès par affections cardiaques. Il a relevé, dans les observations recueillies de 1883 à 1899 à la clinique médicale de Zurich, 250 cas de maladies du cœur suivis d'autopsie; d'après le siège et la nature des lésions, ce total se décompose en 197 cas d'affections valvulaires (78.80 %), 1 d'endocardite pure du ventricule droit, 30 d'hypertrophie et de dilatation du cœur (12 %), 17 de myocardite (6.80 %) — dont 14 compliqués d'hypertrophie et de dilatation —, et 5 d'insuffisance cardiaque. La valvule mitrale fut trouvée atteinte 100 fois, les valvules sigmoïdes de l'aorte 19 fois, la mitrale et l'aorte 43 fois, la mitrale et la tricuspide 14 fois, l'aorte et la tricuspide 1 fois, la mitrale, l'aorte et la tricuspide 17 fois et les quatre valvules ensemble 2 fois (1).

Au total, sur ces 250 autopsies, on constata des embolies chez 85 sujets, soit dans plus d'un tiers des cas. Dans 56 de ces 85 faits, il s'agissait d'une endocardite du cœur gauche, dans 1 d'une endocardite localisée au cœur droit, dans 16 d'une endocardite double, dans 5 d'une myocardite et dans 6 d'une hypertrophie avec dilatation du cœur, sans affection valvulaire (2).

En ce qui concerne les diverses localisations des embolies, elles siégeaient 62 fois dans les reins, 23 fois dans la rate, 15 fois dans le cerveau, 14 fois dans les poumons, 3 fois dans la muqueuse intestinale, 2 fois dans le tronc cœliaque, l'artère crurale, la rétine ou la peau, une fois dans l'artère iliaque commune, la tibiale, l'humérale, une des coronaires, dans la pie-mère ou l'utérus. On a donc trouvé 131 embolies locales sur un total de 85 cas. L'embolie est surtout fréquente de quarante et un à soixante-dix ans, mais elle peut survenir à tout âge, comme le démontrent 4 faits concernant des sujets de dix à vingt ans, cités par M. Ginsburg.

Ainsi qu'il résulte des chiffres ci-dessus, l'embolie se localise de préférence aux reins. Dans 41 cas sur 62, on a trouvé les deux reins atteints; pour les 21 autres, le rein gauche était seul intéressé 11 fois, et le rein droit, 10 fois. Cette complication détermine rarement l'apparition de symptômes cliniques graves; on n'a observé que chez 4 malades de l'hématurie; 26 présentèrent de l'albuminurie, et encore ne sait-on pas si ce phénomène ne devait pas être attribué à la stase veineuse; 5 enfin eurent des cylindres dans le sédiment urinaire.

Les embolies de la rate sont moins fréquentes que celles du rein; dans 14 cas sur 23, elles se produisirent sans symptômes cliniques; dans 9, on constata de la tuméfaction de l'organe; deux fois seulement les sujets s'étaient plaints d'une douleur violente et soudaine dans la région splénique.

Sur les 15 faits d'embolie cérébrale, le bouchon obturateur occupait 5 fois la sylvienne droite, 7 fois la gauche; 1 fois les deux artères étaient obstruées; 1 fois l'embolus siégeait dans la carotide interne gauche; pour le dernier cas, le procès-verbal d'autopsie signale l'existence de foyers de ramollissement dans l'hémisphère cérébral droit et dans la moitié gauche du cervelet. L'endocardite mitrale a été 9 fois la cause de cette sorte d'embolie; on nota 2 fois une affection des sigmoïdes, 2 fois une lésion de la mitrale et des sigmoïdes et 2 fois une myocardite avec thrombose du ventricule gauche. Dans 9 cas, l'embolie survint subitement, sous forme d'une attaque apoplectique sans symptômes prémonitoires; dans les 6 autres faits, elle fut précédée de troubles de la compensation cardiaque. Une mort rapide a été 9 fois la conséquence de cet accident; 5 autres patients n'ont succombé que de dix jours à un mois et demi plus tard; le dernier a survécu trois ans.

M. Ginsburg n'a étudié que les embolies pulmonaires d'origine purement cardiaque, laissant de côté celles qui proviennent des veines. Sur les 14 cas qu'il cite, 9 sont relatifs à des embolies des deux poumons; 3 fois le poumon gauche était seul atteint, et 2 fois le poumon droit. Dans 6 cas, il s'agissait d'une endocardite du cœur gauche avec formation de thrombus dans le cœur droit; dans 5, l'endocardite siégeait au cœur droit; dans 1, il y avait endocardite gauche avec persistance du trou de Botal; dans 2 enfin, il existait de la dilatation et de l'hypertrophie du cœur avec thrombose du ventricule droit.

Outre les 2 faits d'embolie du tronc cœliaque, d'origine cardiaque, déjà cités, l'auteur a relevé un troisième cas où cette variété d'embolie était consécutive à une thrombose de l'aorte thoracique. Dans un de ces 3 faits, on observa de l'hématémèse et des selles sanglantes, mais pas de douleurs abdominales; dans le second, il y eut des douleurs très violentes avec météorisme, sans vomissements ni diarrhée; dans le troisième, l'embolie, survenue neuf jours après une embolie cérébrale, ne détermina pas de symptômes caractéristiques. Aucun de ces trois patients n'a donc présenté le syndrome complet de l'embolie cœliaque.

Parmi les embolies des extrémités, M. Ginsburg a noté un exemple d'embolie de l'humérale droite. Le pouls radial, qui avait manqué pendant seize jours, redevint sensible au bout de ce temps par l'établissement d'une circulation collatérale; il offrait un retard notable sur le pouls radial gauche et était plus faible que ce dernier. Le diagnostic fait pendant la vie fut confirmé par l'autopsie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 5-6.) — A. J.

(1) On remarquera que le total de ces différents chiffres ne donne que 196 cas, alors que l'auteur parle de 197; cette contradiction existe dans le mémoire original. — N. D. L. R.

(2) Ici encore, le total ne correspond qu'à 84 faits, au lieu de 85.

L'agglutination des bacilles de la tuberculose et son utilisation en thérapeutique, par M. R. Koch.

Au cours de recherches sur les rapports qui existent entre la pommelière et la tuberculose humaine, M. Koch a été amené à essayer, en vue de la différenciation des agents pathogènes de ces deux affections, le procédé de séroréaction préconisé par MM. Arloing et Courmont. Mais il ne tarda pas à se convaincre que ce procédé, assez difficile à réaliser, ne donne pas toujours des résultats absolument certains, parce que, de l'aveu même de ses promoteurs, « l'aptitude des cultures à se laisser agglutiner peut présenter d'assez grandes différences ». Aussi M. Koch s'est-il appliqué, en collaboration avec M. Neufeld, à rendre la technique de l'épreuve de l'agglutination plus pratique, et il paraît y avoir complètement réussi.

Ne pouvant pas entrer ici dans tous les détails du procédé en question, nous nous bornerons simplement à en signaler les traits principaux : après avoir recueilli sur un filtre une quantité déterminée (en poids) d'une culture liquide de bacilles de la tuberculose et l'avoir débarrassée de l'eau en la comprimant dans du papier buvard, on la triture, dans un mortier d'agate, avec quelques gouttes d'une solution faible de soude caustique, en ayant soin d'ajouter constamment de nouvelles quantités de cette solution jusqu'à ce qu'on obtienne un mélange composé de 1 partie de culture pour 100 parties de soude. Ce mélange est soumis à la centrifugation pendant six minutes, puis on enlève, au moyen d'une pipette, le liquide séparé des bacilles, et on le neutralise avec de l'acide chlorhydrique étendu, de façon à laisser cependant subsister une réaction faiblement alcaline. Le liquide étant encore trop concentré, on le dilue à $1/3000^e$ à l'aide d'une solution contenant 0.5 % d'acide phénique et 0.85 % de chlorure de sodium.

Le réactif ainsi préparé donnerait des résultats beaucoup plus constants que ceux qu'on obtient en se conformant à la technique indiquée par MM. Arloing et Courmont. Toutefois, comme la proportion d'eau contenue dans la masse bacillaire humide est toujours plus ou moins variable, il serait encore préférable de recourir à l'emploi de cultures de bacilles de la tuberculose desséchées et pulvérisées suivant le procédé préconisé par M. Koch dans une de ses publications antérieures (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 117-120).

Quoi qu'il en soit, l'auteur a été à même de se rendre compte qu'il n'existe pas de différence sensible, au point de vue des propriétés agglutinantes, entre le sérum sanguin des phtisiques et celui des sujets non tuberculeux et il conclut, en conséquence, que l'agglutination bacillaire ne peut pas servir pour le diagnostic précoce de la tuberculose. A cet égard, le mémoire de M. Koch ne fait que confirmer les résultats déjà signalés par un certain nombre d'autres expérimentateurs (C. Fränkel, Neisser, Dieudonné, Beck et Rabinowitch, etc.); mais — la question de technique mise à part — il est encore un autre point nouveau qui se dégage des recherches instituées par le professeur de Berlin et mérite d'attirer l'attention.

Partant de ce fait qu'il existe des rapports étroits entre l'intensité du pouvoir agglutinant du sérum sanguin et la présence, dans l'organisme, de substances protectrices en quantité plus ou moins grande, M. Koch a eu l'idée d'utiliser la séroréaction comme moyen de contrôle de l'immunisation artificielle progressive à l'égard de la tuberculose. Après avoir établi, à l'aide d'expériences sur des animaux, sous quelle forme et à quelle dose il convient d'injecter des cultures de bacilles de la tuberculose pour porter au maximum le pouvoir agglutinant du sérum sanguin, l'auteur a institué, en collaboration avec M. Kleine, des essais de même genre sur l'homme malade. Chez des tuberculeux au premier degré, M. Koch a réussi, au moyen d'injections sous-cutanées d'une émulsion de bacilles pulvérisés, à doses rapidement croissantes, à augmenter le pouvoir agglutinant dans des proportions considérables, en même temps qu'on constatait un accroissement du poids du corps et qu'on voyait s'atténuer l'hyperthermie, l'expectoration, les sueurs nocturnes, voire même les signes physiques des lésions pulmonaires. Dans les cas d'altérations plus avancées, les résultats étaient moins favorables, en ce sens que l'augmentation du pouvoir agglutinant, plus difficile à obtenir, restait souvent transitoire. Quoi qu'il en soit, l'utilisation systématique de la séroréaction semble être appelée à rendre quelques services en permettant de se rendre compte des progrès du traitement. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 novembre 1901.) — L. CH.

De la « déportation » des franges choriales, par M. J. Veit.

Sur une pièce de grossesse extra-utérine recueillie avant la mort du fœtus, M. Veit a pu se convaincre, par des coupes en série, que les franges choriales pénétraient dans les veines qui s'abouchent avec les lacs sanguins du placenta. Cette pénétration était parfois très profonde; tantôt, les franges demeuraient flottantes, tantôt elles adhéraient à la paroi, bien que leur tissu n'eût pas envahi le stroma intervasculaire; mais, dans quelques cas, les franges ou leur revêtement épithélial (*syncytium* et cellules de Langhans) se détachaient et perdaient toute connexion avec les tissus du placenta fœtal. L'auteur donne à ce processus le nom de *déportation* : le fait qu'on ne l'observe que dans les veines démontre qu'il est dû au courant sanguin. Dans les grossesses intra-utérines on peut faire des remarques semblables.

La déportation des franges choriales a pour effet de dilater les embouchures veineuses : celles-ci s'évasent et finissent par faire partie des lacs sanguins, dont on peut ainsi expliquer l'accroissement. La preuve en est dans les traces d'endothélium vasculaire que l'on constate au niveau de ces embouchures veineuses en voie d'élargissement.

La déportation permet encore d'expliquer la discontinuité de la caduque des grossesses tubaires. La sous-muqueuse de la trompe est, en effet, d'une minceur extrême : comme elle seule peut se transformer en caduque, il s'ensuit que les franges choriales qui pénètrent dans les segments veineux placés au-dessous d'elle ne se trouvent plus en rapport qu'avec

la couche musculaire. Quand ces segments, par la dilatation progressive de la veine, auront été amenés à faire partie des lacs sanguins, il n'existera plus dans leurs parois, au moins au début, que des fibres musculaires, et point de cellules déciduales.

Enfin, le même processus rend compte des faits d'adhérence placentaire : il suffit que les franges aient pénétré en trop grand nombre ou trop loin dans l'intérieur des veines pour que ces adhérences se produisent. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 3.) — R. DE B.

Atrésie congénitale de l'intestin grêle, par M. R. BRETSCHNEIDER.

Les particularités de l'observation relatée par M. Bretschneider peuvent contribuer à expliquer l'origine, encore si obscure, des atrésies congénitales du petit intestin.

Il s'agit d'un nouveau-né du sexe masculin, venu à terme et pesant 3,150 grammes. L'anamnèse maternelle était muette. Deux jours après sa naissance, cet enfant présenta une occlusion intestinale typique. Une laparotomie ayant été pratiquée, on trouva un étranglement entre le tiers moyen et le tiers inférieur de l'intestin grêle : à ce niveau, le tube intestinal était remplacé par un cordon plein, long de 4 à 5 millimètres, gros comme un crayon d'ardoise. Malgré une entéro-anastomose, le petit malade succombait le jour même.

L'examen macroscopique et microscopique de la portion atrésiée de l'intestin montra, en son milieu, un reste de cavité intestinale, reconnaissable à ses glandes de Lieberkühn. Dans le tissu conjonctif environnant se trouvaient, en outre, quelques cellules pigmentaires et géantes; ces dernières tiraient, sans doute, leur origine de la résorption de débris méconiaux, visibles dans la paroi même du conduit atrésié.

Un peu au-dessus de l'atrésie, on apercevait, à la surface de l'intestin, comme une sorte d'incisure ou d'invagination brusque de la paroi intestinale; la couche musculaire s'interrompait en ce point. Au-dessus et au-dessous de la lésion principale, le calibre de l'intestin était notablement diminué. Enfin, depuis le duodénum jusqu'au siège de l'occlusion, et même un peu plus bas, la muqueuse était presque entièrement détruite : il n'en restait çà et là que les culs-de-sac glandulaires.

La présence de méconium au niveau de l'atrésie et dans la portion intestinale sous-jacente semble démontrer que le processus oblitérant était récent; d'autre part, la localisation des lésions au voisinage du canal omphalo-mésentérique permet d'incriminer quelque trouble pathologique dépendant de l'évolution de ce canal. Il était impossible, en tout cas, de songer à une péritonite fœtale, le péritoine étant absolument normal. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — R. DE B.

Des affections oculaires dans la tuberculose de la muqueuse nasale et du traitement de cette dernière par l'acide lactique, par M. W. HINSBERG.

Du mois d'octobre 1900 au mois de mars 1901, l'auteur a eu l'occasion d'observer 9 cas de tuberculose nasale, dont 5 avec lésions oculaires; et il résulte aussi bien de l'examen local que de l'interrogatoire des malades que ces dernières étaient toujours secondaires.

Chez 4 patients, la tuberculose nasale affectait la forme de tumeurs granuleuses siégeant sur le cornet inférieur et sur la cloison nasale; chez un, il s'agissait de nodules lupiques disséminés sur la muqueuse des cornets.

Les complications oculaires offraient des variétés beaucoup plus nombreuses.

Dans 2 cas, c'était une simple dacryocystite dont on était loin de soupçonner la nature tuberculeuse et qui, au début, paraissait être une affection banale du sac lacrymal. Cette complication est la plus favorable au point de vue du pronostic, à la condition qu'on arrive de bonne heure à en découvrir la cause, d'où la nécessité de pratiquer l'examen des fosses nasales dans tous les cas de dacryocystite suppurée.

Chez d'autres malades, on se trouvait en présence d'une affection franchement tuberculeuse du sac lacrymal; l'examen attentif montrait que cette lésion n'était pas isolée et que le canal lacrymal était atteint en même temps.

Après les voies lacrymales, la conjonctive et la cornée constituent le siège le plus fréquent des complications oculaires au cours de la tuberculose nasale. Il s'agit parfois d'altérations purement inflammatoires, résultant de l'irritation que produit la sécrétion lacrymale exagérée. D'autres fois, ces complications sont de nature tuberculeuse spécifique et se manifestent le plus souvent par un état d'infiltration de la conjonctive et de la cornée. Dans la plupart des cas, l'infiltration se trouve dans le voisinage immédiat des points lacrymaux, mais elle peut aussi se produire loin de ces derniers, dans l'angle externe de l'œil, par exemple; elle est quelquefois réunie au sac lacrymal par un trajet fistuleux.

Dans certains faits, la sécrétion du sac lacrymal tuberculeux laisse la conjonctive intacte et détermine, au contraire, des altérations cutanées de nature tuberculeuse dans le voisinage du globe oculaire.

Le traitement énergique de la tuberculose nasale amène au bout d'un temps assez court la disparition des troubles oculaires. Tel a été, du moins, le résultat que l'auteur a obtenu chez deux de ses malades. Les trois autres se sont malheureusement soustraits trop tôt au traitement.

Le procédé thérapeutique employé par M. Hinsberg contre la tuberculose nasale, avec ou sans complications oculaires, est des plus simples. Il consiste à introduire dans les fosses nasales atteintes des tampons d'ouate imbibés d'une solution d'acide lactique, alternativement faible et concentrée (jusqu'à 80 %). Les tampons sont enfoncés de façon à obstruer toute la fosse nasale et laissés en place pendant trois heures. On renouvelle la petite opération tous les jours. L'acide lactique provoque, au niveau des parties saines de la muqueuse avec lesquelles il se trouve nécessairement en contact, une réaction extrêmement faible; en revanche, il détermine une régression continue et progressive des altérations tuberculeuses, et au bout d'un temps relativement court la fosse nasale reprend son aspect normal. Ce procédé a l'avantage de rendre inutile toute intervention chirurgicale. L'auteur ajoute qu'il ne faut pas se contenter du premier résultat obtenu, car la tuberculose nasale récidive facilement; pour que le succès soit durable et que le malade puisse être considéré comme à l'abri de toute récidive, il est nécessaire de continuer la cure pendant des mois, en espaçant de plus en plus les séances. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXIX, 3.) — S. J.

Contribution à l'étude clinique des uretères surnuméraires chez la femme, par M. E. WERTHEIM.

L'observation relatée par M. Wertheim est un des rares cas où le diagnostic d'uretère surnuméraire ait pu être cliniquement établi.

Une jeune fille de dix-huit ans se disait atteinte d'incontinence d'urine depuis sa naissance, ce qui ne l'empêchait pas, toutefois, de vider volontairement sa vessie à intervalles réguliers. En examinant ses parties génitales, l'auteur aperçut, tout auprès et à gauche de l'orifice uréthral, un autre orifice plus petit, d'où s'écoulaient, d'une manière rythmique mais continue, quelques gouttes d'une urine claire. L'examen cystoscopique ayant montré, d'autre part, la présence des deux uretères normaux, il ne pouvait s'agir que d'un uretère surnuméraire gauche.

On voulut aboucher ce conduit dans la vessie : son extrémité vaginale fut libérée et, comme elle offrait un renflement ampullaire, on se contenta de créer une anastomose entre ce dernier et la cavité vésicale. L'anastomose réussit, mais l'extrémité terminale de l'ampoule se rouvrit et il se forma une fistule qui, cette fois, laissait écouler la totalité des urines, qu'elles provinssent de l'uretère surnuméraire ou de la vessie.

M. Wertheim recourut alors à une deuxième intervention, dans le but d'implanter le conduit anormal dans la cavité vésicale, après résection de l'ampoule. L'opération put se faire tout entière par la voie vaginale; on eut seulement grand soin de ne pas blesser l'uretère normal correspondant. Le succès fut complet et l'examen cystoscopique montre maintenant une vessie ayant trois orifices urétéraux; l'orifice supplémentaire ne laisse passer que très peu d'urine. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 2.) — R. DE B.

De la fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus, par M. C. BECK.

La fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus était assez rarement diagnostiquée avant l'avènement de la radiographie. Il n'en est plus de même, maintenant que la nouvelle méthode permet de s'assurer *de visu* de la nature des lésions osseuses. C'est ainsi que M. Beck a eu l'occasion de constater 3 fois cette variété de fracture dans le courant de quatre semaines. Les symptômes en sont généralement si peu marqués et le déplacement du fragment est si faible que seule l'ecchymose dans le pli du coude permet de porter un diagnostic de probabilité. Le pronostic est d'autant plus favorable que le déplacement est moins considérable.

Dans le premier des cas relatés par l'auteur, le traumatisme avait consisté en une chute sur la paume de la main, le coude étendu; l'examen radioscopique démontra l'existence d'une fracture transversale de l'olécrâne, associée à la fracture de l'apophyse coronoïde.

Le deuxième fait est celui d'un malade atteint d'une ancienne lésion traumatique du coude avec paralysie du radial. Les rayons de Röntgen permirent de constater une fracture du radius guérie, avec une certaine déformation, et une fracture de l'apophyse coronoïde avec déviation du fragment. Le radius était, en outre, luxé latéralement et en avant.

Dans la troisième observation, enfin, il s'agit également d'un ancien traumatisme du coude ayant entraîné une certaine raideur de cette articulation. La radiographie révéla une fracture de l'apophyse coronoïde avec déviation latérale du fragment et arthrite déformante consécutive. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 1-2.) — F. DE Q.

De l'anurie, par M. F. KÖNIG.

Parmi les observations d'anurie relatées par M. König dans le présent travail, il en est une qu'il nous paraît intéressant de signaler.

Un homme de cinquante-quatre ans, qui avait subi une année auparavant l'extirpation du rein droit pour un néoplasme, était atteint d'une crise de coliques néphrétiques du côté gauche avec anurie complète persistant depuis quatre jours. Dans ces conditions, l'auteur jugea une intervention nécessaire et fit amener le patient dans son service. Pendant le transfert, la voiture heurta une pierre et subit un choc violent; le malade ressentit immédiatement des coliques urétérales; arrivé à l'hôpital, il évacua quelques gouttes de sang, puis d'urine, et enfin une quantité d'urine considérable; dix-huit jours plus tard, il expulsait par l'urèthre un calcul du volume d'un petit pois. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 1-2.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Le réflexe crémastérien dans la névralgie sciatique, par M. G. A. GIBSON.

Ayant eu l'occasion de constater dans quelques cas de sciatique une exagération manifeste du réflexe crémastérien, l'auteur a recherché le même phénomène toutes les fois qu'il se trouvait en présence d'une névralgie de ce genre; il a pu se convaincre que le symptôme en question ne fait jamais défaut, qu'il s'agisse de cas graves de sciatique-névrite avec atrophie musculaire et modifications des réactions électriques, ou de formes relativement bénignes de sciatique-névralgie. Le réflexe crémastérien peut être mis en évidence soit, comme on le fait d'habitude, par un léger frottement de la face interne de la cuisse, soit, et encore mieux, en exerçant une pression énergique sur la partie inférieure et interne du triangle de Scarpa, au niveau où les fibres sensitives qui contribuent à la production de ce réflexe se séparent de la branche musculo-cutanée interne du nerf crural. Quand la névralgie sciatique est unilatérale, la pression exercée sur la région sus-indiquée du côté sain ne donne lieu qu'à une contraction faible du crémaster, tandis que la même excitation, appliquée au membre malade, provoque un réflexe fortement exagéré. Parfois, ce réflexe est suivi, au bout de quelques ins-

tants, d'une contraction, moins nette, du crémaster du côté opposé.

Fait curieux, l'exagération du réflexe crémastérien s'observe dans des cas où le réflexe rotulien paraît à peu près normal, comme aussi dans ceux où l'irritabilité réflexe est augmentée d'une façon générale. Toutefois, à en juger d'après les recherches de M. Gibson, la contraction du crémaster serait plus accentuée lorsque le réflexe rotulien est exagéré, mais l'exagération du premier de ces réflexes serait plus constante que celle du second. D'autre part, en ce qui concerne les rapports du réflexe crémastérien avec les réflexes fessier et plantaire, ils sont des plus variables, le premier pouvant être exagéré alors que les deux autres sont à peine appréciables ou, au contraire, se trouvent également exagérés.

Si l'on tient compte que la voie centrifuge du réflexe crémastérien est représentée par le nerf génito-crural, qui naît de la deuxième paire lombaire, tandis que le grand nerf sciatique tire son origine de la branche lombo-sacrée et des trois premiers nerfs sacrés, on voit que l'exagération du réflexe crémastérien dans les cas de névralgie sciatique ne saurait être attribuée qu'à une irritation du segment médullaire sus-jacent à l'origine des fibres du nerf sciatique. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai 1901.) — L. CH.

Dermoïdes et autres kystes de l'ovaire, par M. Samuel W. Bandler.

On explique l'origine de la plupart des kystes dermoïdes et des tératomes par les théories dites de l' « inclusion fœtale », du « *fœtus in fœto* », des « formations parasitaires doubles », de la parthénogenèse, etc., c'est-à-dire que l'on considère ces sortes de tumeurs comme le résultat de la greffe d'un embryon sur un autre, l'embryon greffé cessant ultérieurement de se développer. Dans le présent travail, M. Bandler fait remarquer que ces différentes théories sont souvent un peu vagues, qu'elles obligent à des hypothèses peu plausibles, et qu'elles reposent sur des interprétations anatomiques fort libres. Chacune des deux lames médullaires peut, il est vrai, fournir un embryon; mais il n'a jamais été démontré par quelles voies ou moyens cet embryon pourrait venir occuper la base du crâne, la profondeur du cou ou le tissu rétropéritonéal, car les études récentes ne permettent plus d'attribuer à la parthénogenèse le rôle si élastique qu'on lui avait primitivement concédé.

Il est bien plus naturel de demander à l'embryologie la clef de la pathogénie des dermoïdes et des tératomes. L'observation montre d'abord que toutes ces productions se rencontrent en des régions ou organes dont le développement se fait par des « inclusions » ou « invaginations » de l'épithélium dans les plans sous-jacents : fentes branchiales, système nerveux central, cristallin, glande pituitaire, antres muqueux, etc., etc. Si, au cours d'un de ces processus, un groupe de cellules ectodermiques ou mésodermiques qui n'étaient pas destinées primitivement à suivre l'invagination se trouve entraîné, il pourra très bien arriver dans la suite que ces cellules, anormalement déplacées, croissent pour leur compte, créent les tissus en vue desquels elles étaient différenciées, et donnent soit un kyste dermoïde, soit un tératome. M. Bandler pense, en effet, qu'en dehors de leurs caractères macroscopiques, il est impossible d'établir une démarcation entre ces deux ordres de productions : les kystes sont des tumeurs surtout liquides et les tératomes des tumeurs surtout solides. On pourrait chercher la raison de cette différence dans l'arrangement des cellules épithéliales déplacées : quand elles seraient nombreuses, groupées de telle sorte que leurs produits de sécrétion s'accumulassent entre elles, on verrait un kyste se former; quand elles seraient rares, disséminées, et que le « déplacement » aurait surtout intéressé les éléments mésodermiques, l'on aurait un tératome.

La théorie du déplacement cellulaire peut très bien s'appliquer aux kystes de l'ovaire. Tout autour de l'ovaire et même dans cet organe, comme l'a démontré von Franqué, sont de nombreux restes soit du canal, soit du corps de Wolff. L'épithélium germinatif lui-même, qui recouvre la surface de l'ovaire, et le canal de Müller, ont à l'origine, d'après beaucoup d'histologistes, des relations fort intimes avec les organes wolffiens. Ceux-ci, enfin, si leur nature ectodermique n'est pas encore absolument démontrée, sont en rapport immédiat avec l'ectoderme : leurs relations avec les lames musculaires des segments protovertébraux sont moins étroites, surtout vers l'extrémité caudale de l'embryon. Il n'y a donc rien d'impossible à ce que ces organes wolffiens entraînent avec eux des groupes cellulaires ectodermiques ou mésodermiques, d'où la possibilité du développement ultérieur d'un kyste dermoïde ou d'un tératome.

Les partisans de la théorie du *fœtus in fœto* ou des hypothèses similaires font grand état des conduits soi-disant intestinaux qu'ils ont rencontrés dans ces tumeurs. Mais pour qu'un conduit soit de l'intestin, il ne suffit pas qu'il soit tapissé de cellules cylindriques à calices ou à cils vibratiles, ces éléments existant normalement, soit à la surface de l'ovaire, soit dans les débris du corps de Wolff (organe de Rosenmüller, paroophoron, etc.). Les tératomes prétendus embryonnaires devraient au moins contenir, tout comme un embryon, une forte proportion de fibres musculaires striées; or, on n'en trouve que peu ou pas, ce qui tient sans doute à la distance séparant les organes wolffiens des lames musculaires, surtout vers l'extrémité caudale de l'embryon. On n'a jamais non plus décrit dans les dermoïdes ou tératomes ni foie, ni reins, ni placenta, ni chorion.

L'époque habituelle d'apparition des kystes dermoïdes et l'étude des dents qu'ils contiennent confirment l'hypothèse du déplacement cellulaire. C'est, en effet, à la puberté que la croissance de l'individu offre tout son essor; c'est aussi à ce moment qu'apparaissent de préférence les kystes dermoïdes. Quant aux dents, M. Bandler a pu et fait constater qu'elles sont toujours *unilatérales*, et *homonymes* de la moitié du corps où s'est développé le kyste.

La plupart des autres kystes de l'ovaire, d'après l'auteur, sont également justiciables de la même théorie. Les cystadénomes et les kystes dermoïdes ont bien souvent un revêtement épithélial cylindrique identique; de plus, ces deux sortes de productions coexistent fréquemment.

Comparant les tumeurs de l'ovaire avec celles du rein et du testicule, M. Bandler trouve dans cette étude de nouvelles raisons d'admettre le déplacement cellulaire. Le rein offre, en effet, des tumeurs mixtes extrêmement complexes où se rencontrent tous les tissus dérivés de l'ectoderme ou du mésoderme : c'est qu'il dérive de la portion du corps et du canal de Wolff qui affecte les rapports les plus intimes avec les couches embryonnaires engendrant ces différents tissus. Le testicule et ses annexes sont, au contraire, pauvres en kystes dermoïdes, ce qui s'explique par ce double fait que les organes wolffiens qu'ils contiennent se transforment presque tous en organes adultes, et que ceux qui s'atrophient n'ont pas eu avec l'ectoderme des relations aussi étroites que les formations parovariennes. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janvier, février, mars, avril, mai et juin 1901.) — R. DE B.

Paralysie du nerf spinal, d'origine opératoire, par M. Pearce Bailey.

On admet généralement que le trapèze reçoit des fibres nerveuses à la fois du spinal et des premières paires rachidiennes. Le fait observé par M. Pearce Bailey tend à prouver que, dans certains cas au moins, ce muscle est exclusivement innervé par le spinal.

Il s'agit d'un vigoureux ouvrier, chez lequel on avait pratiqué, pour une adénite suppurée de la partie supérieure du cou, une incision longue de 3 centimètres environ, sur le bord antérieur de l'extrémité supérieure du sterno-cléido-mastoïdien. Il s'ensuivit presque aussitôt une paralysie complète de ce dernier muscle ainsi que du trapèze; on notait, en outre, de l'hypoesthésie rétro-auriculaire : il y avait donc eu section simultanée du spinal et du grand nerf auriculaire postérieur. Six semaines après la blessure, on réussit à découvrir et à suturer les bouts sectionnés du spinal; un intervalle de 2 centim. 1/2 les séparait. Le premier résultat de l'opération fut de faire disparaître la réaction de dégénérescence et d'améliorer les mouvements. Pendant la convalescence, on nota de la paralysie des nerfs circonflexe et radial : il s'agissait sans doute d'une paralysie par compression, car le malade avait pris l'habitude de s'endormir sur son bras, et, d'ailleurs, les accidents disparurent avec l'habitude qui les avait engendrés. (*Ann. of Surgery*, mai 1901.) — R. DE B.

La palpation médiate, par M. E. W. Whitney.

D'après l'expérience de l'auteur, le phonendoscope serait susceptible de rendre de bons services non seulement en matière d'auscultation, mais aussi dans la palpation, lorsqu'on cherche à apprécier par ce moyen l'état des vibrations thoraciques, des frottements, des râles, etc. A cet effet, il suffit de placer l'instrument sur la région qu'il s'agit d'examiner — sur le thorax, par exemple — et, après en avoir enlevé les tuyaux en caoutchouc, d'appliquer par-dessus la paume de la main. Toutes les vibrations qui se produisent dans la cavité explorée (frémissement cardiaque, bruits de frottements, vibrations vocales, crépitation en cas de fracture) sont alors transmises à la main avec une intensité beaucoup plus considérable que dans la palpation simple. Pour comparer l'état des vibrations de la voix des deux côtés de la poitrine, on se sert, avec avantage, de deux phonendoscopes, mais, à la rigueur, un seul instrument qu'on déplace suivant les besoins de l'examen peut suffire.

Le procédé en question semble appelé à faciliter et à préciser le diagnostic et, en particulier, la localisation des lésions dans la tuberculose pulmonaire, la pneumonie, les épanchements pleuraux et le pneumothorax. Il pourrait également rendre plus appréciable la sensation de frémissement hydatique en cas de kyste hydatique du foie. (*Med. Record*, 20 juillet 1901.) — L. CH.

Rapports de la folie avec les maladies ovariennes; son traitement, par M. A. T. Hobbs.

L'influence incontestable de l'ovulation sur l'état psychique de la femme justifie les interventions chirurgicales chez les aliénées atteintes de maladies de l'appareil génital; les résultats obtenus par M. Hobbs dans 40 cas sont faits pour encourager dans cette voie.

On relevait des antécédents névropathiques chez 40 % de ces femmes. Les symptômes d'aliénation avaient le plus souvent débuté avec une période menstruelle; l'apparition des règles rend, d'ailleurs, les aliénées, même les mélancoliques, beaucoup plus agitées. Le type le plus commun de la folie ovarienne paraît être la manie.

Les interventions pratiquées furent l'hystérectomie (7 fois), l'ovariotomie (24 fois), la résection des ovaires (9 fois). Il y eut deux morts par pneumonie.

En ce qui concerne les résultats éloignés, 10 cas de manie aiguë donnèrent 7 guérisons : sur 22 maniaques chroniques, 8 guérirent également; chez 2 femmes atteintes de manie épileptique, l'opération ne donna aucun résultat; par contre, la guérison survint dans 1 cas de folie circulaire sur 2, dans 1 cas de psycho-coma et dans 2 cas de mélancolie aiguë sur 3.

En plus de ces 19 guérisons (47.5 %), il y eut 10 améliorations (25 %). Chez quelques-unes des malades guéries, les troubles psychiques remontaient à cinq ans et au delà. Le pronostic serait d'autant plus favorable que la lésion ovarienne serait moins compliquée. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril 1901.) — R. DE B.

Le traitement chirurgical de la dysenterie amibienne, par M. F. W. Murray.

La colostomie inguinale droite, que M. Murray pratiqua chez le malade qui fait le sujet de ce travail, n'avait primitivement pour but que de permettre l'irrigation du côlon. Le patient, un homme de vingt-neuf ans, souffrait, en effet, de la dysenterie depuis deux années et, malgré un traitement régulièrement suivi, son rectum présentait une telle quantité d'ulcères que toute médication rectale était devenue impossible, en raison des douleurs qui en résultaient. La colostomie permit d'obtenir le repos et la désinfection du côlon; les lavages les plus efficaces furent ceux que l'on pratiqua avec une solution de nitrate d'argent à 1/500. Au bout de

quatre mois, le malade, considérablement amélioré, quittait l'hôpital; l'auteur le revit six mois plus tard; il avait engraissé, pouvait travailler et n'avait que deux ou trois selles par jour.

Ce succès relatif permet d'espérer que l'anus artificiel, pratiqué plus tôt — mais seulement après échec du traitement médical et dans les cas de lésions limitées au côlon —, pourrait avoir des effets curatifs beaucoup plus rapides que la thérapeutique classique. (*Ann. of Surgery*, mai 1901.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Recherches sur les modifications de la sensibilité à la douleur au point de vue de l'innervation segmentaire de la peau, chez les épileptiques, les déments épileptiques, les syphilitiques héréditaires et les personnes saines, par M. L. J. J. MUSKENS.

On se contente généralement, pour se rendre compte de l'état de l'innervation centripète, d'explorer la sensibilité tactile, car il est impossible d'interroger chaque jour tous les modes de sensibilité. Toutefois, M. Muskens pense qu'en pareil cas c'est plutôt la sensibilité à la douleur qu'il faut examiner : celle-ci s'altère d'habitude plus tôt que la sensibilité tactile; en outre, elle dépend moins du développement intellectuel du sujet et de son degré de perception consciente.

Mais la technique de cette exploration expose à plusieurs erreurs. Si le patient, en effet, après la piqûre produite par une épingle, accuse de la douleur, on s'imagine bien souvent que la sensibilité douloureuse est intacte; or, on ne doit pas oublier les phénomènes de *sommation*, c'est-à-dire le réveil de la sensibilité par une excitation prolongée; aussi faut-il déterminer à l'avance, sur une région saine, le *minimum perceptible* pour le malade que l'on examine; l'auteur se sert, dans ce but, d'une épingle un peu mousse ou flambée, pour ne pas s'exposer à blesser les individus à sensibilité obtuse. Dès qu'on a provoqué une sensation douloureuse, il importe de rechercher encore s'il n'y a pas eu *retard* dans la transmission et enfin si la douleur n'est pas exagérée ou — comme on s'en aperçoit souvent aux mouvements réflexes qu'elle produit — si elle ne se manifeste pas sous forme d'ondes successives, autrement dit s'il n'y pas *dissociation* dans le temps. D'après la réaction obtenue, on dira qu'il y a analgésie complète, hypoalgésie ou hyperalgésie; la première de ces modifications est rarement très étendue en cas de lésions fasciculaires ou radiculaires de la moelle; par contre, l'hypoalgésie est très fréquente et se rencontre au pourtour des zones analgésiées.

Quand on veut délimiter sur la peau les aires analgésiques ou hypoalgésiques, on doit toujours procéder des régions les moins sensibles vers les plus sensibles; sinon, les zones en question paraissent beaucoup moins grandes qu'elles ne le sont en réalité. Une disposition physiologique empêche, d'ailleurs, qu'on leur retrouve toujours, d'un sujet à un autre, les mêmes dimensions : c'est l'empiètement réciproque des aires sensitives correspondant aux diverses racines rachidiennes postérieures. Ce recouvrement partiel est beaucoup plus prononcé pour la sensibilité tactile que pour la sensibilité douloureuse, ce qui est une nouvelle raison de procéder à l'exploration de cette dernière.

Aux points où ces zones sensitives se touchent ou se recouvrent, on note généralement un certain degré d'hyperalgésie, laquelle est d'autant plus marquée que les aires considérées sont innervées par des racines rachidiennes plus distantes les unes des autres. Cette hyperalgésie s'observe, même à l'état physiologique, en quelques régions : c'est ainsi qu'au niveau du bord cubital du poignet ou à la limite du territoire du trijumeau, on arrive à mettre en évidence la bande hyperalgésique séparant deux aires sensitives voisines.

M. Muskens étudie ensuite les altérations de la sensibilité à la douleur chez les épileptiques, déments ou non déments. Chez 27 malades dont les troubles psychiques n'étaient pas suffisamment prononcés pour que l'internement eût été jugé nécessaire, il a trouvé 19 fois des zones hypoalgésiques ou analgésiques; chez 15 épileptiques déments, il les a rencontrées 14 fois. Au point de vue de la topographie de ces troubles, il est à remarquer que l'aire de la deuxième racine dorsale est presque constamment atteinte; simultanément, et par ordre de fréquence, on trouve des altérations de la sensibilité douloureuse dans le territoire de la première, de la troisième dorsale, de la huitième cervicale, de la quatrième dorsale; ces troubles sont généralement symétriques et les racines intéressées se suivent presque toujours.

Les limites des zones en question ne sont pas absolument fixes; quelques heures, ou moins encore, avant l'attaque d'épilepsie, on les voit s'agrandir au point de réaliser l'analgésie du corps entier. On peut donc, dans une certaine mesure et grâce à une exploration opportune ou répétée, *prédire* la crise, ce qui n'est pas sans importance. Pendant le paroxysme, il est cependant trois régions qui continuent d'ordinaire à réagir aux excitations douloureuses : la première forme un petit triangle orbito-naso-jugal, la seconde correspond à la face interne de l'avant-bras et du poignet, la dernière est constituée par la plante du pied. Après l'attaque, la moitié du corps qui a été le siège des convulsions les plus violentes ne recouvre qu'en dernier lieu sa sensibilité à la douleur; il est ainsi possible de diagnostiquer *a posteriori* l'hémisphère d'où est partie la « décharge épileptique ».

Les études antérieures de l'auteur lui permettent certains rapprochements curieux. C'est ainsi que les aires sensitives atteintes dans l'épilepsie sont précisément celles qui le sont aussi dans le tabes. D'autre part, en raison de la grande fréquence des lésions syphilitiques héréditaires ou acquises chez les épileptiques, M. Muskens a étudié la sensibilité douloureuse dans l'hérédo-syphilis; or, 3 fois sur 8, il a rencontré une topographie de l'analgésie absolument semblable à celle du tabes ou de l'épilepsie; chez deux autres sujets, le fait était plus douteux. La seule conclusion qu'on puisse tirer de ces observations, pour l'instant, c'est le rôle considérable que doit jouer la syphilis dans l'étiologie du tabes et de l'épilepsie, qu'il s'agisse de syphilis acquise ou d'hérédo-syphilis à la première ou à la deuxième génération. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 16 février, 2, 9 et 16 mars 1901.) — R. DE B.

Invagination de l'appendice, par M. C. W. J. WESTERMAN.

Le fait relaté dans le présent travail serait le premier de son espèce.

Il s'agit d'une fillette de six ans, offrant depuis trois mois des crises répétées d'occlusion intestinale subaiguë, lesquelles rappelaient assez exactement le tableau clinique de l'invagination; au cours d'une de ces crises, on sentit, dans la région iléo-cæcale, une tumeur allongée qui disparut avec l'obstruction. Une laparotomie ayant été pratiquée, on reconnut que l'anse iléo-cæcale et le côlon ascendant étaient invaginés dans le côlon transverse. La désinvagination se fit aisément, mais on perçut alors dans l'intérieur du cæcum une tumeur du volume de l'index; l'anse invaginée étant, d'autre part, œdématiée et de coloration rouge noirâtre, on réséqua toutes les parties altérées, soit une petite portion de l'iléon, le cæcum et tout le côlon ascendant, au total 35 centimètres d'intestin. La continuité du tube digestif fut rétablie par une entéro-anastomose iléocolique. La petite malade guérit.

Sur la pièce réséquée, on remarquait, à la base du cæcum, un petit enfoncement qui n'était autre que l'appendice retourné en doigt de gant et invaginé dans le cæcum; il était de la grosseur de l'index et mesurait 6 centimètres de long. Sur une coupe verticale, on voyait à son sommet un noyau induré, adhérent à la musculeuse et faisant saillie du côté de la lumière intestinale; au microscope, ce noyau se montra formé par du tissu lymphoïde. Ce petit lymphome était probablement d'origine tuberculeuse, car les ganglions du mésentère attenant furent trouvés hypertrophiés, caséeux et en partie calcifiés.

En ce qui concerne le mécanisme de cette invagination, il est vraisemblable que le sommet induré de l'appendice, grâce aux contractions de la couche musculaire longitudinale, avait été attiré dans le segment cæcal de l'appendice et finalement dans le cæcum lui-même; la péristaltique intestinale ne pouvait que contribuer à parfaire ce déplacement et à le rendre permanent. Dès lors, le cæcum se comporta comme tout segment d'intestin renfermant une tumeur, c'est-à-dire qu'il constitua une invagination chronique. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 juin 1901.) — R. DE B.

De la rétention des chlorures dans les maladies infectieuses, par M. A. A. HIJMANS VAN DEN BERGH.

Il est bien connu que, dans les maladies infectieuses aiguës, et notamment dans la pneumonie, la teneur des urines en chlorures subit une diminution considérable et subite. On a expliqué ce fait par l'intervention de divers facteurs, dont le plus communément invoqué, de nos jours, est une altération du filtre rénal.

Dans le but de vérifier la validité de cette hypothèse, M. Van den Bergh a examiné comparativement l'élimination du chlorure de sodium chez les personnes bien portantes, chez les brightiques et chez les sujets atteints de néphrite aiguë. Il a constaté que, dans le mal de Bright, l'élimination du sel marin est très irrégulière d'un jour au jour suivant et d'un malade à un autre; dans les néphrites aiguës, les urines ne renferment qu'une faible proportion du sel ingéré, mais cette rétention des chlorures est loin d'atteindre le même degré que dans la pneumonie. Les altérations du rein jouent donc sans doute un certain rôle à ce point de vue, mais elles ne sont pas seules en cause. D'ailleurs, si les lésions rénales s'opposaient à l'élimination des chlorures, le sang devrait présenter une teneur saline plus élevée qu'à l'état normal : or, c'est plutôt le contraire qu'on observe.

Pour expliquer ce phénomène, on peut formuler trois hypothèses : ou bien le sel ingéré, après avoir pénétré dans le sang, quitte rapidement ce milieu; ou bien le sang abandonne aux tissus diverses substances dont la perte ramène le liquide sanguin à son titrage normal; ou bien le sang reprend aux tissus une certaine quantité d'eau. La première supposition est peu vraisemblable, car, à la suite d'injections expérimentales de sulfate de soude, M. Van den Bergh a retrouvé des quantités appréciables de ce sel dans le sérum, sans que la concentration du liquide sanguin fût cependant supérieure à ce qu'elle était auparavant. Il faut donc s'en tenir aux deux dernières hypothèses, qui, peut-être, répondent toutes deux à la réalité.

En se fondant sur les observations et expériences précédentes, ainsi que sur celles de Magnus, relatives à la composition du sang consécutivement à des injections salines, l'auteur pense que dans la pneumonie les phénomènes se succèdent de la façon suivante : sous l'influence de la fièvre et de l'infection, les produits d'oxydation des tissus se déversent en excès dans le sang; celui-ci, pour conserver un degré de concentration isotonique à la normale, rend aux tissus les chlorures, ce qui explique l'absence de ces sels aussi bien dans le sérum que dans les urines; au contraire, la période critique passée, on voit les chlorures, grâce à la diurèse et à la disparition de la fièvre, affluer à nouveau dans le sérum sanguin et par suite dans les urines, où ils atteignent pendant un jour ou deux un taux extrêmement élevé. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 17 août 1901.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Un cas d'exophtalmos pulsatile bilatéral spontané, par M. F. MARIANI.

Le cas relaté dans ce travail concerne un homme de soixante ans, bien portant, n'ayant en particulier pas d'artériosclérose, et qui, à l'occasion d'un effort de défécation, ressentit une vive douleur au niveau de l'orbite gauche; presque aussitôt la conjonctive s'injecta, puis le globe oculaire devint saillant en même temps que survenait de l'œdème palpébral et qu'apparaissait, dans la tête, une sensation de bruit rythmique et intermittent. Les jours suivants, malgré l'application de sangsues et d'un pansement compressif, l'enflure de la paupière et la projection de l'œil s'accentuèrent; de plus, la cornée gauche s'opacifia quelque peu, d'où diminution de la vision, et il se développa du

côté jusque-là resté sain de l'œdème palpébral et de l'exophtalmie. C'est alors que le patient se décida à entrer à l'hôpital, trois semaines et demie après l'accident.

A ce moment, l'examen général ne révélait rien de particulier. Localement, on notait, à gauche, une infiltration considérable des paupières, dont la supérieure était d'un rouge vineux, tandis que l'inférieure était complètement ectropiée; le globe oculaire se montrait fortement repoussé en avant et un peu en dehors et en bas; il était absolument immobile; la pupille ne réagissait plus, et la vision de ce côté était presque entièrement perdue, cet œil distinguant seulement le jour de l'obscurité; à la palpation, on percevait, à la partie supérieure et interne de l'orbite, une petite tumeur des dimensions d'une noisette, animée de pulsations synchrones à celles de la radiale; ces pulsations étaient, du reste, sensibles au niveau du bulbe oculaire lui-même; l'auscultation révélait un souffle continu, à renforcement systolique, ayant son maximum à la partie antérieure du crâne (frontal et temporaux des deux côtés), mais perceptible sur toute l'extrémité céphalique, et même aux épaules et à la poignée du sternum. A droite existaient à peu près les mêmes signes, moins accentués toutefois; en outre, la pupille, quoique rétrécie, réagissait à la lumière, et la vision était conservée.

Cet ensemble de symptômes démontra qu'il ne pouvait s'agir que d'un *exophtalmos pulsatile*, accident que l'on observe assez fréquemment après les traumatismes sur l'orbite, mais qu'il est très rare de voir se développer spontanément. Depuis Nélaton, il est généralement admis que cette affection est due à la rupture de la carotide interne dans son passage à travers le sinus caverneux, d'où formation d'un anévrysme artérioso-veineux; dans le cas présent, cette rupture spontanée, en l'absence de tout signe d'artériosclérose (si ce n'est que les temporales étaient légèrement sinueuses) a dû être préparée par des plaques localisées d'athérome; il faut reconnaître, d'ailleurs, que la partie intracaverneuse de la carotide interne est un véritable *locus minoris resistentiæ*, puisqu'il n'existe en ce point ni surface osseuse, ni plan musculaire qui soutienne en quelque sorte les parois du vaisseau. Reste à expliquer le fait que l'exophtalmos pulsatile, n'intéressant tout d'abord que l'œil gauche, devint bilatéral au bout de quelques jours; M. Mariani croit qu'il faut faire intervenir ici une dilatation progressive du sinus circulaire de Ridley, lequel met en communication les deux sinus caverneux.

Ajoutons que, chez ce malade, la compression de la carotide gauche, répétée plusieurs fois par jour pendant cinq minutes, a permis d'obtenir une amélioration manifeste; aussi l'auteur espère-t-il qu'on n'aura pas à recourir à la ligature du vaisseau, intervention qui a été suivie de succès dans plusieurs cas. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 10.) — F. F.

Kyste de la trompe, contenant des œufs d'oxyure, par M. G. Marro.

La mobilité bien connue des oxyures permet de découvrir quelquefois ces parasites dans des régions fort éloignées de leur *habitus* ordinaire. C'est ainsi que du vagin, où on les rencontre assez fréquemment, on les a vus passer dans l'utérus; il ne semble pas toutefois qu'on ait signalé jusqu'ici de fait où cette migration ascendante, dans les organes génitaux de la femme, ait été poussée plus loin, jusque dans la trompe, par exemple, comme M. Marro en cite un cas.

A l'autopsie d'une femme de trente-quatre ans, morte de paralysie générale, l'examen s'étant porté sur les organes pelviens, on constata la présence, à droite, d'un kyste banal de l'ovaire, du volume d'une orange; la trompe gauche, de son côté, portait deux petites formations kystiques; la première, siégeant à quelques centimètres au dessus du pavillon, avait à peu près deux fois les dimensions d'un petit pois et renfermait une sérosité claire avec quelques cristaux de cholestérine; la seconde, située au contact même des franges salpingiennes, grosse comme un pois à peine, avait des parois épaisses de deux millimètres; au microscope, son contenu, granuleux, épais, jaunâtre, se montra formé de détritus granulo-graisseux et de cristaux de cholestérine, au milieu desquels se trouvaient de nombreux œufs d'oxyure vermiculaire, les uns intacts, les autres plus ou moins déformés, mais tous parfaitement reconnaissables.

Il ne s'agissait pas là, comme on pourrait le supposer, d'une cavité constituée aux dépens de la trompe, mais bien d'une néoformation, car les parois de cette petite poche étaient exclusivement composées de tissu conjonctif fibreux. Aussi l'auteur estime-t-il que ce kyste a été causé par une oxyure femelle qui, ayant remonté, par l'utérus, jusqu'à l'extrémité de la trompe, y a provoqué un processus réactionnel; ce phénomène devait être ancien, car l'examen du tube digestif de la patiente ne fit découvrir ni parasite adulte, ni œufs. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 2.) — F. F.

Un cas de phlegmon laryngé consécutif à la variole, par M. D. Tanturri.

Le malade dont il est question dans ce travail est un jeune homme de dix-huit ans qui fut pris, au cours de la convalescence d'une variole confluente, de troubles respiratoires s'étant rapidement aggravés. On constatait une infiltration très prononcée et une ulcération de l'épiglotte, ainsi que de l'œdème des plis ary-épiglottiques. L'inspection du larynx lui-même étant impossible, et croyant qu'il s'agissait d'une affection intercurrente quelconque de cet organe, on ordonna des pulvérisations à la résorcine et à la cocaïne, et de la glace à l'intérieur.

Les troubles respiratoires devinrent cependant de plus en plus inquiétants; le patient était cyanosé, couvert d'une sueur froide; on pratiqua sans retard l'intubation qui réussit assez facilement sans l'usage du laryngoscope, et on vit s'écouler par le tube une quantité considérable de pus mélangé de sang. Le malade se trouva aussitôt soulagé et, grâce à des injections de caféine et à des inhalations d'oxygène, la respiration finit par se rétablir d'une façon satisfaisante.

Le lendemain, cet homme expulsait son tube dans un accès de toux. De nouveau, la respiration s'arrêta et on dut refaire le tubage en toute hâte. L'alimentation fut assurée à l'aide de la sonde œsophagienne. Malgré tous les soins et le changement aussi fréquent que possible des tubes, qu'on trouvait chaque fois obstrués par du pus et du sang, il devint impossible de sauver le patient. L'état général baissa rapidement, les forces déclinèrent, des signes de pyohémie et de métastase firent leur apparition et le malade succomba dans le coma deux jours après le début des phénomènes laryngés.

Il ne s'agissait donc pas, dans ce cas, d'une laryngite varioleuse à proprement parler, mais bien d'une complication indépendante, survenue pendant la période de convalescence de cette infection et ayant déterminé d'emblée des troubles respiratoires des plus graves. Ce n'est cependant pas par suffocation que cet homme est mort — car tout péril de ce côté était conjuré —, mais bien de pyohémie. En ce qui concerne la pathogénie de cette affection, l'auteur croit que ce sont les ulcérations consécutives aux pustules dont le larynx avait été le siège au cours de la variole qui ont dû servir de porte d'entrée aux microorganismes pyogènes.

L'intubation est le traitement de choix en pareil cas; la trachéotomie, en effet, fait perdre plus de temps et affaiblit trop le malade; d'un autre côté, le tube fait en même temps office de drain et favorise l'évacuation du pus. (*Boll. delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso*, octobre 1901.) — S. J.

Paralysie du récurrent par sténose œsophagienne cicatricielle, par M. U. Benenati.

Si les tumeurs de l'œsophage produisent quelquefois la paralysie du récurrent, on ne paraît pas avoir signalé jusqu'ici de cas où cette complication fût la conséquence d'une sténose œsophagienne. C'est pourquoi nous croyons devoir résumer le fait relaté par M. Benenati dans le présent travail.

Il s'agit d'un homme de cinquante et un ans, n'offrant rien de suspect dans ses antécédents personnels et héréditaires. Ayant ingéré un jour une cuillerée d'une bouillie trop chaude, cet individu ressentit une vive sensation de brûlure tout le long de l'œsophage; à la suite de cet accident, il persista pendant cinq ou six jours une dysphagie douloureuse presque complète, qui cependant disparut peu à peu. Au bout de six mois, le malade commença à éprouver de nouveau une certaine difficulté dans la déglutition, mais cette fois sans douleur; ces troubles allèrent en s'aggravant, si bien que le patient finit par ne plus pouvoir absorber que des liquides, et se décida à entrer à l'hôpital.

A ce moment, on constata aisément, par le cathétérisme œsophagien, qu'il existait une sténose siégeant à 24 centimètres de l'arcade dentaire, et opposant un obstacle invincible à l'introduction des cathéters de dimensions moyennes. En raison de l'anamnèse, on porta le diagnostic de rétrécissement cicatriciel, d'autant que l'examen le plus minutieux — complété par la radioscopie — ne fit découvrir aucun symptôme de tumeur médiastinale.

Mais la particularité la plus remarquable de cette observation, c'est qu'il y avait en même temps une paralysie du récurrent : les cordes vocales n'étaient pas infiltrées, mais toutes deux parésiées, la gauche surtout. Cette complication était relativement récente, car ce n'est guère qu'un mois auparavant que le malade avait observé que le timbre de sa voix s'était abaissé.

Les rapports des récurrents avec l'œsophage rendent facilement compte de la pathogénie de cette paralysie. (*Riforma med.*, 1er et 2 octobre 1901.) — F. F.

Souffle diastolique à la base du cœur, produit non par une insuffisance aortique, mais par un repli de l'endocarde, par M. A. Caccini.

Le fait relaté dans le présent travail démontre, une fois de plus, à quelles erreurs on s'expose en portant le diagnostic d'affection cardiaque sur les seules données de l'auscultation du cœur.

Il s'agit d'un homme de trente-huit ans, cuisinier de son métier, n'ayant pas d'antécédents pathologiques (notamment ni infection ni intoxication) et n'ayant jamais offert aucun signe fonctionnel d'une affection valvulaire. En dix-huit mois environ, ce malade avait eu à deux reprises de l'ascite qu'on avait attribuée à une cardiopathie. Cet épanchement s'étant reproduit une troisième fois, il se fit recevoir à l'hôpital où un examen, forcément incomplet en raison de l'abondance du liquide qui occupait le péritoine, ne révéla, comme seul symptôme, qu'un souffle diastolique intense, ayant son maximum sur le sternum au niveau du second espace intercostal droit, et se propageant vers le bas, mais pas jusqu'à la pointe du cœur, où l'on percevait les deux bruits normaux; les changements de position du sujet n'influaient en rien sur ce souffle; il n'existait aucun des symptômes classiques de l'insuffisance aortique. Une ponction ayant permis d'évacuer l'ascite, on fit un nouvel examen plus complet, mais qui ne donna aucun renseignement nouveau. Au bout de quelques jours, cet homme tomba dans le coma avec respiration de Cheyne-Stokes, perte des réflexes pupillaires, etc.; on trouva à ce moment, pour la première fois, du sucre, de l'acétone et de l'acide éthyldiacétique dans ses urines; il succomba peu après.

Or, l'autopsie révéla l'intégrité absolue de tous les orifices valvulaires; mais on remarquait dans le ventricule gauche, à 2 centimètres environ au-dessous de la sigmoïde postérieure de l'aorte, un repli semi-lunaire de l'endocarde, s'insérant sur la paroi ventriculaire par une base d'environ 2 centimètres de longueur, et dont le bord libre, dirigé vers le haut, s'écartait de la paroi de 9 millimètres; ce repli avait absolument l'apparence d'une valvule aortique normale. L'ascite et les accidents mortels étaient dus à une cirrhose atrophique vulgaire, dont la cause demeure obscure; le foie portait, en outre, un adénome kystique, du volume d'un œuf de poule. (*Policlinico*, 28 septembre 1901.) — F. F.

Expériences sur les injections intra-rachidiennes de substances antiseptiques, par M. A. Mariotti.

Pensant que l'on pourrait peut-être combattre certaines maladies infectieuses de la moelle et de ses enveloppes par des injections intra-rachidiennes de substances antiseptiques, M. Mariotti a fait des recherches expérimentales sur

le chien, afin de voir si ce moyen n'offrirait aucun danger.

Il a pu s'assurer ainsi que l'injection dans l'espace sous arachnoïdien de 2 à 5 c.c. d'une solution d'acide phénique dont le taux varie de 1 à 2 % (soit de 0 gr. 16 centigr. à 0 gr. 66 centigr. de phénol par kilogramme d'animal vivant) ne présente pas d'inconvénient; un chien put même recevoir sans dommage, en une semaine, trois injections phéniquées. Les résultats furent tout aussi favorables avec des solutions d'iode (de 1.5 à 3 ‰) ou de sublimé (à 1 ‰). Comme le fait observer l'auteur, il est vrai que les doses injectées étaient relativement faibles, mais elles correspondaient en tous cas à celles que l'on peut introduire sous la peau, et étaient très supérieures aux quantités toxiques par voie veineuse.

Enfin, M. Mariotti a recherché jusqu'à quelle hauteur pénètrent les liquides ainsi injectés sous l'arachnoïde lombaire; il a constaté que, deux heures après l'injection de 3 c.c. d'une solution de carmin à 1 %, la moelle d'un chien était colorée en rouge jusqu'au niveau de la quatrième vertèbre cervicale. (*Riforma med.*, 3 octobre 1901.) — F. F.

PUBLICATIONS RUSSES

La teneur en fer du foie chez l'homme bien portant, par M. P. Bielfeld.

Le présent mémoire est consacré à l'étude d'une question encore fort controversée et qui mérite d'attirer l'attention, car la connaissance exacte de la quantité de fer contenue dans le foie chez l'homme à l'état normal et des variations du taux de ce métal à l'état pathologique pourrait aider à déterminer le rôle que la glande hépatique joue dans les processus de destruction et de formation de l'hémoglobine. Or, si l'on compare les résultats des recherches instituées à cet égard par divers expérimentateurs, on constate qu'ils sont loin d'être concordants. D'après M. Bielfeld, ce fait tiendrait à la défectuosité des méthodes mises en pratique pour le dosage du fer; en effet, la plupart des auteurs ont dosé ensemble et le fer du foie proprement dit, et celui de l'hémoglobine du sang resté dans les vaisseaux; M. Zaleski, d'une part, et MM. Lapicque et Guillemonat, d'autre part, ont, il est vrai, procédé de manière à se mettre à l'abri de cette cause d'erreur. Toutefois, M. Bielfeld reproche au premier de ces auteurs d'avoir opéré sur le foie *in toto* (avec vaisseaux, nerfs, etc.) et non pas sur les seuls éléments glandulaires de cet organe. La méthode colorimétrique, dont se sont servis MM. Lapicque et Guillemonat, ne lui paraissant pas non plus offrir toutes les garanties d'exactitude, M. Bielfeld a fait ses recherches sur les cellules hépatiques isolées d'après la méthode adoptée dans le laboratoire de M. A. Schmidt.

Il a ainsi analysé 18 foies provenant de cadavres soumis à des autopsies médico-légales à la Faculté de médecine de Tomsk, autopsies au cours desquelles tantôt on ne décela rien d'anormal, tantôt seulement des lésions pathologiques insignifiantes et incapables d'influencer la composition des cellules hépatiques. L'âge de ces sujets (dont 14 hommes et 4 femmes) variait de vingt à soixante-dix ans. M. Bielfeld a constaté que la teneur du foie en fer chez les individus bien portants varie dans des limites assez larges, la proportion moyenne étant de 0.169 %. Chez la femme, la quantité de fer contenue dans le foie paraît plus faible que chez l'homme (0.084 % en moyenne, au lieu de 0.191 %, chiffre moyen pour le sexe masculin), ce qui concorderait d'ailleurs avec les observations de M. Lapicque (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 254). En ce qui concerne l'influence de l'âge, on remarque que chez les jeunes sujets la proportion du fer dans le foie est très basse : chez une femme de vingt-trois ans, elle n'était que de 0.065 %; chez un jeune homme de vingt ans, elle ne dépassait pas 0.048 %. Par contre, chez les individus âgés, on voit la teneur du foie en fer augmenter d'une façon considérable, de sorte que pour les sujets de quarante-cinq ans et plus, l'auteur a trouvé une moyenne de 0.210 %, tandis que la moyenne, pour les individus au-dessous de cet âge, ne dépasse pas 0.112 % et, même en faisant abstraction des femmes, 0.139 %. Ce fait tendrait à prouver que la glande hépatique participe surtout aux processus destructifs, plus actifs dans la vieillesse. (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, avril 1901.) — L. CH.

Un cas de fibrome de l'œsophage, guéri spontanément, par M. K. Sarkisov.

Le fait relaté par l'auteur a trait à une jeune fille de vingt-sept ans qui, depuis deux années, éprouvait, dans la région du cœur et dans toute la moitié gauche du thorax, des douleurs accompagnées d'oppression et s'exacerbant sous l'influence de l'alimentation, ainsi qu'à l'occasion de tout travail qui nécessitait l'inclinaison du tronc. Un jour, la malade fut prise brusquement de nausées suivies d'une quinte de toux, violente et prolongée, qui se termina par l'expulsion d'une masse charnue ayant le volume d'un œuf de pigeon et recouverte de sang. Appelé une heure après cet accident, M. Sarkisov ne constata rien de particulier ni du côté du pharynx et des poumons, ni dans les organes abdominaux. La patiente n'expectorait pas de sang et se sentait très bien : les douleurs thoraciques et l'oppression avaient complètement disparu. Quant à la masse charnue expulsée pendant la quinte de toux, elle se présentait sous la forme d'un corps dur et lisse, de coloration rouge sombre, mesurant 4 centimètres de long sur 2 centimètres de large et 0 centim. 5 d'épaisseur, et rappelait par sa configuration un œuf qu'on aurait aplati dans le sens transversal. A la coupe, on constata la présence de plaques grisâtres témoignant d'un processus de nécrose L'examen microscopique, pratiqué par M. A. Sokolov, montra qu'il s'agissait d'un fibrome en partie nécrosé.

Etant donnés les symptômes manifestés par la malade et le volume du néoplasme, l'auteur estime que la tumeur ne pouvait se trouver que dans l'œsophage, au niveau de la sixième vertèbre cervicale, c'est-à-dire au point où l'œsophage s'engage sous la bronche gauche dont il est séparé par le nerf vague. On comprend que, dans ces conditions, le passage des aliments, de même que tout mouvement s'accompagnant d'une augmentation de la pression intrathoracique, provoquât la compression du pneumogastrique et de la bronche, ce qui se traduisait par des douleurs, particulièrement marquées dans la région du cœur, et par de la dyspnée. Il est à présumer que, quelques jours avant son expulsion, la tumeur s'était en partie détachée de la paroi de l'œsophage et qu'ayant commencé à subir la nécrose, elle fut ensuite éliminée comme un corps étranger. (*Vratch*, 8 septembre 1901.) — L. CH.

Les diverticules de la vessie et leurs conséquences, par M. Th. Omeltchenko.

Les diverticules de la vessie étant assez rares, on est encore loin d'être fixé non seulement sur les symptômes cliniques par lesquels se traduit leur présence, mais aussi sur les altérations anatomo-pathologiques qu'ils sont susceptibles d'engendrer soit du côté de l'appareil urinaire, soit, d'une façon indirecte, dans d'autres organes. Ayant eu l'occasion de constater la présence d'un diverticule de la vessie au cours de deux autopsies pratiquées à l'hôpital militaire Ouyazdov, à Varsovie, l'auteur s'est surtout appliqué à étudier les lésions secondaires déterminées par l'existence de la poche diverticulaire.

Dans les deux cas, il s'agissait de diverticules dont les parois et la muqueuse ne se distinguaient en rien des parties correspondantes du réservoir urinaire principal; ce fait, joint à l'absence de tout rétrécissement de l'urèthre, indiquait qu'on se trouvait en présence, non pas d'une disposition acquise par obstacle à l'écoulement de l'urine, mais d'une véritable anomalie de développement. Par la compression que les poches diverticulaires avaient exercée sur l'uretère gauche et par la rétention consécutive d'urine dans ce canal ainsi que dans le rein correspondant, l'anomalie en question avait déterminé la dilatation de l'uretère et du bassinet avec atrophie de la substance corticale du rein gauche, lequel ne pesait que 80 grammes dans un cas et 76 grammes dans l'autre. Par contre, le rein droit avait subi une hypertrophie compensatrice se traduisant par une augmentation considérable du poids (241 et 235 grammes, au lieu de 150 grammes, chiffre normal).

On sait que les altérations des reins retentissent habituellement sur le myocarde. C'est ainsi qu'on a réussi à provoquer une hypertrophie expérimentale du cœur au moyen de la simple ligature de l'un des uretères (Mikhaïlov). A cet égard, les deux observations de M. Omeltchenko sont particulièrement intéressantes, la compression lente de l'uretère par un diverticule de la vessie étant encore plus démonstrative que la suppression brusque de ce conduit par la ligature. En effet, dans les deux cas dont il s'agit, l'auteur a été à même de constater une hypertrophie du myocarde. Tenant compte que les moyens usuels d'exploration clinique sont impuissants à dénoter, pendant la vie, l'existence d'une hypertrophie de la musculature du cœur, tant qu'elle ne se traduit pas par une augmentation nette du volume de cet organe, M. Omeltchenko serait porté à croire que certains troubles cardiaques difficiles à interpréter, tels que les palpitations nerveuses, la tachycardie, les phénomènes d'*angor pectoris*, etc., etc., peuvent — sinon toujours, du moins dans quelques cas — avoir pour substratum anatomique une hypertrophie du myocarde, dépendant d'un diverticule de la vessie, peu volumineux et susceptible, par conséquent, de rester méconnu. (*Med. sbornik Varchavsk. Ouyazd. voyén. gospitalia*, XIV, 1-2.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

De la dyspepsie intestinale, par M. K. Faber.

D'après Trousseau, la moitié des cas de dyspepsie seraient d'origine intestinale. M. Faber pense que cette opinion n'a rien d'exagéré et que l'observation attentive des dyspeptiques en fournit aisément la démonstration.

Le principal symptôme de la dyspepsie intestinale, et celui qui apparaît tout d'abord, c'est la constipation. Mais celle-ci, quand elle persiste depuis un certain temps, se complique de divers phénomènes réflexes, soit du côté de l'estomac, soit du côté du système nerveux. Les premiers consistent en renvois, anorexie, crampes, vomissements, et surtout en douleurs épigastriques localisées au voisinage du cardia, et survenant indifféremment à toute heure du jour, souvent même à jeun; l'ingestion de graisses et d'aliments lourds les fait presque toujours réapparaître. Les troubles nerveux, quoique très accentués, n'ont rien de spécifique : ce sont des céphalées, des vertiges, de l'insomnie, de la lassitude. En présence de malades présentant ces manifestations, on est tout naturellement porté à accuser l'estomac et à prescrire le régime lacté; mais celui-ci ne fait qu'aggraver la situation en rendant la constipation plus opiniâtre, et si l'on examine le contenu et le fonctionnement de l'estomac, on ne tarde pas à s'apercevoir que tous deux sont normaux. Ce n'est pas qu'à la longue ces dyspepsies intestinales ne puissent se compliquer d'une hyperchlorhydrie réelle, mais c'est là un phénomène purement réflexe, et qui disparaît dès qu'on rétablit le fonctionnement régulier de l'intestin.

Une cause fréquente de dyspepsie intestinale, du moins en Danemark, c'est le *Tænia saginata*. Sur 11 malades qui en étaient porteurs et qui offraient tous des symptômes gastriques, l'auteur put se convaincre que l'estomac fonctionnait normalement dans 5 cas; chez les 6 autres, il existait bien de l'hyperchlorhydrie, mais elle ne persista que chez 2 de ces sujets après l'expulsion du parasite. L'entéroptose et les brides péritonéales dues à des péritonites (appendicite) seraient, outre les tænias, les facteurs étiologiques les plus communs.

Le diagnostic est difficile; il faut souvent une longue observation pour éliminer le cancer, les diverses variétés de gastrite et surtout l'ulcère de l'estomac. Pour ce qui est de cette dernière affection, on pourra se fonder, en plus des symptômes qui lui sont propres, sur la répartition différente des hyperesthésies réflexes, lesquelles, dans l'ulcère, occupent un segment horizontal compris entre l'ombilic et la partie inférieure des seins, tandis que dans la dyspepsie intestinale elles intéressent la moitié inférieure de l'abdomen. Un diagnostic souvent porté à tort, en cas d'entéro-dyspepsie, est celui de dys-

pepsie nerveuse; l'erreur est d'autant plus naturelle que les symptômes nerveux sont souvent extrêmement marqués dans la première de ces variétés.

Au point de vue thérapeutique, on doit combattre avant tout la constipation; il faut que les malades aient une selle journalière et normale. On se gardera des purgatifs drastiques, qui, leur action épuisée, laissent les patients dans une condition pire qu'auparavant; on aura donc recours aux laxatifs légers, tels que l'huile de ricin à petites doses, les lavements huileux, etc. Le lait doit être proscrit et le régime diététique sera surtout végétarien : un seul plat de viande par jour, soupes de gruau, légumes verts, compotes, pain de Graham, etc. En cas d'hyperchlorhydrie réflexe concomitante, on recourra aux alcalins. Enfin, on combattra l'état nerveux par les bains, le massage, l'exercice, mais seulement quand la convalescence sera suffisamment avancée. (*Hospitals-tidende*, 10, 17 et 24 juillet 1901.) — R. DE B.

Hémorrhagies hystériques de la peau et des muqueuses; mort par apoplexie pancréatique, par M. S. HOLTH.

Les hémorrhagies de la peau et des muqueuses sont bien connues dans l'hystérie; le présent travail semble démontrer que cette névrose peut encore déterminer des hémorrhagies, voire mortelles, dans les viscères.

Le fait relaté par M. Holth concerne une jeune femme qui était âgée de vingt trois ans lorsque débuta sa maladie. Dans son enfance, on lui avait amputé la cuisse, probablement pour tuberculose. Pendant huit années, l'auteur put observer cette patiente : elle offrit à maintes reprises des hémorrhagies cutanées ou des épistaxis; une fois elle eut même une hématémèse. Ces hémorrhagies survenaient d'ordinaire après une émotion souvent insignifiante. On faisait apparaître avec la plus grande facilité des stigmates ecchymotiques chez elle : la veille ou l'avant-veille, il suffisait de tracer une croix sur sa peau, sans même exercer une pression très marquée. Les deux dernières années de son existence, cette femme était arrivée à ingérer 0 gr. 012 milligr. d'acide arsénieux par jour, et son état s'était beaucoup amélioré; la mort survint cependant presque subitement.

A l'autopsie, on trouva le grand épiploon fortement surchargé de graisse, ce qui était peut-être dû à la médication arsenicale; l'hypocondre gauche était plein de sang provenant de la queue du pancréas. Au microscope, un fragment prélevé dans cette glande, mais examiné dans des conditions un peu défectueuses, parut n'être formé que de graisse et de sang extravasé.

L'auteur ne pense pas qu'on puisse songer ici à une hémophilie essentielle, car l'amputation de cuisse, pratiquée pendant l'enfance, n'avait pas causé d'hémorrhagie grave. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin 1901.) — R. DE B.

De la coloration des gonocoques par la méthode de Gram, par M. F. ANTONI.

Il est d'une grande importance de pouvoir déterminer si un individu, antérieurement atteint d'uréthrite, est encore ou n'est plus contagieux. Mais les cultures et inoculations ne sont pas à la portée de tous les praticiens et, d'autre part, les techniques fondées sur la méthode de Gram sont très diverses, souvent peu exactes. Aussi M. Antoni a-t-il cherché une modification de ladite méthode qui ait une suffisante précision et possède en même temps le maximum de valeur diagnostique; voici le mode de procéder qu'il indique :

Les lamelles ayant été préparées, on en colore une au bleu de méthyle pendant une minute, puis on la lave et on l'examine afin de se faire une idée d'ensemble. Les autres sont soumises au violet de gentiane anilinė durant vingt secondes et rapidement lavées; on les plonge alors dans la solution iodo-iodurée pendant une minute, en renouvelant souvent le liquide, on les égoutte sans les laver, on laisse tomber sur elles de l'alcool goutte à goutte durant deux ou trois minutes, on lave à l'eau, on colore à la safranine pendant une minute, en renouvelant une fois le liquide, et on finit par un abondant lavage à l'eau.

Les lamelles sont examinées telles quelles, avec l'objectif à immersion. Les bactéries autres que le gonocoque sont colorées en bleu; le microcoque de Neisser prend, au contraire, la teinte claire de la safranine. Il n'y a d'erreur possible que dans 5 % des cas, puisque Steinschneider et Galewsky ont montré que 95 % des microbes uréthraux résistent à l'épreuve de Gram. (*Hygiea*, février 1901.) — R. DE B.

Un cas de résection du foie, par M. G. NAUMANN.

L'observation relatée par M. Naumann n'est pas sans intérêt au point de vue de la technique — encore incertaine — des résections du foie.

Une femme de trente-neuf ans présentait dans l'hypocondre droit une tumeur extrêmement mobile, qui, après administration de lavements gazeux, se soulevait un peu, mais sans changer de place. A l'ouverture de l'abdomen, on constata que ce néoplasme occupait le lobe hépatique gauche, lequel était lui-même très mobile et put facilement être amené entre les lèvres de la plaie. Le pédicule, comprimé par les doigts des aides, fut alors lentement sectionné au thermocautère, puis on lia quelques gros vaisseaux béants sur la coupe au moyen de sutures de catgut enfoncées en plein parenchyme. Les bords de la tranche de section et la capsule de Glisson furent ensuite rapprochés par un surjet de gros catgut, et la plaie abdominale fut fermée, sauf en un point par où sortait une mèche de drainage. La guérison se fit sans complications.

La portion de foie réséquée mesurait 12 centimètres de long sur 8 de large et 5 de haut. Le diagnostic microscopique fut celui de syphilome probable; l'auteur n'avait cependant relevé chez sa malade aucun antécédent syphilitique. Onze mois après l'opération, cette femme était enceinte et bien portante. (*Hygiea*, juin 1901.) — R. DE B.

Contribution à l'étude du myome de l'intestin, par MM. J. A. HEDLUND et N. HELLSTRÖM.

Les myomes de l'intestin grêle sont rares, puisque le cas de MM. Hedlund et Hellström serait seulement le huitième qui ait été signalé.

Le malade dont il s'agit était âgé de quarante-huit ans. Depuis six années, il éprouvait quelques gênes ou douleurs abdominales, s'accompagnant de constipation et de renvois, quelquefois de vomissements. Il y a quatre ans, on constata chez lui une tumeur qui fut considérée comme un rein mobile. La gêne et les troubles digestifs s'aggravant, cet homme réclama une intervention. On percevait à ce moment, dans l'hypocondre gauche, un néoplasme du volume du poing, de forme un peu inégale, mat à la percussion, et mobile : on pouvait, d'une part, lui faire franchir la ligne blanche, et, d'autre part, le réduire sous les fausses côtes, mais cette réduction n'était pas assez parfaite pour qu'on pût affirmer que la tumeur dépendait du rein. La rate semblait en place. Une ponction exploratrice ramena une sérosité rougeâtre dont la nature ne put être déterminée.

A l'opération, on trouva un néoplasme gros comme une tête d'enfant, adhérent au jéjunum et au côlon descendant, mais facilement isolable. Il s'insérait sur le mésentère jéjunal, et deux vaisseaux assez larges pénétraient à ce niveau dans son hile. Sa surface antérieure, de même que sa coupe, présentaient d'assez nombreux kystes; le parenchyme, formé de tissu musculaire lisse, paraissait œdématié. Les kystes n'étaient pas tapissés d'endothélium et semblaient s'être développés grâce à l'infiltration œdémateuse et à la dégénérescence de la tumeur. L'énucléation put se faire sans toucher à l'intestin, et les suites opératoires, à part une pneumonie, furent bonnes.

Les vaisseaux trouvés au niveau du hile tendraient à confirmer l'origine vasculaire de ces néoplasmes, déjà admise par Klebs. (*Hygiea*, avril 1901.) — R. DE B.

Un cas de « purpura fulminans », par M. TH. BORGEN.

Henoch a décrit, sous le nom de *purpura fulminans*, une variété de purpura caractérisée par son évolution rapidement fatale et par l'absence d'hémorrhagies du côté des muqueuses. Mais les observations de cette affection sont encore si rares qu'il n'est pas sans intérêt de résumer celle que vient de publier M. Borgen.

Elle a trait à un enfant de deux ans, chez lequel, huit jours avant l'apparition du purpura, on avait constaté l'existence d'une petite glande cervicale. La maladie débuta par la production de plaques cyanotiques sur la fesse droite et la jambe gauche; il y avait, en même temps, un peu d'agitation, mais l'état général était encore satisfaisant. Le lendemain et le surlendemain, les plaques se multiplièrent : on en trouvait sur les faces externe et interne des cuisses, antérieure et interne des jambes, sur la peau du front, sur l'avant-bras gauche. Ces placards, assez fermes au toucher, offraient quelques petites zones, des dimensions d'un grain de chènevis, où la peau était demeurée saine. L'enfant était devenu extrêmement pâle, ses membres inférieurs étaient œdématiés; la température n'atteignait que 36°5. Le soir du troisième jour, il se produisit un vomissement avec quelques traces de sang; la mort survint dans la nuit.

L'autopsie ne révéla rien d'anormal, sinon une légère hypertrophie des ganglions du cou, du mésentère, de l'aine, et une pâleur générale des viscères et des téguments; les ganglions cervicaux étaient les seuls à présenter, sur une coupe, quelques foyers hémorrhagiques. Des cultures et des inoculations faites avec la rate, le sang et les glandes, démontrèrent la présence de streptocoques; on retrouvait également ces microorganismes dans la muqueuse pharyngienne et les glandes cervicales; les coupes provenant du foie, de la rate ou de la peau n'en renfermaient aucun. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, avril 1901.) — R. DE B.

L'opération de la cystocèle, par M. F. WESTERMARK.

Sur 75 cas de prolapsus génitaux qu'il a opérés depuis quatre ans au moins, l'auteur a eu 8.3 % de récidives. La rechute débutant, le plus souvent, par une cystocèle, M. Westermark a imaginé, pour la cure de cette complication, le procédé suivant :

La muqueuse vaginale est incisée transversalement, au niveau de son insertion sur la lèvre antérieure du col utérin; la vessie est décollée et le cul-de-sac péritonéal ouvert. On fait alors, sur la paroi antérieure du vagin, une seconde incision perpendiculaire à la première; les deux lambeaux triangulaires qui en résultent sont disséqués de façon à libérer la face inférieure de la vessie. Le fond de l'utérus est ensuite attiré dans la plaie; sur le sommet de sa face postérieure, on fixe par quelques points de suture la face inférieure de la vessie. Puis, les lambeaux vaginaux sont arrondis et suturés entre eux, ainsi qu'à la lèvre postérieure de l'incision primitive. Par l'élasticité naturelle de ses ligaments, l'utérus tend à se mettre en rétroflexion, position qu'il occupe souvent avant l'opération; la vessie se trouve ainsi attirée en haut et en arrière et n'a plus de tendance à prolaber. En cas de besoin, une périnéorrhaphie compléterait l'intervention.

Ce procédé n'est, bien entendu, de mise que chez les femmes ayant dépassé la ménopause. (*Hygiea*, mai 1901.) — R. DE B.

Diagnostic des perforations du tympan, par M. B. FALKMAN.

Passant en revue les différentes méthodes qui permettent le diagnostic des perforations du tympan, M. Falkman fait observer que la plupart exigent des connaissances spéciales ou sont même inutilisables dès que surgissent certaines complications. Aussi recommande-t-il le procédé suivant, en raison de sa simplicité :

Dans l'oreille malade, on place l'extrémité d'un tube de caoutchouc, dont l'autre extrémité plonge dans un verre d'eau; par une des diverses manœuvres à ce destinées, on insuffle alors de l'air dans la trompe d'Eustache; s'il existe une perforation, on voit presque aussitôt des bulles d'air venir crever à la surface du liquide.

La netteté de ce phénomène ne laisserait place à aucun doute; pour que le procédé fût en défaut, il faudrait ou bien que la trompe fût imperméable, ou bien que la perforation se trouvât obstruée par du pus extrêmement concret. (*Ugeskrift for Læger*, 21 et 28 juin 1901.) — R. DE B.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la mensuration du cœur par la percussion et par la radiographie; comparaison des deux méthodes (1).

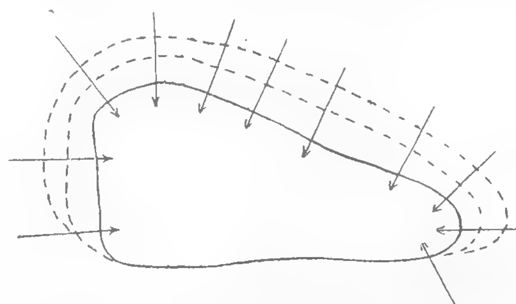
L'appréciation suffisamment exacte du volume du cœur et des variations qu'il peut subir a, pour la clinique, une importance qu'on ne saurait méconnaître. Encore que nous soyons, sous ce rapport, bien loin du temps de Corvisart, où l'hypertrophie du cœur et sa dilatation sous le nom d'anévrysme passif constituaient la presque totalité de la pathologie cardiaque, l'exagération de volume reste, en bon nombre de cas, ce qu'il y a d'essentiel dans l'affection de cet organe; et, pour beaucoup de ceux où les orifices sont primitivement atteints, le degré de dilatation que les cavités subissent est un des principaux témoignages de la gravité du mal. Enfin, quand l'endocarde pariétal ou le myocarde sont seuls en cause, l'accroissement du volume devient le révélateur le plus assuré de la maladie. Même à l'état physiologique, le cœur est loin de garder le volume constant qu'on imagine volontiers. Les variations incessantes de ce volume se produisent parfois sous l'influence de causes assez médiocres et qui ne se laissent guère soupçonner si on n'y porte attention. Toujours intéressantes à étudier, elles sont parfois, en outre, l'indice d'imminences morbides qu'il importe de ne pas négliger.

Pour apprécier ces variations de volume, on dispose, il est vrai, de moyens multiples. Mais ces moyens sont loin d'avoir une égale valeur; ceux que, en général, on indique sont : 1° la voussure de la région précordiale; 2° l'intensité de l'impulsion cardiaque; 3° l'étendue exagérée de cette impulsion; 4° le déplacement en bas et en dehors du lieu où le choc de la pointe se fait sentir; 5° enfin la délimitation de l'organe par la percussion. A quoi il faut ajouter maintenant la radioscopie et la radiographie. Mais, sans se laisser éblouir par ce luxe de moyens de diagnostic, il importe de se rendre un compte exact de la valeur de chacun d'eux et des conditions dans lesquelles ils pouvent être utilisés.

Les trois premiers sont des indices très vagues, que l'on rencontre, en effet, dans les cas d'hypertrophie considérable, mais qui font défaut dans les cas moyens, sont une source fréquente d'illusions et, à tout prendre, ne sauraient indiquer, qu'avec une très lointaine approximation, la mesure de l'augmentation du volume. Le déplacement de la pointe vaut mieux comme indice, mais non comme moyen d'apprécier le degré de l'hypertrophie ou de la dilatation. On sait, en effet, que la pointe chez beaucoup de sujets bat normalement dans le cinquième espace intercostal, chez d'autres dans le quatrième. Si donc on la trouve dans le quatrième on pourra être assuré, sans doute, qu'il n'y a point d'hypertrophie : si c'est dans le cinquième, on ne saura rien, car elle pourra avoir été déplacée si elle battait primitivement plus haut. Dans le sixième, elle indiquera certainement une augmentation de volume; mais comme elle ne va presque jamais jusqu'au septième, il en résulte que le déplacement dans le sixième sera l'indice unique de toute hypertrophie, qu'elle soit petite ou grande. La déviation vers la gauche est susceptible de degrés plus divers; elle ne vaut guère que pour les dilatations des cavités droites.

Reste donc la percussion de la région précordiale, qui donne assurément des indications beaucoup plus précises. Elle a trouvé cependant des détracteurs, notamment M. le professeur Tripier (de Lyon) qui, dans son article sur la séméiologie cardiaque, soutient « qu'on n'en peut obtenir que des renseignements peu précis, sauf dans les cas d'épanchement péricardique ou d'hypertrophie notable et qu'il suffit que les bords du poumon empiètent sur les vaisseaux (?) pour que ce procédé ne donne aucun résultat ». Il est certain que, pour donner des résultats précis et comparables, il faut que la délimitation de ce qu'on appelle la matité précordiale soit faite avec méthode, et avec une méthode toujours semblable. J'ai décrit déjà celle que je crois la bonne et que j'emploie toujours. Je veux y revenir ici puisqu'elle a été l'objet de quelques critiques.

Pour la bien concevoir, il importe de se représenter que, en projection sur la paroi thoracique antérieure, le cœur, couché sur le foie derrière les bords antérieurs des deux poumons, représente un large triangle à base inférieure, à angle supérieur très obtus et arrondi, dont le bord gauche monte très obliquement de la pointe du cœur vers le sommet du triangle, et le bord droit se confond avec le bord droit du sternum ou le déborde plus ou moins. Quand on veut délimiter cette projection à l'aide de la percussion, le point, essentiel à mon avis, et contraire à ce qu'on fait d'habitude, c'est qu'il faut s'abstenir de frapper sur la région précordiale et se borner à percuter sur sa périphérie, suivant une série de lignes convergentes qui commencent à quelque distance de la limite habituelle de la matité précordiale et se dirigent perpendiculairement à la ligne qui la circonscrit. Aussi longtemps que la percussion porte sur la partie du poumon située en dehors du cœur, le son est plein, grave et sensiblement égal partout, s'il n'y a pas de lésion pulmonaire. Dès qu'on atteint les limites de celui-ci, la tonalité du son de percussion s'élève tout à coup par ce fait que la profondeur de la couche de poumon mise en vibration tout à coup devient infiniment moindre. C'est cette élévation de la tonalité qui avertit qu'on a atteint la limite cherchée. Il faut s'arrêter là et marquer ce point par un trait de crayon. Continuer plus loin vers le centre de la région précordiale est temps et peine perdus et fatigue inutile imposée au malade. C'est pourquoi j'insiste sur le principe de la méthode qu'on pourrait appeler méthode de percussion *périphérique* et *convergente*.



Procédé de délimitation cardiaque périphérique et convergente.

Il importe de noter que ce n'est point à une diminution notable de l'intensité du son, à de la submatité véritable, qu'on reconnaît l'instant où on atteint la limite du cœur, mais bien à une modification de la tonalité du bruit. Cette modification est très facile à percevoir quand on est averti que c'est elle qu'il faut chercher. Que si, au contraire, on compte sur une résonnance moindre, comme l'élévation de la tonalité donne facilement l'illusion d'une exagération d'intensité, on ne parvient à rien distinguer de précis.

On commence donc par déterminer, s'il est possible, à l'aide de la palpation, le lieu précis où se trouve la pointe et, par la percussion, la ligne exacte qui circonscrit cette pointe, car c'est la partie du périmètre la plus essentielle et la plus difficile à bien préciser. Puis on établit la ligne correspondant au bord gauche et au bord droit de la matité; enfin, l'angle supérieur très arrondi qui correspond à la courbure de l'aorte, puisqu'il est entendu que la matité qu'on peut dessiner comprend nécessairement cette crosse.

Il reste à déterminer la limite inférieure du cœur, celle qui se rapporte au bord droit de cet organe et le sépare du foie sur la face supérieure duquel il est couché. Mais la difficulté devient ici beaucoup plus grande; car, les deux organes en contact étant également mats, il est singulièrement délicat de saisir exactement la différence qui distingue ces deux matités, quoique Piorry autrefois affirmât déjà que cela se pouvait faire. Craignant de n'y point parvenir avec une sécurité suffisante, j'adoptai sous ce rapport la méthode introduite par Constantin Paul et qui consiste à déterminer d'abord, par la percussion, la limite supérieure du foie, comme on a fait pour les bords du cœur; puis, partant du point où la ligne indiquant cette limite rencontre celle du bord droit de la matité précordiale, j'en trace une autre qui va joindre le bord inférieur de la pointe du cœur. Il est vrai que cette dernière limite est artificielle et laisse au-dessous d'elle une portion du ventricule droit qui s'avance sur la face supérieure du foie. Aussi, cette façon de faire a-t elle été critiquée par quelques sémiologistes, notamment par M. Cassaët (de Bordeaux) dans son excellent « Précis d'auscultation et de percussion ». M. Cassaët conseille de revenir à la méthode de Piorry. Je ne pense pas qu'il y ait lieu de le faire. Voici pourquoi.

Lorsque M. Bianchi (de Naples) eut proposé la méthode de délimitation à laquelle il a donné le nom de phonendoscopie, je tentai d'appliquer cette méthode à la détermination de la ligne qui sépare le foie du bord du cœur. Je vis qu'on y pouvait parvenir, surtout en pratiquant les frictions de la peau, non en suivant des lignes convergentes allant au pied de l'instrument comme M. Bianchi le fait, mais suivant des circonférences ayant ce pied pour centre et coupant la ligne de séparation des deux organes. Je vis aussi qu'on obtenait le même résultat en se servant d'un stéthoscope ordinaire. Enfin, reprenant la méthode de Piorry, je constatai qu'il y avait, en réalité, une différence assez marquée entre le son rendu par le cœur et celui donné par le foie soumis à la percussion digitale, et qu'on pouvait tracer assez exactement la limite entre les deux. Je crois bien que cette différence tient surtout à la consonnance pulmonaire produite par la percussion du cœur et à la consonnance gastrique et intestinale déterminée par celle du foie. Mais cela importe assez peu, du moment où la distinction est possible. Ce qui me donne confiance dans ces résultats assez laborieusement obtenus, c'est que la limite tracée était sensiblement identique, quelle que fût celle des trois méthodes que je misse en usage.

Ceci obtenu, je cherchai à savoir quelle était la valeur relative de la portion de la matité précordiale soustraite à l'estimation par la méthode de Constantin Paul. Pour cela, après avoir recueilli un bon nombre de tracés où étaient inscrites à la fois et la ligne hépato-apexienne de C. Paul et la limite vraie du bord droit du cœur, je mesurai les surfaces inscrites à l'aide du planimètre d'Amsler. Le résultat fut que la portion laissée en dehors du tracé par la méthode de C. Paul était presque toujours sensiblement 1/28 de la surface totale de la matité, et c'est le résultat auquel M. Cassaët est arrivé de son côté.

Je ne crois donc pas devoir renoncer à la méthode que j'avais d'abord adoptée, car il va sans dire que nous ne saurions avoir la prétention d'obtenir, à l'aide de nos tracés de percussion, ni une figure vraie du cœur, puisque nous n'avons qu'une projection d'un cœur situé de biais; ni ses dimensions exactes, puisque nous

(1) Cet article est le dernier des deux travaux écrits de la main du regretté professeur Potain pour être publiés dans la *Semaine Médicale*. Le premier a été inséré dans notre numéro du 16 janvier 1901; pour faire paraître celui-ci, nous croyons devoir choisir l'occasion de la distribution de la plaquette qui devait être remise à l'illustre clinicien et dont on trouvera plus loin la reproduction accompagnée d'une notice sur l'œuvre scientifique du Maître.

y comprenons l'aorte qui ne lui appartient pas; mais que nous cherchons seulement une figure qui soit dans un rapport assez constant avec le volume vrai de l'organe. Or, comme la portion négligée par notre méthode est constamment proportionnelle à la totalité, il en résulte que, avec ou sans elle, on estimera toujours de la même façon les rapports de la dimension constatée avec la dimension normale. On peut donc dire que l'une et l'autre méthode sont également bonnes au point de vue des résultats qu'elles donnent. Mais, comme la délimitation du bord du ventricule droit est après tout chose particulièrement délicate, qu'elle demande beaucoup d'attention et de soin et qu'elle peut assurément donner occasion à plus d'erreurs que l'autre, j'estimai mieux de conserver celle-ci, d'autant que les comparaisons avec les nombreuses données précédemment acquises ne seraient possibles qu'à la condition d'y introduire une correction; ou bien que, sous ce rapport, tout serait à recommencer.

La conséquence, en tout cas, de la méthode nouvellement introduite, c'est qu'il faudra désormais, en énonçant un résultat obtenu, spécifier toujours la méthode à l'aide de laquelle il l'aura été.

Une fois en possession d'un tracé exact de la matité précordiale, il reste, pour juger dans quelle mesure cette matité s'écarte de l'état normal ou s'en rapproche, à en prendre la mesure. Longtemps on s'est contenté d'en indiquer la longueur et la hauteur. Mais ce double chiffre rend les comparaisons assez difficiles. Elles deviennent beaucoup plus faciles en mesurant l'aire de la surface. On le peut par plusieurs moyens: le plus simple, et celui que conseille, par exemple, M. Cassaët, consiste à reporter ce tracé sur un papier quadrillé et à compter le nombre des carrés inscrits. Mais si les carrés sont grands cela est bien peu précis; s'ils sont petits, cela devient bien long et fastidieux. Un autre moyen consiste à découper du papier sur lequel le dessin a été tracé et à le peser comparativement avec une feuille du même papier de dimension connue. Celui-là peut être fort exact, mais il est aussi assez laborieux. Enfin, il en est un qui donne en un instant une mesure d'une précision absolue, c'est le planimètre d'Amsler. Seulement, y recourir est ajouter un instrument de plus à tous ceux dont nous sommes obligés de faire usage, et, si cela vaut la peine pour une série d'observations que l'on veut rendre aussi exactes que possible, il n'y a vraiment pas lieu de le faire dans la pratique habituelle.

Après avoir mesuré de cette façon un très grand nombre de tracés, j'ai reconnu qu'on pouvait obtenir une estimation d'une exactitude suffisante en mesurant la longueur et la hauteur du tracé, multipliant l'une par l'autre et ensuite par un coefficient de 0,83 que l'expérience m'a donné. Une seule précaution est à prendre quand la ligne correspondant au bord droit de la matité, au lieu de descendre à peu près perpendiculairement sur la base du triangle, est oblique et déjetée en dehors, c'est de descendre une tangente perpendiculaire à la ligne prolongée de la base et d'ajouter à la longueur la moitié de la distance qui sépare le pied de cette tangente de l'angle inférieur droit de la matité.

Les mensurations faites sur un grand nombre d'hommes adultes m'ont donné une moyenne de 90 c.c. Je ne saurais rien dire de positif concernant le cœur de la femme à l'état normal, n'étant point parvenu à recueillir un assez grand nombre de tracés chez des femmes que je pusse considérer comme étant dans un état absolument physiologique.

Les objections principales que l'on ait faites à l'emploi de la percussion pour estimer le volume du cœur sont qu'elle est difficile, qu'elle donne des résultats incertains, divers, d'ailleurs, suivant les méthodes employées et les observateurs qui les mettent en pratique. Cette critique serait justifiée, je l'ai dit, si on ne se servait pas d'une méthode constante et avec une attention suffisante. Elle ne l'est pas quand ces conditions sont remplies. Quant à la difficulté, elle n'a rien d'insurmontable. Il m'est arrivé maintes fois de faire faire cette percussion sous mes yeux par mes élèves, puis d'en masquer le résultat et, recommençant à mon tour, de tomber sur des limites absolument identiques.

Mais la question qui a dû préoccuper surtout les sémiologistes est celle de savoir dans quelle mesure les limites de la matité correspondent exactement à celles de l'organe délimité. Car, malgré la précision avec laquelle on peut circonscrire cette matité, malgré l'identité des limites trouvées par plusieurs observateurs successifs, il serait possible, après tout, qu'elles ne se rapportassent que très imparfaitement aux limites véritables du cœur et que la propagation en différents sens des ébranlements imprimés au thorax par la percussion les en éloignât plus ou moins.

La percussion exercée sur le cadavre ne donne malheureusement que des résultats peu précis et difficiles à comparer avec ceux qu'on obtient sur le vivant, en raison du tympanisme excessif du thorax cadavérique. La comparaison du cœur cadavérique avec le tracé obtenu pendant la vie est de même assez illusoire et nécessairement un peu vague et incertain, attendu que le cœur a pu se modifier, quant à son volume, entre le jour où les limites ont été tracées et celui de la mort, que d'ailleurs la mort ne le présente pas toujours, quant au volume, tel qu'il était pendant la vie, soit qu'il subisse une dilatation agonique plus ou moins considérable, soit, au contraire, qu'il se soit vidé plus ou moins entièrement de son contenu.

Cherchant à me rendre compte de l'exactitude plus ou moins grande des délimitations pratiquées dans mon service, je n'avais trouvé qu'un moyen de le faire. C'avait été de prendre, d'une part, toutes les autopsies pratiquées pendant une longue série d'années et où le volume du cœur avait été soigneusement indiqué, puis toutes les mensurations de la surface de matité relevées chez les malades correspondants et de ranger les cas de part et d'autre en trois catégories suivant le volume indiqué. Or, il se trouve que les trois catégories se correspondaient rigoureusement et qu'il n'avait jamais été commis, sous ce rapport, de notables erreurs. Mais cela nous laissait bien loin encore de la précision qu'il eût été désirable d'apporter à cette vérification. Or, une précision plus grande n'était pas possible pour les raisons que j'ai dites d'abord et, ensuite, parce que les diamètres du cœur mesuré à l'autopsie ne correspondent point à ceux de la projection sur la paroi thoracique du cœur posé de biais dans la poitrine. La radioscopie nous a heureusement fourni un moyen de vérification infiniment plus exact, les deux constatations pouvant être faites presque au même instant et nous donnant à comparer des projections analogues.

Ce n'est pas que les résultats fournis par la radioscopie soient exempts de reproche, ni qu'ils puissent eux aussi se passer de correction. Comme la percussion, ils comprennent l'aorte dans le périmètre indiqué, comme elle ils confondent la pente inférieure de la projection avec celle du foie. De plus, en raison de la divergence des rayons de Röntgen, divergence rendue assez grande par ce motif qu'il est impossible de placer le foyer des rayons fort loin en arrière, il se produit sur l'écran un agrandissement de l'image dont il est indispensable de tenir compte Enfin, les limites de cette image, presque toujours assez floue, présentent une pénombre dans laquelle il n'est pas très facile de distinguer une limite tout à fait précise. Cependant, en faisant choix des cas où l'image est suffisamment nette ou en la rendant telle par l'emploi d'un diaphragme convenable; en notant très exactement la distance du foyer des rayons, sa position, l'épreuve du thorax et la situation de l'écran, on arrive, soit par le calcul, soit à l'aide du moyen indiqué par M. Variot, soit par une construction graphique extrêmement simple, à introduire les corrections nécessaires et à obtenir une image qui peut être considérée comme représentant une projection du cœur et de l'aorte sur la paroi thoracique avec ses dimensions véritables. C'est celle-là qu'on peut utilement comparer au tracé fourni par la percussion.

Pour faire commodément cette comparaison, voici comment j'ai habituellement opéré. Après avoir tracé sur le thorax les limites de la matité cardiaque et aortique, j'en ai retiré l'image à l'aide d'un papier japonais suffisamment transparent et assez souple pour s'appliquer très exactement sur la poitrine et j'y ai ajouté, comme repaires, le bord supérieur du foie, les bords latéraux du sternum, la fourchette sternale et les bords des deux clavicules. Puis j'ai reporté le tout sur une glace à l'aide de traits d'encre et appliqué cette glace sur l'écran radioscopique que j'ai placé, enfin, au devant du thorax en ayant soin de faire coïncider ceux des repaires qui devaient se correspondre en raison de la position du foyer des rayons.

Dans ces conditions, j'ai toujours vu le tracé de percussion s'inscrire très exactement dans l'image radioscopique. Ayant tracé celle-ci sur la glace, et fait ensuite les corrections nécessaires à l'aide de la construction que j'ai dite, il s'est trouvé que les deux images, celle de la percussion et l'image radioscopique rectifiée, coïncidaient presque toujours très exactement.

Une fois seulement, je relevai une légère discordance. L'image radioscopique, même avec sa correction, accusait la présence de l'oreillette droite un peu en dehors de la limite indiquée par la percussion. Recommençant celle-ci, je constatai que la submatité produite par l'oreillette derrière un poumon emphysémateux commençait en effet un peu plus loin qu'elle n'avait été marquée. Et je vis par là que la profondeur où se trouve la partie la plus saillante de cette oreillette rend sa délimitation plus difficile et nécessite une percussion plus attentive.

Plus d'une fois, j'eus occasion de constater par la percussion et la radioscopie des modifications rapides du volume du cœur et les indices en furent toujours concordants.

On peut donc affirmer que l'une et l'autre méthode donnent des résultats en rapport parfaitement exact avec le volume réel de l'organe, et cela confirme d'une façon tout à fait précieuse la valeur de la percussion. Car ces résultats étant obtenus par des moyens absolument dissemblables, il est impossible d'imaginer que des erreurs d'origines si diverses puissent coïncider si ponctuellement et d'une façon si constante.

De ce que la radioscopie a pu servir ainsi de contrôle à la percussion, faut-il conclure qu'elle est un moyen de diagnostic préférable et qu'il convient de la lui substituer dans la pratique? Pour ma part, je ne le pense pas, et pour plus d'une raison.

D'abord, comme ce qu'il y a eu de démonstratif dans nos observations a été la coïncidence des résultats, on pourrait aussi bien dire que c'est la percussion qui a servi de contrôle à la radioscopie. Ensuite il ne faudrait pas croire que celle-ci fût plus facile et plus simple à mettre en pratique que la percussion. Elle exige tout autant de soin et d'attention et une pratique tout aussi assidue. Elle nécessite plus de corrections que ne fait le tracé fourni par le plessimètre. Elle expose à autant d'illusions et entraîne, entre des mains inattentives ou insuffisamment expérimentées, des erreurs graves dont j'ai eu occasion de rencontrer plus d'un exemple. Or, ces erreurs sont d'autant plus fâcheuses qu'on accorde une confiance plus aveugle à un appareil qu'on croit infaillible et qui semble devoir donner des résultats indis-

cutables. Enfin, ce n'est pas un moyen d'une application toujours possible, car l'appareil est très difficilement déplaçable; on ne peut guère le transporter chez le malade, ni à son lit dans l'hôpital. Il faut conduire le malade à l'appareil et, par conséquent, il y faut renoncer pour tout malade incapable de déplacement.

La percussion, au contraire, peut se pratiquer toujours et partout sans l'aide d'aucune instrumentation et, puisqu'elle donne des résultats identiques et tout aussi précis, elle lui est, d'une façon générale, infiniment préférable.

Aussi considérerais-je comme extrêmement regrettable que la jeune génération médicale, comptant sur la radioscopie et la radiographie pour obtenir tous renseignements utiles relativement à la délimitation du cœur, et séduite par la nouveauté de la méthode et son apparente exactitude, abandonnât paresseusement l'étude et la pratique attentives de la percussion.

Ce n'est pas que la radioscopie ou la radiographie, entre les mains d'hommes soigneux et expérimentés, comme ceux qui les pratiquent dans nos hôpitaux, ne puissent, en certains cas, fournir très utilement à l'étude des cardiopathies des renseignements qui confirment ou infirment ceux qui ont été obtenus par d'autres méthodes. J'ai voulu dire seulement qu'il ne saurait s'agir de substituer l'une à l'autre méthode.

En tout cas, la radioscopie nous aura été infiniment précieuse en nous donnant une confiance plus entière dans l'exactitude des moyens dont nous disposions et en nous incitant à apporter à leur emploi une attention d'autant plus grande que nous savons maintenant qu'à cette condition, les résultats que nous en pouvons attendre sont tout à fait exacts et sûrs. Au demeurant, même au point de vue de l'étude des affections du cœur, la radioscopie a des applications tout autres et très précieuses, où elle ne peut être remplacée par aucune autre méthode.

Potain.

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement opératoire conservateur des paramétrites cicatricielles.

On sait que les inflammations pelviennes aboutissent fréquemment à la sclérose du tissu conjonctif du bassin et peuvent ainsi donner lieu à des phénomènes excessivement douloureux et à toute une série de troubles morbides relevant de la compression exercée par les brides cicatricielles sur les organes pelviens, de la déviation de l'utérus qu'entraînent ces mêmes brides, etc. Le massage, tout en étant particulièrement indiqué dans les cas d'exsudats paramétritiques chroniques, se montre souvent impuissant à assurer la résorption complète des produits plastiques, alors même qu'on y a recours pendant plusieurs années. Aussi M. le docteur Dmitri de Ott, professeur de gynécologie à l'Institut clinique de la grande-duchesse Hélène Pavlovna, à Saint-Pétersbourg, a-t-il cherché à remédier à cet état de choses par l'intervention opératoire directe sur le tissu cicatriciel. Comme, en se bornant simplement à sectionner les brides cicatricielles, on ne saurait obtenir de résultats tant soit peu durables, puisqu'au bout d'un certain laps de temps les deux bouts de la bride divisée finissent par se rejoindre de nouveau, notre confrère a eu l'idée d'utiliser ici le principe adopté dans la chirurgie des scléroses cicatricielles du tube digestif, et qui consiste à poser les sutures, non pas perpendiculairement à la ligne d'incision, mais dans le sens même de cette ligne.

Supposons, par exemple, une paramétrite due à la sclérose du tissu conjonctif de la portion inférieure du ligament large. La partie correspondante de la matrice se trouve, de par ce fait, plus ou moins déviée vers l'une des parois latérales du bassin. Si l'on sectionne d'avant en arrière la bride sclérosée et qu'on attire l'utérus vers le côté opposé à celui sur lequel siège cette bride, on obtient, au niveau de l'incision, un espace ovalaire vide, le grand diamètre de la section ne se trouvant plus dirigé dans le sens antéro postérieur, mais dans le sens transversal. En appliquant ensuite une série de points de suture de manière à interposer entre les deux lèvres de la plaie des tissus sains, on permet à l'utérus de reprendre sa position normale, en même temps qu'on rend impossible la formation de nouvelles adhérences entre les deux bouts du ligament sectionné.

M. de Ott applique ce procédé depuis plus de trois ans et a eu l'occasion de l'essayer sur un assez grand nombre de malades. Les suites opératoires ont toujours été très régulières et les résultats se sont montrés très encourageants. C'est ainsi que, dans un cas où les phénomènes de compression étaient tellement prononcés que la patiente se trouvait dans l'impossibilité absolue d'étendre la jambe du côté malade, tous les troubles ont disparu immédiatement après l'intervention. Une autre femme, chez laquelle la paramétrite datait de plus de six ans, devint enceinte peu après l'opération et accoucha à terme, sans le moindre accident.

En ce qui concerne le manuel opératoire, il va de soi qu'il doit nécessairement varier suivant le siège des lésions et les rapports que celles-ci affectent avec les organes avoisinants. S'agit-il, par exemple, d'une rétraction des ligaments utéro-sacrés, on sera naturellement obligé d'ouvrir le péritoine. Toutefois, l'opération est, en pareille occurrence, plus facile que lorsqu'on a affaire à des altérations cicatricielles siégeant dans la région des ligaments larges, où l'on risque de blesser l'artère utérine et l'uretère. Si, par suite de modifications dans les rapports topographiques des organes, on éprouve de la difficulté pour isoler l'uretère, on peut pratiquer, au préalable, le cathétérisme.

Le procédé en question, basé sur les principes de la chirurgie conservatrice et qui offre l'avantage de pouvoir être réalisé par la voie vaginale, conviendrait même pour les lésions siégeant profondément dans le bassin : la guérison peut alors, il est vrai, se faire quelquefois par seconde intention, et cela malgré l'emploi de sutures à plusieurs étages; mais le tissu conjonctif formé dans ces conditions se laisse beaucoup plus facilement influencer par le massage que ne sauraient le faire les produits plastiques depuis longtemps organisés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 décembre 1901.

De la ponction lombaire dans les fractures du crâne.

M. Reynier. — A propos de ce qui a été dit dans la dernière séance sur l'utilité de la ponction lombaire dans les traumatismes crâniens, je puis vous citer un fait que j'ai récemment observé : un homme fut amené à l'hôpital dans le coma, avec une hémiplégie gauche; il était difficile de se prononcer entre une fracture du crâne et un simple ictus hémorrhagique d'ordre médical; le lendemain, une ponction lombaire ayant donné issue à un liquide rosé, nous crûmes devoir pencher pour une fracture du crâne. La trépanation nous permit de constater, en effet, l'existence d'une fracture du pariétal avec enfoncement des fragments, déchirure de la dure-mère et lésions des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Le patient succomba trente-six heures après mon intervention.

Quant à l'utilité de la ponction lombaire au point de vue thérapeutique, je crois que nous devons être très réservés, car, s'il est des cas où cette petite opération semble avoir déterminé une amélioration, il en est d'autres où elle n'a été suivie d'aucun effet.

M. Tuffier. — Parfois le liquide céphalo-rachidien présente, quelques heures après le traumatisme, une couleur jaune, due au passage des pigments du sang, passage qui précède celui du sang lui même; on ne trouve pas encore de globules rouges dans le liquide céphalo-rachidien, mais ceux-ci apparaissent le lendemain. D'ailleurs, la présence du sang n'est pas pathognomonique d'une fracture du crâne; elle peut être déterminée par une hémorrhagie cérébrale ou une contusion.

M. Rochard. — Dans la communication que j'ai faite à la dernière séance, j'ai simplement relaté des cas où la ponction lombaire a été suivie d'une réelle amélioration, mais je n'en ai pas conclu qu'il fallût pratiquer de parti pris cette intervention, comme moyen thérapeutique, dans les traumatismes crâniens.

Des difficultés du diagnostic des lésions médullaires dans les traumatismes rachidiens.

M. Terrier. — La communication que M. Walther nous a faite, dans une séance précédente, sur un cas de section complète de la moelle (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 395), m'engage à vous rappeler, relativement aux difficultés que soulève l'appréciation des symptômes médullaires, quelques faits que j'ai eu l'occasion d'observer dans des expériences sur le cheval, à l'Ecole d'Alfort, en présence de Brown-Séquard; souvent, avant même que la dure-mère fût incisée, il se produisait déjà une sorte de paraplégie passagère. Plus tard, à l'Ecole pratique, j'ai pratiqué sur le chien des expériences analogues, sous la direction de Longet, qui nous recommandait toujours d'éviter soigneusement de traumatiser la moelle en enlevant les apophyses épineuses, de façon à ne pas produire de paraplégie avant même d'avoir abordé la moelle.

M. Reclus. — J'ai pu observer un exemple frappant de la difficulté du diagnostic des lésions médullaires dans les traumatismes du rachis. Il s'agissait d'un officier qui, à la suite d'une chute, présentait une paraplégie complète; on porta un pronostic extrêmement grave, et le blessé se vit dans la nécessité de donner sa démission; cinq mois plus tard, les troubles moteurs avaient presque entièrement disparu et finalement la guérison fut obtenue.

Sur un cas de duodénostomie.

M. Hartmann. — Chez une femme qui, consécutivement à l'ingestion d'un liquide caustique, offrait des signes de rétrécissement de l'œsophage s'opposant à toute alimentation, je trouvai un estomac tellement rétracté qu'il me fut impossible de pratiquer une gastro-entérostomie ou une gastrostomie; je dus donc me borner, pour assurer l'alimentation, à établir une bouche sur le duodénum. Cette duodénostomie eut un résultat immédiat assez satisfaisant; malheureusement, la malade crut pouvoir s'alimenter à nouveau par la voie buccale, et elle ne tarda pas à succomber, après avoir présenté des vomissements purulents d'origine gastrique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 décembre 1901.

Sur deux cas d'endocardite infectieuse latente, l'un à marche suraiguë, l'autre à évolution chronique.

M. Claude relate deux cas d'endocardite infectieuse, dont l'un a eu une marche suraiguë, tandis que l'autre a évolué d'une façon lente et progressive.

Le premier concerne un homme de trente-six ans, atteint depuis huit jours d'une dyspnée intense avec cyanose des extrémités, albuminurie et hyperthermie, lorsqu'il entra à l'hôpital; en l'auscultant, on constata des râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine, mais on ne perçut aucun souffle au niveau du cœur dont les bruits étaient masqués par la respiration. Vingt quatre heures plus tard, ce malade succomba dans le coma.

A l'autopsie, on trouva, au niveau des valvules sigmoïdes de l'aorte, des végétations verruqueuses tapissées d'un exsudat fibrineux et re-

couvrant de petites ulcérations. L'examen bactériologique de cet exsudat permit d'y constater un grand nombre de cocci dont la présence fut également décelée dans le sang, ainsi qu'au niveau de petits foyers hémorrhagiques avec infiltration de cellules embryonnaires, dont le foie et la rate étaient le siège.

Il s'agissait donc manifestement d'une endocardite septique ulcéreuse et végétante de l'aorte, qui avait été le point de départ d'un grand nombre d'embolies microbiennes dans les principaux viscères.

Le second fait est relatif à une femme de trente-quatre ans, qui arriva à l'hôpital dans un état de prostration et de cachexie très avancées. On apprit que, huit mois auparavant, elle avait eu une attaque de rhumatisme polyarticulaire à la suite duquel elle s'était progressivement affaiblie. Pendant son séjour à l'hôpital, cette malade ne put prendre presque aucune nourriture; elle se plaignait de douleurs abdominales et avait continuellement la diarrhée avec, de temps en temps, des hémorrhagies intestinales, des vomissements bilieux, etc. Elle finit par succomber dans le marasme, sans avoir jamais présenté de fièvre au cours de son affection. L'auscultation avait révélé l'existence d'un souffle diastolique à la base, qu'on attribua à une ancienne insuffisance aortique.

L'autopsie permit de constater l'absence complète des ulcérations tuberculeuses qu'on s'attendait à rencontrer à la surface de l'intestin; les poumons étaient également indemnes de toute lésion, mais l'examen du cœur décela la présence, au niveau des valvules de l'aorte, de végétations disséminées, recouvertes d'exsudat fibrineux; une de ces végétations contenait un petit abcès dans lequel on trouva un grand nombre de fins streptocoques dépourvus de propriétés pathogènes. Quant au foie, à la rate et aux reins, le microscope démontra qu'ils étaient le siège de lésions d'origine toxique (dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques, îlots de néphrite interstitielle, etc.). On a donc eu affaire, dans ce cas, à une endocardite silencieuse qui a évolué lentement et qui a fini par déterminer une toxémie, cause immédiate de la cachexie généralisée à laquelle la malade a succombé.

M. Béclère dit que cette forme d'endocardite cachectisante à évolution chronique n'est pas très rare. L'orateur a observé un individu chez lequel cette affection ne se manifesta d'abord que par des accès de fièvre tout à fait comparables à ceux de la malaria; ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que survinrent des phénomènes de collapsus cardiaque avec arythmie du pouls, puis, plus tard, asystolie, albuminurie, etc., accidents qui se terminèrent par la mort.

M. Gouget fait remarquer que si, dans ces cas d'endocardite ulcéreuse, l'on se contente de faire des cultures aérobies, on ne trouve souvent que des colibacilles; si l'on prend soin, au contraire, de faire des cultures anaérobies, on rencontre presque toujours des streptocoques. Dans un fait où l'orateur eut recours à ce second mode de culture, il constata un streptocoque semblable à celui du malade de M. Claude, mais pathogène pour les animaux.

Délire onirique, avec tentative de suicide, au cours d'une fièvre typhoïde.

M. Souques communique, en son nom et au au nom de M. Ribierre, l'observation d'une jeune fille qui a tenté de se suicider, au seizième jour d'une fièvre typhoïde, en se jetant par la fenêtre d'un deuxième étage. La malade, ayant survécu quarante-huit heures, put raconter que son acte avait été motivé par la crainte d'être coupée en morceaux, enterrée vivante, etc., pour avoir uriné au lit quelques jours auparavant.

L'orateur conclut de ce fait qu'il peut survenir, au cours de la fièvre typhoïde, des idées fixes avec hallucinations oniriques, susceptibles de donner lieu à des actes impulsifs contre lesquels on ne saurait trop se mettre en garde, en exerçant sur les malades une surveillance assidue.

M. Antony fait remarquer qu'il n'est pas rare d'observer des délires à forme lypémaniaque au cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde, et que la production de ces délires est souvent favorisée par l'état d'inanition où sont plongés les malades.

M. Joffroy cite, au contraire, le cas d'une jeune fille convalescente de fièvre typhoïde chez laquelle une alimentation trop copieuse semble avoir été le point de départ d'un accès de délire mélancolique; il a suffi, en effet, de soumettre cette malade à la diète hydrique et lactée pour faire cesser les troubles psychiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 7 et 14 décembre 1901.

Des rapports réciproques de l'hémoglobinurie, de la cholurie et de l'urobilinurie consécutives à l'hématolyse expérimentale.

MM. Lesné et **Ravaut**. — Nous avons réalisé chez des chiens et des lapins, au moyen de sérums spécifiques, la destruction des hématies, dans le but de déterminer les rapports que présentent entre elles l'hémoglobinurie, la cholurie et l'urobilinurie secondaires à l'hématolyse.

Chez le lapin, nous avons vu apparaître soit de l'urobilinurie, soit de la cholurie, après injection intraveineuse d'eau distillée ou injection intrapéritonéale du sang défibriné de l'animal en expérience. L'urobilinurie a toujours précédé, accompagné et suivi la cholurie. L'eau distillée à fortes doses a provoqué, en outre, un premier stade d'hémoglobinurie.

Mêmes résultats chez le chien : à noter que chez cet animal la toluylène-diamine peut, en injections sous-cutanées à doses variables, reproduire chacun de ces stades.

Nous avons enfin utilisé un produit globulicide spécifique, le sérum d'un lapin ayant reçu des injections intrapéritonéales de sang défibriné de chien. Injecté sous la peau d'un chien, même à forte dose, ce sérum n'a déterminé que de l'hémoglobinurie; en injection intrapéritonéale, il a provoqué simultanément de l'urobilinurie et de la cholurie.

Si, au lieu de sérum hémolytique, on emploie du sérum normal, on ne constate aucune élimination de pigments.

Enfin, dans toutes nos expériences, la cholurie a été accompagnée d'une albuminurie variable comme abondance et comme durée.

Ces faits prouvent que la destruction des hématies peut, suivant les doses de substance globulicide injectées, entraîner tantôt de l'urobilinurie seule, tantôt de l'urobilinurie associée à la cholurie et à l'hémoglobinurie.

Recherches hématologiques au cours d'une ascension en ballon.

M. R. Bensaude. — Le 28 novembre dernier, je me suis élevé en ballon à 4,400 mètres; cette hauteur a été atteinte en deux heures. J'ai constaté, par la centrifugation à l'aide de l'hématocrite, une augmentation de 4 à 6 % du nombre des globules du sang entre 4,000 et 4,400 mètres. Ces résultats sont sensiblement inférieurs à ceux qu'ont obtenus d'autres observateurs (M. Gaule, M. Jolly), aussi de nouveaux examens me semblent-ils indispensables.

La densité du sang, calculée chez un chien par la méthode des pesées, a subi une augmentation au cours de l'ascension, mais on ne saurait tirer aucune conclusion de cette seule détermination. Contrairement à M. Gaule, je n'ai trouvé aucun globule rouge à noyau dans les préparations de sang sec. Je me suis, d'autre part, assuré par la mensuration que les petites hématies jeunes ne sont pas plus nombreuses sur les hauteurs qu'à terre. Les globules blancs et les hématoblastes (examinés chez l'homme et chez le pigeon) ne présentaient pas d'altérations appréciables.

Ces résultats sont donc conformes à ce que nous savons sur la fixité de la composition du sang; ils sont en harmonie avec cette tendance à l'équilibre dont l'organisme nous offre tant d'exemples.

Action physiologique de l'ibogaïne.

M. Phisalix. — L'ibogaïne, alcaloïde nouveau retiré par MM. Dybowski et Landrin d'une plante que les indigènes du Congo désignent sous le nom d'*Iboga*, peut être rangée parmi les agents modificateurs du système nerveux. Son action porte tout d'abord sur les centres, et en particulier sur le cerveau. A faible dose, elle provoque une ébriété légère, active les fonctions circulatoire et respiratoire, augmente la pression sanguine, favorise la diurèse et excite les sécrétions; par suite de l'activité des échanges, la température du corps s'élève de plusieurs degrés. A doses plus fortes, elle produit une véritable ivresse hallucinatoire avec parésie et incoordination des mouvements. Enfin, si la dose est excessive, la respiration est atteinte, les muscles se paralysent, la température s'abaisse, il survient une dépression générale et l'animal meurt dans le collapus et l'algidité.

Sur la présence de maltose dans le foie « post mortem ».

MM. R. Lépine et **Boulud** (de Lyon). — On a contesté à tort la possibilité de trouver, outre du glucose, une petite proportion de maltose dans le foie, quelques heures après la mort. Nous avons pu démontrer l'existence, assez fréquente, de ce sucre dans le foie de chiens, *même nourris exclusivement de viande*, qui avait été laissé plusieurs heures à la température du laboratoire, et cela :

1° En isolant, au moyen de l'éther, le maltosazone d'avec le glucosazone;

2° En constatant qu'après l'hydrolysation de l'extrait de foie la déviation polarimétrique *a droite* avait diminué, tandis que le pouvoir réducteur avait augmenté (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 81).

Nous avons pu, parfois, observer la présence de maltose dans le sang des chiens dont le foie renfermait ce sucre *post-mortem*.

Le ferment amylolytique du sang chez les enfants normaux.

MM. Nobécourt et **Sevin**. — Chez les enfants au-dessous de deux ans, le pouvoir amylolytique du sérum est tel que 1 c.c. de ce liquide produit le plus habituellement, avec l'empois d'amidon (en vingt-quatre heures à 37°), une quantité de glucose qui varie entre 0 gr. 005 milligrammes et 0 gr. 0199 décimilligr.; cependant, au-dessous de deux mois, le pouvoir amylolytique peut être plus faible et même nul; à tout âge il peut être plus fort, sans que toutefois la quantité de glucose produite dépasse jamais 0 gr. 0299 décimilligrammes. Chez les enfants plus âgés et chez les adolescents, la moyenne du pouvoir amylolytique est plus élevée et la quantité de glucose produite est comprise entre 0 gr. 02 centigrammes et 0 gr. 0299 décimilligr.

Action favorisante du sérum antituberculineux introduit par la voie sanguine ou conjonctive sur l'infection par des cultures homogènes du bacille de Koch.

M. Arloing (de Lyon). — Je viens de faire des expériences qui montrent l'action favorisante du sérum antituberculineux sur l'infection par le bacille de Koch atténué dans des conditions nouvelles : ayant inoculé dans les veines du lapin des mélanges à titre variable de sérum antituberculineux et de cultures de tuberculose liquides homogènes, j'ai toujours constaté une exagération des lésions spléniques viscérales et même séreuses.

De ces recherches, on peut conclure qu'administré par la voie veineuse, en même temps qu'une culture atténuée, le sérum antituberculineux ne peut enrayer l'infection tuberculeuse. Parfois même, il favorise plutôt l'extension de la tuberculose.

D'autre part, une longue imprégnation par le sérum introduit dans le tissu conjonctif ne confère à l'économie aucune qualité lui permettant de résister à l'inoculation intraveineuse du bacille de Koch.

Du mode de production des substances toxiques dans la digestion des viandes.

MM. Cassaët et **Saux** (de Bordeaux) adressent une note dans laquelle ils établissent que la substance convulsivante connue sous le nom de pepto-toxine se développe dans toutes les digestions artificielles de viande avec ou sans adjonction d'alcool et indépendamment de la qualité de l'acide nécessaire à ces digestions. Ce n'est donc pas la présence de ces substances qui détermine la production de la pepto-toxine, mais bien les transformations intimes de la viande elle-même.

MM. Arloing et **P. Courmont** (de Lyon) envoient une note dans laquelle ils établissent qu'une température de 0° à + 10° permet de conserver pendant quinze jours environ, sans modification de leur agglutinabilité, les cultures liquides homogènes destinées au sérodiagnostic de la tuberculose; l'addition d'une solution de formol à 0.25 % remplit le même but.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 5 décembre 1901.

Epithélioma papillaire de la langue.

M. Brocq. — La femme que je vous présente est incontestablement syphilitique depuis l'année 1896. Elle a été successivement soignée, pour des accidents dont la nature ne laissait aucun doute, à Saint-Louis et à Broca. Depuis trois mois et demi on voit, à la face dorsale de sa langue, un petit bouton sur lequel la muqueuse paraît veloutée, rouge et brillante. Actuellement, ce néoplasme a augmenté de volume malgré cinq injections de calomel (quatre à 0 gr. 05 centigr. et une à 0 gr. 07 centigr.). Il me semble, cependant, que sous l'influence de ce traitement il est devenu un peu plus souple et un peu moins tendu. L'aspect de la lésion, le peu d'efficacité du traitement spécifique ne me permettent pas d'admettre la nature exclusivement syphilitique de cette petite tumeur. Pour trancher le diagnostic, une biopsie a été pratiquée et M. Darier a bien voulu se charger de l'examen histologique.

M. J. Darier. — Le microscope montre qu'il s'agit ici d'un épithélioma papillaire superficiel; mais au-dessous des éléments néoplasiques, se voit une infiltration cellulaire, beaucoup plus considérable que celle qu'on rencontre habituellement dans l'épithélioma. Cette infiltration relève peut-être de la syphilis, sans qu'on puisse en faire la preuve.

M. Brocq. — La tumeur appartient donc à cette variété rare d'épithélioma, dite papillaire, qu'on observe plus spécialement au niveau des muqueuses de la langue et de la verge, et qui est remarquable par l'absence de douleurs et de réaction inflammatoire périphérique, ainsi que par sa limitation bien nette. Ces épithéliomas présentent un caractère tout spécial de bénignité.

M. A. Fournier. — On donnait autrefois à cette lésion le nom de papillome bénin de la langue. Il est à remarquer qu'elle ne s'accompagne jamais de la leucoplasie qui est à peu près constante dans les variétés malignes de l'épithélioma lingual.

M. Brocq. — Il est important, au point de vue thérapeutique, de bien séparer l'une de l'autre ces deux formes d'épithélioma de la langue, car il faut toujours proposer l'excision de la forme papillomateuse, tandis qu'il y a rarement lieu de conseiller une intervention chirurgicale pour la seconde variété.

A propos de la prophylaxie de la lèpre.

M. J. Darier. — Je désire avoir l'avis de mes collègues de la Société de dermatologie à propos d'une question fort délicate que j'ai actuellement à résoudre. J'ai été consulté dernièrement par une femme, revenant d'une de nos colonies où la lèpre est assez répandue. Je n'ai pas eu de peine à reconnaître qu'elle est atteinte d'une forme maculeuse de cette maladie, avec début d'infiltration. Le diagnostic ne laisse pas de doute, car, en dehors des lésions cutanées, on observe chez elle de l'anesthésie dans la région du cubital, lequel porte des névromes. Or, cette femme est mariée et a quatre enfants dont le dernier, âgé de quelques mois seulement, est nourri par elle. Quelle est la conduite à tenir en pareil cas au point de vue prophylactique? Il va de soi que je lui ai immédiatement conseillé de renoncer à retourner dans la colonie où elle a contracté la lèpre et de rester en France; il est, en effet, de notoriété absolue que l'évolution de la lèpre est beaucoup plus rapide dans les pays où cette maladie est endémique. Mais doit-on, en pareil cas, révéler la nature de l'affection à l'autre conjoint, enlever le nourrisson à sa mère et demander l'isolement plus ou moins complet de la malade?

M. Bruchet. — Il me semble que l'allaitement ne saurait être continué par la mère, son lait pouvant contenir le bacille de Hansen.

M. Thibierge. — Le contact permanent du nourrisson avec sa mère me paraît présenter encore plus de dangers que l'allaitement maternel lui-même; il faut éloigner l'enfant. Mais il peut déjà être infecté; on n'est donc pas en droit de le confier à une nourrice mercenaire et il faut le soumettre à l'allaitement artificiel.

M. E. Besnier. — Le séjour de la malade en France est, comme l'a dit M. Darier, la première mesure à conseiller. D'autre part, il était impossible, dans le cas particulier, de refuser au chef de famille, qui demandait à être informé, la déclaration de la nature de l'affection, d'autant plus qu'elle ne pouvait incriminer la patiente en aucune manière. Au sujet de l'allaitement de l'enfant, la question de la contamination du lait étant réservée, l'obstacle principal réside dans les contacts intimes et continuels entre le nourrisson et la mère, dans tous les cas où il y a des lésions ouvertes, du coryza, des ulcérations nasales, etc. Quant à l'isolement, il pourra être seulement relatif, si la malade est soumise à une médication interne active, en même temps qu'au traitement externe et aux mesures spéciales d'hygiène que l'on applique aux lépreux dans les hôpitaux de Paris, où ils n'ont jamais contaminé personne jusqu'à présent.

Rhumatisme chronique déformant comme manifestation possible de la syphilis héréditaire.

M. Ed. Fournier. — Je vous présente, au nom de M. E. Gaucher et au mien, cette jeune fille de seize ans, dont les mains et les pieds sont le siège des modifications articulaires classiques du rhumatisme chronique déformant.

Ces troubles articulaires ont débuté vers l'âge de huit ans par des phénomènes douloureux au niveau des genoux. Les mains n'ont été atteintes qu'environ quatre années plus tard. La maladie a toujours eu une évolution symétrique et progressive.

Ni les ascendants de la patiente, ni ses frères et sœurs n'ont jamais souffert de douleurs articulaires. Mais cette jeune fille est nettement une dégénérée, une dystrophiée : sa taille est petite (1 m. 41); elle a l'habitus infantile et est médiocrement intelligente; elle n'est pas encore réglée et ne présente pas de poils pubiens. En outre, en l'examinant avec soin, on relève chez elle : des cicatrices de nature indéterminée, disséminées sur différents points du corps et datant de la première enfance; une carie des grosses molaires; des stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires, attribuables à la syphilis; enfin la cicatrice d'une gomme de la jambe droite, qui a guéri sous nos yeux grâce au traitement spécifique. J'ajouterai que, sur 11 frères et sœurs qu'elle a eus, 9 sont morts en bas âge.

Toutes ces constatations ne permettent guère de douter que nous nous trouvons en présence d'une hérédo-syphilitique; et nous pensons que c'est également à la syphilis héréditaire qu'il convient de rapporter les arthropathies déformantes dont cette malade est atteinte.

En effet, j'ai eu l'occasion, l'an dernier, d'observer une autre jeune fille hérédo-syphilitique, ayant également du rhumatisme chronique déformant. Depuis lors, j'ai pu voir à la clinique de l'hôpital Saint-Louis trois sujets manifestement hérédo-syphilitiques et présentant aussi des arthropathies du rhumatisme chronique déformant. Enfin, M. Barthélemy a bien voulu me communiquer un cas analogue de rhumatisme chronique déformant congénital chez un hérédo-syphilitique de quinze ans.

Les points communs de ces six observations sont les suivants :

1° Lésions de rhumatisme chronique déformant chez des sujets dont les parents ne présentaient aucune affection similaire;

2° Début de ces arthropathies pendant l'enfance;

3° Constatation dans tous ces cas de stigmates d'hérédo-syphilis.

Nous nous croyons autorisés par ces faits à proposer de classer désormais la syphilis parmi les maladies infectieuses qui sont le point de départ du syndrome connu sous le nom de rhumatisme chronique déformant.

Amélioration spontanée d'un cas de lèpre.

M. Hallopeau. — J'observe un lépreux qui était presque mourant au mois de juillet dernier : il s'était infecté par de nombreuses ulcérations buccales et était tombé dans un état de cachexie profonde. Aujourd'hui, il s'est considérablement amélioré; il se nourrit bien et son état général est de nouveau relativement satisfaisant. Or, il n'a été soumis à aucune médication et il s'agit bien là d'une rémission spontanée de la maladie. Cet exemple prouve combien il faut être circonspect dans les cas où l'on est tenté de rapporter à la thérapeutique employée les améliorations observées au cours de la lèpre.

M. Du Castel montre un homme chez lequel, une brûlure du front, de la racine du nez et de la partie supérieure des joues ayant été pansée avec de l'eau de chaux, il s'est produit, au niveau de ces régions, de larges plaques d'une blancheur éclatante, résultant, ainsi que le prouve la biopsie, de dépôts intradermiques de cristaux de carbonate de chaux.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 27 novembre et 4 décembre 1901.

Anomalies thoraciques comme causes prédisposantes de la tuberculose et de l'emphysème.

M. W. A. Freund. — La capacité respiratoire des poumons étant fonction de l'expansion et de la contraction du thorax, on conçoit que les modifications du volume et de la dilatabilité thoraciques constituent des causes prédisposantes de diverses affections pulmonaires.

Une des plus fréquentes de ces modifications résulte du raccourcissement des cartilages costaux; d'après les mensurations que j'ai effectuées, ces cartilages, qui ont d'ordinaire 2 centimètres de longueur à la naissance, atteignent 4 centimètres chez l'adulte; mais que ce développement des cartilages ne se fasse pas, et l'on aura un thorax étroit, peu dilatable, correspondant à l'*habitus phtisicus*. L'hypertrophie des muscles inspirateurs constitue, en pareille occurrence, un phénomène de compensation.

Une autre altération qui agit dans le même sens, c'est la périchondrite costale avec ossification; j'ai souvent constaté cette lésion en cas de tuberculose des sommets. La compensation peut s'effectuer par le relâchement de la soudure entre le manubrium et le corps du sternum, ou même par la fracture du premier cartilage costal, avec formation consécutive d'une pseudarthrose. J'ai observé un cas de tuberculose pulmonaire ayant guéri de la sorte; d'autre part, sur 30 cadavres présentant des foyers tuberculeux du sommet avec raccourcissement des côtes, il s'agissait 18 fois de lésions guéries, et cette guérison coïncidait avec la production de pseudarthroses.

Enfin le cartilage costal peut s'hypertrophier, devenir poreux et immobiliser la côte en position d'inspiration; la conséquence en est l'apparition d'un emphysème pulmonaire.

Il est facile de lutter contre ces troubles, au moyen d'une intervention opératoire fort simple et sans danger, qui, suivant les cas, consiste soit en la section, soit en la résection du cartilage costal.

Des « bains de lit » dans la fièvre typhoïde.

M. Krönig propose, pour faire bénéficier les typhoïdiques de la balnéation froide sans leur faire subir les fatigues et les traumatismes inhérents au transport dans la baignoire, de baigner ces malades dans leur lit; dans ce but, on glisse sous leur corps une toile cirée dont les côtés sont maintenus relevés et dont les deux extrémités sont fixées au lit; ensuite, au moyen d'un arrosoir, on fait des affusions avec de l'eau d'abord à 27° ou 28° R., puis, au bout de dix minutes, à 13° ou 14° seulement.

Cette méthode, que l'orateur emploie depuis dix huit ans, donnerait des résultats aussi satisfaisants que les bains ordinaires; elle abaisserait en général la température de 2° à 3°.

M. Cramer déclare que, sans connaître la pratique de M. Krönig, il procède d'une façon analogue; le patient doit être recouvert d'un drap; la durée de cette sorte de bain peut être portée jusqu'à deux ou trois heures.

Prophylaxie des calculs rénaux oxaliques.

M. G. Klemperer fait observer que, étant donné qu'il est très difficile d'éliminer du régime des oxaluriques tous les aliments susceptibles de produire de l'acide oxalique — ce qui reviendrait à l'abstention de viande et de légumes —, il vaut mieux s'efforcer de donner à ces malades des médicaments capables de solubiliser ledit acide et, par suite, d'en empêcher la précipitation. Dans ce but, l'orateur préconise les sels de magnésie; aussi proscrit-il le lait, riche en chaux mais pauvre en magnésie, ainsi que les œufs et les légumes contenant beaucoup d'acide oxalique; par contre, il permet la viande, les substances grasses, les légumes secs, les mets à base de farine; ce régime alimentaire est complété par l'administration d'une dose quotidienne de 2 grammes de sulfate de magnésie.

M Senator croit la conception de M. Klemperer parfaitement légitime; l'oxalurie des jeunes sujets lui paraît explicable par l'alimentation lactée prédominante au début de la vie.

Entérite gommeuse congénitale avec présence d'un champignon pléomorphe.

M. Jürgens rappelle une communication qu'il a faite en 1884, relative à des animaux atteints d'entérite gommeuse congénitale offrant tous les caractères histologiques de l'entérite syphilitique congénitale et causée par un champignon particulier, le *Macrosporon minutissimum*.

Au cours de nouvelles recherches sur le plexus nerveux de l'intestin, l'orateur a pu constater l'existence, dans des cas de lésions hémorrhagiques intestinales avec sclérose des vaisseaux et dégénérescence graisseuse du parenchyme, d'un champignon possédant un pléomorphisme extrêmement accusé. En effet, il se présente tout d'abord sous la forme d'un mycélium long et large, dont les filaments deviennent, par la suite, de plus en plus ténus, au point de ne pouvoir être isolés même avec les objectifs les plus puissants; ces filaments se segmentent bientôt en bâtonnets, puis en cocci extrêmement petits, de sorte que le champ du microscope finit par renfermer non seulement des streptocoques, mais aussi des staphylocoques.

Ce champignon fut constamment trouvé en cas d'entérite gommeuse; il existait d'ordinaire aux points où les lésions se montraient le moins accentuées. M. Jürgens l'a recherché aussi dans des cas de syphilis congénitale; il l'a rencontré dans des cellules cartilagineuses de la ligne épiphysaire.

M. Salomonsohn présente une femme de vingt-six ans, atteinte de *ptosis amyotrophique* depuis sa quinzième année; cette affection peu commune est caractérisée par une atrophie avec paralysie progressive de la paupière supérieure, indépendante de toute autre affection; dans le cas présent, la lésion est unilatérale.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 2 décembre 1901.

Recherches expérimentales sur l'éclampsie.

M Blumreich. — Étant donné que la crise éclamptique traduit un état d'irritation des centres moteurs, nous avons cherché, M. L. Zuntz et moi, à résoudre expérimentalement la question de savoir si la cause de cet accident est une augmentation d'irritabilité de l'écorce, ou l'intervention d'un excitant anormalement puissant. Dans ce but, nous avons mis à nu les centres corticaux chez des lapines, les unes pleines, les autres à l'état normal; après avoir reconnu ces centres au moyen de l'excitation électrique, nous y avons répandu de la créatine, substance douée de propriétés convulsivantes; nous avons pu nous assurer ainsi que des doses qui suffisaient à produire des convulsions chez les lapines pleines étaient sans action sur les animaux témoins. Les résultats ont été identiques quand, au lieu d'appliquer directement la créatine sur les centres psychomoteurs, nous avons injecté cette substance sous la peau, en solution aqueuse.

Ces recherches, dont les conclusions nous paraissent applicables à l'espèce humaine, démontrent que la gravidité détermine une hyperexcitabilité de l'écorce, ce qui explique la tendance aux convulsions qu'on observe dans cet état physiologique.

Quant à la nature de l'excitant qui intervient pour produire l'éclampsie, il faut avouer qu'elle nous échappe encore; il est clair qu'il ne s'agit pas purement et simplement d'urémie : j'ai pu constater, d'ailleurs, que la néphrectomie double n'a pas d'autre effet sur les lapines pleines que sur les témoins; on ne saurait davantage invoquer une intoxication ayant sa source dans les échanges organiques du fœtus; la quantité de produits de désassimilation que celui-ci peut lancer dans la circulation maternelle est tellement faible, comparée à celle qui y est contenue normalement (1 gr. 4 : 35 gr.), que la légère augmentation qui en résulte ne sort pas des limites des variations physiologiques.

M. Gottschalk. — Je ne crois pas, pour ma part, que l'éclampsie soit une entité morbide; je n'y vois qu'un syndrome que des facteurs fort divers peuvent réaliser : l'intoxication par le sublimé, par la nitrobenzine, l'empoisonnement cyanhydrique subaigu n'ont ils pas une physionomie clinique analogue? Je ne pense pas non plus qu'on puisse l'isoler complètement de l'urémie, et, à ce point de vue, je fais jouer un rôle important à la compression de l'uretère par l'utérus gravide; il est vrai que cette compression est unilatérale, mais il peut y avoir anurie complète — par mécanisme réflexe — quand un seul uretère est obstrué, ainsi qu'on l'observe dans la lithiase rénale. Dans d'autres cas, alors que le fœtus est mort, il s'agit d'une intoxication cadavérique; dans d'autres, d'une épilepsie se révélant pour la première fois à l'occasion de la grossesse; dans d'autres encore, de crises déterminées, chez des femmes névropathes, par la crainte même de l'éclampsie.

M. Blumreich déclare qu'il faut distinguer soigneusement d'avec l'éclampsie les cas de cette dernière catégorie : ils relèvent de l'hystérie.

Antilactosérum.

M. Schütze dit avoir pu faire apparaître dans le sang de chèvre des propriétés antitoxiques à l'égard du lactosérum de Bordet; pour cela, il injecte à des lapins du lait de chèvre; il prépare ainsi un sérum coagulant le lait, qu'il introduit sous la peau d'une chèvre; le sérum de ce dernier animal, mélangé à volume égal de lactosérum, empêche ce lactosérum d'exercer son action coagulante.

Dr Villaret.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 30 novembre 1901.

Larves d'anthomyies développées dans le corps de l'homme vivant.

M. Van Bambeke. — Dans la note qu'il nous a envoyée sur ce sujet, M. Ch. Pottiez (de Fontaine-l'Evêque) étudie l'évolution et l'action des larves d'anthomyies dans l'intestin de l'homme.

Les anthomyies sont des mouches rurales, allongées, fluettes, qui, attirées par l'odeur de certaines substances, les fromages gras notamment, vont y pondre des œufs; ceux-ci éclosent rapidement. Ingérée avec les substances alimentaires qui la contiennent, la larve vit dans l'intestin où elle atteint son entier développement, occasionnant localement une irritation qui donne lieu à des troubles gastro-intestinaux; aussi l'examen des selles permet il d'y découvrir de nombreuses cellules cylindriques de l'épithélium intestinal, ainsi que des leucocytes perdus parmi ces éléments.

Les caractères particuliers de l'anthomyie observée par M. Pottiez semblent montrer qu'il s'agit d'une espèce nouvelle, à laquelle l'auteur donne le nom de *Anthomyia errabunda*.

Phénomènes histologiques de la régression musculaire.

M. Rommelaere. — Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur une observation de MM. De Buck et Van Haelst (de Gand), consacrée à l'étude anatomique d'un kyste musculaire extirpé au niveau du bras, et qui, au point de vue histologique, était une myosite circonscrite enkystée sans trace de tuberculose. Le fait clinique est donc banal, mais il a donné l'occasion aux auteurs d'étudier la régression musculaire. Contrairement à l'idée généralement admise, le phénomène principal de cette régression ne serait pas la sclérose conjonctive étouffant les fibrilles musculaires, mais bien la *sarcolyse* ou *automyophagie* desdites fibrilles. Les noyaux musculaires s'entourent de protoplasma non différencié aux dépens de la substance striée, qui finit ainsi par disparaître sous l'influence de cette autophagocytose; les sarcolytes ou sarcoclastes peuvent s'isoler, se métaplasier et contribuer à former la charpente conjonctive sclérotique.

Dr Keiffer.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 14 décembre 1901.

Effets expérimentaux des courants de haute fréquence sur les animaux.

Dans la séance du 6 décembre de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Jellinek** a rendu compte de ses expériences sur les effets des courants de haute fréquence. Trois lapins ont été soumis à un courant de 500 volts Un de ces animaux a été immédiatement foudroyé, et son autopsie n'a permis de reconnaître aucune lésion, même aux points où avaient été appliquées les électrodes. Le second n'a présenté que de l'opisthotonos et des convulsions, et s'est rétabli au bout de quelques minutes. Quant au troisième, après avoir, comme le précédent, été contracturé en opisthotonos, il fut atteint d'une paralysie du membre inférieur gauche, puis du membre inférieur droit, avec abolition des réflexes, incontinence des matières fécales et des urines; la sensibilité était conservée; actuellement — au bout de huit jours —, ces accidents sont en voie de disparition; d'après l'orateur, ils doivent être attribués à une lésion de la moelle dorsale (ischémie, hémorrhagie ou action spécifique du courant sur les cellules ganglionnaires).

Double paralysie des nerfs moteur oculaire commun et pathétique, avec hémiparésie du côté gauche.

Dans la séance du 12 décembre de la Société de médecine interne de Vienne, **M. Sorgo** a présenté un homme de vingt-huit ans, sans antécédents héréditaires, qui est atteint depuis le mois d'avril dernier d'une double paralysie des nerfs moteur oculaire commun et pathétique, accompagnée d'une parésie de tout le côté gauche, à marche lente et progressive. Il est affecté, en outre, depuis la fin du mois de novembre, de tremblement à l'occasion des mouvements volontaires dans le bras gauche. La sensibilité est intacte aussi bien au point de vue subjectif qu'au point de vue objectif. Il n'y a pas non plus de paralysie des sphincters. Bien que le malade n'ait jamais eu la syphilis, il a été soumis au traitement spécifique, mais sans résultat.

On peut supposer, en présence de ces accidents, qu'il s'agit d'une tumeur de la base du crâne, avec lésion de la région rolandique; mais il serait également possible qu'on eût simplement affaire à une sclérose en plaques.

Tumeur du cervelet.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. R. Schmidt** a montré un homme de vingt-trois ans, qui, ayant fait, il y a un an,

une chute sur la tête, suivie de perte de connaissance, éprouve depuis cette époque des vertiges, de la difficulté à marcher et une tendance à tomber en arrière; en outre, ce malade présente du nystagmus lorsqu'il regarde à droite, de l'amaurose, une congestion de la papille, une exagération des réflexes tendineux, etc., etc. Il est probable, étant données les allures progressives de cette affection, qu'il s'agit d'un gliome du cervelet.

M. Nothnagel estime que ces accidents peuvent aussi s'expliquer par une tumeur située au niveau des tubercules quadrijumeaux et comprimant la veine de Galien.

Hydrocéphalie chronique avec hernie double du cerveau.

M. Buxbaum a montré un enfant dont le crâne, à la suite de convulsions survenues à l'âge de sept mois, a pris un développement anormal; sa circonférence atteint actuellement 46 centimètres. Ce petit malade présente, en outre, un léger degré de rachitisme, une paralysie spasmodique des membres supérieurs, de la raideur de la nuque, etc. De plus, on remarque, au dessus de chacun de ses globes oculaires, une tumeur molle pénétrant dans le crâne à travers les cavités orbitaires agrandies. Ces tumeurs paraissent constituées par des hernies de la substance cérébrale.

Spondylolisthesis tabétique.

M. Hofbauer a présenté un homme de trente-quatre ans, tabétique, chez lequel est apparue dans ces derniers temps une spondylolisthesis. Lorsque le malade est assis, il existe une lordose très prononcée de la colonne lombaire qui semble déplacée en avant sur le sacrum; par la radioscopie, on constate une disparition presque complète des corps des troisième et quatrième vertèbres lombaires, sans aucune trace de fracture ni de cal.

Dr SCHNIRER.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Emploi de tubes à parois percées pour l'intubation du larynx.

S'il est incontestable que l'étroitesse de la lumière des tubes laryngés favorise leur obstruction par des mucosités épaisses et par de fausses membranes — et, d'une façon indirecte, leur expulsion —, il n'en reste pas moins vrai qu'on ne saurait agrandir le diamètre de ces instruments sans se heurter à des difficultés considérables lors de l'introduction du tube à travers la glotte ni sans exposer le malade à tous les dangers d'une lésion grave par compression. Cela étant, M. le docteur I. Dionisio, privatdocent de rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Turin, s'est appliqué à remédier aux inconvénients habituels du tubage par un moyen qui ne nécessitât aucun changement de forme ni de diamètre des tubes. A cet effet, notre confrère fait pratiquer, dans la paroi du petit instrument, deux séries circulaires de sept trous de 1 millimètre de diamètre, l'une à quelques millimètres au-dessus de l'orifice inférieur du tube, l'autre un peu plus haut, à peu près au niveau de la portion moyenne de l'instrument. Cette disposition aurait pour résultat d'écarter les dangers d'obstruction subite de la partie inférieure du tube, la circulation de l'air pouvant alors se faire par les trous latéraux situés au dessus du point d'occlusion; de plus, la pénétration de l'air par les orifices percés dans la paroi empêcherait l'accumulation de mucosités et de pseudo-membranes, susceptible de donner lieu à une obstruction lente, et, enfin, l'expulsion spontanée du tube à l'occasion d'une quinte de toux serait rendue plus difficile, le courant d'air expiré pouvant passer non seulement par l'orifice inférieur, mais aussi par les ouvertures latérales.

M. le docteur A. Casassa, assistant à l'hôpital Amédée de Savoie, à Turin, a eu l'occasion d'essayer le tube ainsi modifié dans 33 intubations du larynx et il n'a observé qu'un seul cas d'expulsion, tandis que, dans sa pratique antérieure, la proportion des expulsions du tube avait été de 18 %. Dans 3 cas graves avec fausses membranes abondantes, on a vu survenir une obstruction de l'instrument, mais celle-ci ne fut que partielle, l'air continuant à passer par les trous latéraux. D'une façon générale, l'expectoration, habituellement très pénible, se fit beaucoup mieux dans les cas où l'on se servit de tubes à parois percées.

Etant donnés ces avantages, notre confrère serait porté à croire que la petite modification apportée par M. Dionisio dans la construction des tubes est appelée à rendre l'intubation plus réalisable dans la pratique privée, où il est souvent fort difficile d'assurer la surveillance continue du malade.

Emploi du corset plâtré dans la neurasthénie traumatique à forme spinale.

Parmi les névroses d'origine traumatique, il en est une particulièrement tenace, qui se caractérise par la prédominance de la rachialgie et de l'asthénie musculaire et qui a, en général, pour point de départ un traumatisme de la colonne vertébrale. Les moyens thérapeutiques employés habituellement contre les troubles neurasthéniques (régime fortifiant, repos, massage, faradisation, hydrothérapie) restent souvent impuissants dans cette forme spinale de la neurasthénie traumatique. Aussi M. le docteur G. Müller (de Berlin) a-t-il cherché à combattre la myélasthénie en question par un procédé qui lui avait déjà donné de bons résultats dans le traitement de l'ataxie locomotrice. Notre confrère avait, en effet, remarqué depuis de longues années que, chez les tabétiques, le port d'un corset approprié entrave, dans une certaine mesure, la marche progressive du processus morbide et exerce particulièrement une action favorable sur les troubles subjectifs de la sensibilité, de sorte que les phénomènes myélasthéniques, presque constants en pareille occurrence, ne tardent pas à disparaître. M. Müller a pensé que le même moyen pourrait aussi réussir contre les manifestations analogues consécutives à un traumatisme, et les essais qu'il a eu l'occasion d'instituer dans 3 cas de ce genre ont pleinement justifié cette prévision. Le corset une fois appliqué, les douleurs et la sensation de fatigue rapide n'ont pas tardé à disparaître, fait qui mérite d'autant plus d'être retenu que les trois patients en question, étant assurés contre les accidents, avaient plutôt intérêt à exagérer leurs troubles subjectifs. Ajoutons qu'un de ces malades, qui avait considérablement maigri depuis le commencement de son affection, a, après application du corset, augmenté de 7 kilogrammes dans l'espace d'environ un mois.

LES ILLUSTRATIONS MÉDICALES

DU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE

POTAIN

Pierre-Carl Potain, né à Paris le 19 juillet 1825, appartenait à une lignée de médecins. Pour obéir à la coutume familiale, pour répondre surtout au vœu le plus cher de son père, son premier éducateur en humanités, il résolut de choisir la médecine.

Nommé externe, puis interne des hôpitaux, en même temps que ses amis Axenfeld et Lacaze-Duthiers; son internat terminé, il s'éloigna quelques années de Paris, et, pour subvenir de ses seuls deniers à l'achèvement de ses études, accepta de remplir les fonctions de médecin adjoint à l'hospice impérial des fous d'Ivry, dont le médecin directeur était Baillarger. Puis, comme il se rendit compte qu'il n'était point fait pour la médecine mentale avec laquelle il ne se familiarisait guère, il rentra à Paris et fut nommé peu après chef de clinique de Bouillaud.

De concert avec Axenfeld et Parrot, ses deux fidèles amis, il se lance dans la carrière des concours, et, assez rapidement pour ne retirer de la lutte aucune amertume, devient professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. Désormais, creusant son sillon par un effort incessant de sa volonté, il se prépare à devenir, selon le pronostic de Trousseau, le premier clinicien de Paris.

D'abord médecin de l'hospice des Petits-Ménages, puis de l'hôpital du Midi, il entre à l'hôpital Necker en 1865. Dans ce même hôpital, quelques années plus tard, il succède à Hardy dans la chaire de clinique médicale et, en l'année 1882, illustre à son tour l'amphithéâtre de la Charité, berceau de la clinique française.

C'est à l'hôpital que Potain prodigua le plus les trésors de son dévouement et de son érudition, c'est là que s'accomplit, dans les salles comme à l'amphithéâtre ou au laboratoire, son œuvre universitaire.

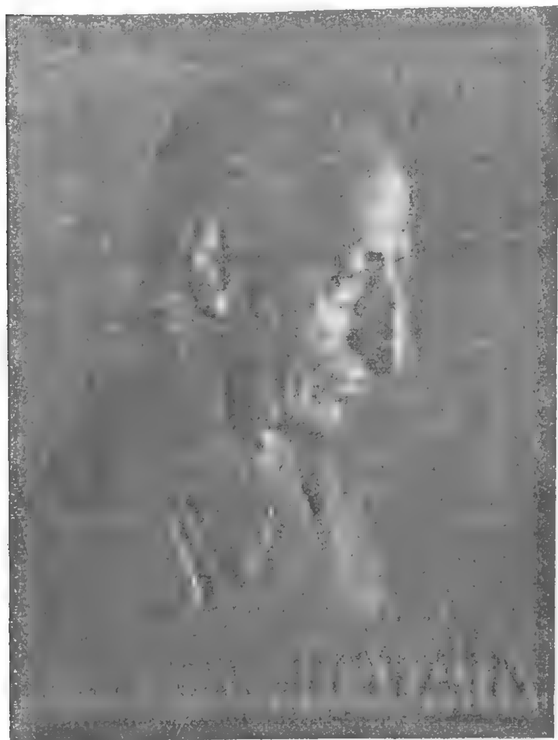
Potain excella dans l'enseignement pour lequel il avait une véritable passion. Des qualités qui caractérisent le professeur, aucune ne lui manquait; la voix seule était faible, et si, parfois, il savait la rendre sonore, le plus souvent il semblait l'assourdir, comme s'il éprouvait scrupule à répéter ce qu'il savait si bien.

Le long apprentissage qu'il avait fait avant la consécration officielle — durant que, insouciant de la publicité, il travaillait dans la solitude, infatigable, tenace, persévérant — l'avait préparé pour cette mission où il avait conscience de se maintenir dans la limite de ses aptitudes. Chef de clinique de Bouillaud, il apprenait aux élèves les principes de la séméiologie. Agrégé, il avait continué, en le perfectionnant, cet enseignement si précieux et, des leçons si instructives qu'il faisait alors, Rayer, à cette époque doyen, avait pris soin de le complimenter. Mais ce fut surtout à l'hôpital Necker, à l'hôpital de la Charité que Potain fut véritable chef d'école, élevant autant qu'il instruisait, apprenant à ceux qui travaillaient à ses côtés la haute morale scientifique faite de jugement sain et de conscience droite. C'est au lit du malade qu'il donnait son enseignement le plus précieux; c'est là qu'il fallait l'entendre dans ses longues causeries où il initiait, avec quelle patience! ses élèves à l'apprentissage de la médecine; c'est là qu'il se dévoilait le merveilleux clinicien à qui ses investigations incessantes avaient assuré comme une sorte d'infaillibilité. Mais Potain ne fut pas simplement le traducteur fidèle des doctrines du passé; il sut se préoccuper des faits nouveaux que son honnêteté scientifique lui faisait un devoir de scruter. Il sut rénover et enrichir la clinique des procédés qui transforment l'observation en la reportant des phénomènes subjectifs aux phénomènes objectifs. Défenseur ardent des procédés d'exploration dus à Avvenbrugger, à Laënnec, à Piorry, il contribua à les perfectionner, notamment sur le terrain de la pathologie cardiaque.

A l'époque où l'expérimentation grandit pleine de promesses, il devint son partisan éclairé, parce qu'il pensait qu'elle ne devait pas déposséder, mais régénérer l'observation. Il fut le premier, en 1862, à réclamer, durant une suppleance à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, la création de laboratoires annexés à la clinique hospitalière, création dont il devait poursuivre la réalisation à l'hôpital Necker.

Sa culture scientifique, son ingéniosité créatrice, son habileté manuelle très grande, dont témoignent ardemment ceux qui furent parmi ses premiers collaborateurs, Marey, Malassez et Fr. Franck, lui furent précieuses pour ses recherches expérimentales. Elles lui servirent pour les perfectionnements qu'il sut apporter à l'instrumentation déjà existante comme pour les procédés nouveaux qu'il sut imaginer. De cette époque datent ses travaux sur les rapports de la composition du sang et de l'existence des souffles veineux, sur les procédés de dilution du sang dont devaient sortir plus tard les notions de résistance globulaire et d'isotonie, sur le mélangeur employé aujourd'hui partout en hématologie, qu'il inventa et dont il fabriqua le premier exemplaire, sur l'albuminimétrie et l'hémoglobinimétrie, sur l'aspiration des liquides anormalement contenus dans les cavités séreuses, objet d'étude de son interne Dieula-

foy, aujourd'hui professeur. De cette époque également, l'application qu'il fit dans son service des instruments de Marey et de l'appareil annexe dont il sut tirer de très intéressantes études sur les formes pathologiques des pulsations du cœur et des divers viscères, sur les intervalles qui séparent la pulsation cardiaque des pulsations artérielles ou viscérales. Dans le même temps enfin, désireux de pouvoir mesurer la pression artérielle, il inventa le meilleur sphygmomanomètre et publia ses premières recherches, qu'il devait poursuivre jusqu'à sa mort.



Ses travaux sur la constitution chimique des liquides de l'organisme et sur l'absorption des séreuses, comme son mémoire sur l'oxyde de carbone de l'atmosphère des maisons et la transformation de cet oxyde de carbone en acide carbonique, témoignent de l'universalité de son éducation scientifique. Potain faisait la clinique en homme de science. Il eût été un grand physiologiste, disait Marey, s'il n'avait été un grand clinicien.

Vivant dans la poursuite constante des faits et des idées, il restait silencieux sur ses travaux. Il ne cherchait point à s'assurer la priorité d'une recherche qu'on ne se gênait point pour lui ravir; il dispensait le meilleur de ses idées à ceux qui venaient l'écouter ou l'interroger. Il ne dissertait que pour enseigner, il n'écrivait que pour faire œuvre d'éducateur, œuvre dont Lasègue disait qu'elle était celle d'un prodigue.

Consciencieux à l'excès, avide de perfection, Potain ne se croyait jamais assez maître d'un sujet pour le traiter. Cette préface le dépeint tout entier, qu'il plaçait à l'un de ses travaux, lequel, ébauché en 1864, paraissait seulement en 1893 : « Si j'ai tardé jusqu'ici à traiter ce sujet à mon tour, autrement que dans des leçons orales, c'est de propos très déterminé. Je ne le regrette ni ne m'en excuse, étant très convaincu que je ne pouvais rendre un plus grand service à la science que d'arrêter ma plume jusqu'au moment où j'aurais la connaissance entière des choses dont je voulais écrire. »

Il écrivit cependant, et dans ce qu'il écrivit comme dans ce qu'il inspira, s'élève une œuvre de sagesse et de bon sens qui témoigne de la part qui appartient à Potain dans les progrès de la clinique française. Je ne puis entreprendre ici l'analyse détaillée des travaux dans lesquels il sut parcourir le cycle tout entier de la pathologie; je voudrais seulement dégager sa pensée dans les questions qui le préoccupaient et rappeler parmi ses recherches celles qui ont tenu le plus de place dans sa vie. Nous sommes loin du temps où Portal écrivait : « C'est beaucoup que les médecins arrivent à reconnaître que le cœur est malade, cela suffit pour prescrire les remèdes nécessaires. » Potain entreprit de démontrer que cela ne suffisait point, et pour savoir comment il sut y parvenir, il faut lire la partie de son enseignement relative à la physiologie et à la séméiologie des affections du cœur, éparse dans les leçons, ou condensée dans le livre qu'il accepta de publier grâce à son élève Vaquez, et qui comprend, d'autre part, les travaux de ses assistants. Dans ce livre, la part qui lui revient, sans qu'il l'ait voulu, se dégage d'elle-même, dominante, capitale. Là se trouvent réunis, en quelques pages, les problèmes les plus intéressants de la pathologie cardiovasculaire, son procédé de délimitation du cœur dont la radiographie devait démontrer l'absolue précision, son étude sur les dédoublements physiologiques des bruits du cœur, sur les vrais et faux pouls veineux, sur le bruit de galop, sur le diagnostic précoce de l'endocardite aiguë, travail d'une portée pratique si considérable. Là encore, ses recherches si originales sur les mouvements de la surface du cœur, le choc de la pointe et, enfin, son mémoire sur les souffles cardiopulmonaires, œuvre admirable de séméiotique où il crée de toutes pièces une doctrine aujourd'hui classique.



Pierre-Carl Potain
1825-1901

L'importance du service rendu est ici considérable. Avant lui, en effet, nombre de sujets présentant au niveau du cœur des bruits anormaux, des souffles, et que l'on considérait, pour cette raison, comme atteints d'une maladie du cœur, étaient soumis à la rigueur du régime des cardiaques avérés, exilés des conditions sociales qu'ils pouvaient légitimement ambitionner, et condamnés à un traitement trop souvent préjudiciable.

Le livre auquel je viens de faire allusion fut publié à cette période de l'existence où, disait-il, on ne peut se permettre les longs espoirs. Potain ne renonçait point cependant à mettre au jour de nouvelles publications et projetait de dire en quelque autre volume ce que l'observation lui avait appris sur d'autres parties de la médecine. Les documents ne manquaient pas que l'on pouvait trouver dans les monographies ou les leçons, qui étaient comme autant de chapitres admirables de clarté, d'originalité, de méthode.

Depuis que la retraite avait sonné, il se hâtait d'achever son ouvrage sur la pression artérielle, dont il retardait toujours l'apparition, persuadé que le temps et l'expérience lui donneraient plus de perfection. Il espérait faire plus encore, lorsque la mort est venue briser son dernier effort; il appartient à ses élèves de continuer la tâche interrompue.

Pour avoir su se limiter à l'accomplissement parfait de l'œuvre quotidienne, et s'imposer, en dehors du tumulte et des distractions de la ville, une discipline intellectuelle absolue, Potain vécut une vie épuisante sans rien perdre de son énergie, gardant intacts, jusqu'à la fin de sa vie, son activité intellectuelle, son amour de la science.

Durant sa belle et longue carrière, il fut honoré comme il méritait de l'être : commandeur de la Légion d'honneur, délégué au Conseil de l'Université et au Conseil de l'assistance publique, associé des sociétés scientifiques françaises et étrangères, membre de l'Académie de médecine depuis 1883, il fut élu à l'Académie des sciences en 1893. Ces hommages étaient dus à cet homme de bien, si admirable, par quelque côté qu'on le considère, qu'on ne sait vraiment lequel on doit louer davantage, de l'homme, du savant, du médecin.

Pierre Teissier,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux.

COLLÈGE DE FRANCE

M. Charrin.

L'évolution des phénomènes morbides.

Dans le domaine scientifique, il est souvent utile d'imiter l'explorateur qui, de temps à autre, s'arrête pour songer au chemin parcouru, pour prendre le point et réfléchir aux moyens à mettre en œuvre afin de poursuivre plus sûrement sa route. En agissant ainsi, on saisit plus nettement l'enchaînement et l'évolution des idées soumises à nos méditations.

Dès le début, la *maladie* nous est apparue à titre de déviation, par excès ou par défaut, de l'état normal; nous avons considéré l'organisme comme constitué par une série de tissus destinés à fonctionner pendant un temps plus ou moins long. La *mort*, dans ces conditions, devient la conséquence de la vie, autrement dit de l'usure vitale; l'économie cesse d'exister, parce que, à un moment donné, semblable à une machine dont les rouages, par suite d'ancienneté, ont perdu leur résistance, elle se montre impuissante à réagir.

Malheureusement, un choc, une manœuvre inconsidérée, une rouille parasitaire, un accident quelconque mettent parfois hors d'usage, avant l'heure prévue, un appareil mécanique. De même, de nombreux agents sont capables de porter atteinte à la régularité de notre existence; pour obtenir de la nature ce qu'elle nous doit, c'est-à-dire le temps, il convient de les tenir à l'écart : de là l'obligation, pour l'organisme, de posséder des *défenses variées*.

Assurément nous ne disposons pas, à l'exemple de divers animaux, des ingénieuses ressources que confèrent le mimétisme ou l'homocromie, des sécrétions toxiques ou à odeur repoussante, des aiguillons acérés ou de solides carapaces, etc.; en revanche, la délicatesse de nos organes des sens nous permet d'éviter des obstacles matériels et d'éloigner une foule d'assaillants. Nos tissus jouissent cependant d'une indéniable résistance élastique; en particulier, chez l'enfant, la souplesse relative des os s'accommode de la fréquence des chutes.

Ce sont encore nos organes des sens, aidés des appareils de vasomotricité et de sudation, qui nous protègent contre les variations thermiques et nous poussent à rechercher abris ou vêtements. Les brûlures du syringomyélique suffisent, du reste, à attester les dangers encourus par l'être qui, en raison de la perte d'une partie de la sensibilité, ne jouit pas de l'intégrité de ses moyens de défense.

La vue, l'odorat, le goût nous aident à laisser de côté les substances nuisibles; le vomissement, les procédés d'élimination ou de transformation antitoxique s'efforcent, en pareille matière, de réparer les défaillances de ces sens.

Toutefois, les protections de l'économie sont principalement dirigées contre les parasites infectieux. Les *éléments atmosphériques* forment un premier groupe visant spécialement les germes de l'air, plus difficiles à éviter que ceux de l'eau ou du sol; or, sauf exception ou excès, pendant que ces éléments, à leur tête la lumière, atténuent les microbes, ils exaltent l'activité de nos cellules, influences opposées bien faites pour expliquer l'intervention de ces agents, de l'*ancien génie épidémique*, dans l'évolution des maladies. Ne sait-on pas, d'ailleurs, que, suivant les saisons, d'après M. Netter, la virulence de certaines bactéries telles que le pneumocoque est assez variable?

Une seconde catégorie de défenses se trouve disposée *au niveau des portes d'entrée*. Grâce à elles, le courant aérien, chargé de germes à son entrée dans le nez, arrive relativement pur dans les bronches; avec M. Moussu, j'ai tenté d'apprécier cette purification, de nature à mettre en évidence quelques-uns des avantages de la respiration nasale. Echelonnés sur le trajet du tube digestif, chemin suivi par la plupart des agents morbifiques, ces procédés de résistance sont de préférence accumulés dans les parties ou séjournent longuement les produits venus du dehors; dans l'estomac, dans l'iléon, les acides, les diastases, le phénol, les composés ammoniacaux, la concurrence vitale, etc., ajoutent leurs actions : certains sucs, comme je l'ai vu avec M. Lefèvre, atténuent spécialement les toxines.

Si, après avoir échappé à ces deux premiers groupes de protections, ces agents morbifiques cherchent à pénétrer dans l'intimité des plasmas, ils se heurtent sur les confins des deux milieux, extérieur et intérieur, à de vigilantes sentinelles, aux innombrables phagocytes des amygdales, des plaques de Peyer, etc. Suivant les espèces, les défenses sont plutôt cantonnées dans la zone où la résorption impose à certains éléments, qui du canal intestinal vont dans les vaisseaux, l'obligation de traverser la muqueuse, véritable glande étalée dont j'ai étudié le rôle antitoxique prédominant; plus haut, d'après ce que j'ai constaté avec M. Levaditi, une part du mouvement se fait surtout en sens inverse. Si, en effet, on abandonne dans l'abdomen deux anses d'intestin liées à chaque extrémité, contenant un peu d'eau et choisies, l'une au voisinage de la valvule de Bauhin, l'autre à la suite du duodénum, le lendemain la première est sensiblement vide, tandis que le contenu de la seconde a augmenté; nécessaire aux activités chimiques du commencement de l'iléon, cette abondance de liquide nuirait peut-être, dans la portion terminale, à la rapidité de l'absorption.

Est-il besoin d'ajouter que, dans la profondeur des tissus, cette défense de l'organisme se poursuit grâce aux *cellules* et aux *humeurs*, grâce aux alexines, aux sensibilisatrices, aux processus de digestion, etc. ? A dire vrai, suivant les territoires, ces protections sont inégales, attendu que si, à un moment donné, on colore les microbes épars dans une économie infectée, on reconnaît, avec M. Caparelli, que leurs altérations sont assez variables : cette économie est formée par différents milieux juxtaposés.

Nos recherches nous apprennent que cette préoccupation de la protection organique s'étend au maintien des *échanges dans de justes limites*. Les anomalies de ces échanges portent sur l'ensemble des mutations nutritives ou sur quelques-unes d'entre elles; ces mutations peuvent être ou trop actives ou trop paresseuses; l'étude des coefficients d'élimination, plus encore d'utilisation, des divers principes gazeux, azotés, gras ou sucrés, révèle le sens des modifications. Or, par lui-même ou sous l'influence de sollicitations variées, le système nerveux ralentit ou accélère la nutrition. Le corps thyroïde en fait autant; s'il fonctionne d'une façon intense, le taux des opérations se relève, tandis que, s'il devient insuffisant, le métabolisme entre en sommeil.

A côté des appareils qui veillent sur l'intégrité générale de ce métabolisme prennent place ceux qui s'efforcent de s'opposer aux détériorations d'un tissu spécial; c'est ce que font, pour porter remède aux tares hématiques, la moelle des os et la rate.

Pour conjurer toute perturbation pathologique, il ne suffit pas de faire obstacle aux agents morbifiques physiques, toxiques ou parasitaires, de s'opposer aux écarts de la nutrition, aux déviations de nature statique; il importe également d'obtenir des conditions normales relativement à la vitesse, à la pression, à l'osmose, etc. Jusqu'à ce jour, on a trop négligé l'étude de ces conditions; mais, sans être prophète, on peut annoncer que, tout en se gardant des exagérations de l'iatro-mécanisme de Boerhaave, les chercheurs vont en partie s'engager dans cette direction.

On sait, du reste, qu'en modifiant uniquement la circulation du rein, on change la composition de l'urine; d'autre part, placées entre les capillaires sanguins et les canaux biliaires ou urinaires, les cellules des îlots hépatiques ou des tubuli subissent fatalement les contrecoups des oscillations de l'hydraulique organique. Au demeurant, la pathologie est, à cet égard, pleine d'enseignements. C'est ainsi qu'à l'heure des crises d'épilepsie ou d'éclampsie, la pression artérielle atteint soudainement des degrés si élevés, 24 à 29, qu'il est difficile de ne pas rapporter à ces élévations certains raptus hémorrhagiques consécutifs à ces crises. On peut également rappeler que, chez le diabétique, le glycose intra-vasculaire, soutirant l'eau des tissus, détermine une déshydratation dont les désastreux effets ne sauraient échapper à personne.

En introduisant de très minimes quantités des substances les plus simples, on parvient encore, en partie tout au moins grâce à des modifications intéressant la dialyse, les pressions osmotiques, etc., à influencer les échanges. J'ai, par exemple, avec l'aide de MM. Guillemonat et Levaditi, reconnu que des animaux, soumis à des injections quelque peu répétées de doses infimes de sels de soude ou de potasse, élaborent plus parfaitement la matière et présentent à l'infection une plus grande résistance. En rapprochant ces ébauches d'immunisation des notions acquises en pareille matière, on est conduit à penser que, dans les milieux internes, ces *produits minéraux*, dont l'importance croît chaque jour, provoquent des changements analogues à ceux que nous attribuons à des *composés diastasiques*. Pourtant, nous avons administré des corps aussi peu spécifiques que possible; mais, sans invoquer l'incitation cellulaire, on doit remarquer qu'on a touché à l'osmose, aux conditions — d'ailleurs variables — propres à exercer une influence d'ordre physique sur la constitution des plasmas.

En poursuivant des recherches dans une direction analogue, j'ai mis en lumière, avec la collaboration de M. Moussu, les détériorations subies par des toxines franchissant des membranes de l'économie; si on réfléchit qu'au niveau de chaque cellule, de tels passages s'effectuent forcément, la portée des modifications enregistrées, grâce à cette dialyse, apparaît considérable.

Il semble aussi qu'au sein des tissus on puisse voir s'établir une protection attribuable à certains courants osmotiques ou à un parfait équilibre entre l'intérieur et l'extérieur des éléments anatomiques. J'obtiens la mort d'un lapin en introduisant dans ses vaisseaux 0 gr. 003 milligr. de nicotine; un deuxième animal offre de graves accidents au moment où les proportions injectées atteignent 0 gr. 002 milligrammes 75; on interrompt alors cette injection. Or, trois à sept minutes après, quand l'animal se remet, il arrive que, sans le tuer, il est possible de lui administrer 0 gr. 001, parfois 0 gr. 003 milligr. du même poison, alors que quelques instants auparavant, si on avait fait pénétrer 0 milligr. 25 de plus, ce lapin aurait certainement succombé. Pour expliquer ce singulier phénomène, survenu dans un laps de temps ne permettant ni accoutumance ni élimination suffisante, on est, semble-t-il, en droit d'admettre qu'en raison soit de l'absolue égalité des tensions tant dans le protoplasma qu'en dehors de lui, soit de la prédominance du mouvement d'exosmose, l'arrivée dans les cellules d'un nouvel atome de nicotine devient irréalisable.

La recherche des simplifications ne doit cependant pas aboutir à une intervention trop exclusive des fluctuations de la minéralisation ou de la densité des humeurs. Chacune de nos cellules possède une architecture protoplasmique spéciale, qui assez mobile grâce surtout aux mouvements des ions, a probablement sa part dans les variations qu'on observe; d'un

autre côté, il est indispensable de se souvenir que, dans les parenchymes, la dialyse n'obéit pas exclusivement à des lois physiques.

Quoi qu'il en soit, il est impossible, au sujet de ces protections d'ordre mécanique, de ne pas rappeler que quelquefois on pousse, sans grand dommage, dans la circulation d'animaux possédant au plus 150 grammes de sang, 300 c.c. et même davantage de certaines urines ou d'eau physiologique. Des phénomènes analogues au réflexe commandé par le nerf de Cyon interviennent pour répartir de pareils volumes de liquide; ils maintiennent ainsi sensiblement immuable la constitution du milieu hématique, en s'opposant à une trop forte dilution, ou, dans le cas de perte ou d'hémorrhagie, à une concentration trop accentuée.

En somme, pour éviter les obstacles matériels, les éléments toxiques ou parasitaires, les écarts des échanges, les oscillations trop marquées des conditions de l'hydraulique circulatoire, etc., l'organisme dispose de défenses anatomiques et physiologiques, physiques et chimiques, etc. Pourtant, en dépit de cette variété, de cette richesse, ces défenses fléchissent sous l'influence de différentes causes.

Comme, avant tout, la résistance exige des tissus solides, au premier rang de ces causes figurent les tares dites *héréditaires*. A s'en tenir à la grammaire, on abuse de ce mot d'hérédité; le passage de la syphilis au travers du placenta est essentiellement une modalité de contagion; d'autre part, les anomalies décelées chez les descendants n'existent pas toujours identiques chez les ascendants.

La pathologie générale proclame la réalité du rôle du père, plus restreint cependant que celui de la mère; dans certains cas, par exemple, lorsqu'il s'agit de la transmission de l'immunité, les uns admettent, les autres rejettent ce rôle paternel. Pour nous, quand, avec M. Gley, nous avons essayé de conférer l'état réfractaire par l'unique intermédiaire du mâle, « le plus souvent nous avons échoué »; en dépit du nombre très considérable des essais, les résultats ont été si incomplets qu'il s'est peut-être agi là « de ces accroissements de résistance naturels et fortuits, tels qu'on en rencontre spontanément ». En montrant que l'élément masculin, plus pauvre que celui de la femelle, contient pourtant un peu d'antitoxine, Dziergowski semble avoir établi la possibilité du phénomène, qui n'en demeure pas moins exceptionnel.

Les influences dérivées des maladies des générateurs aboutissent fréquemment à la formation de nouveau-nés chétifs. Les pesées, les analyses, le calcul des rapports soit de l'azote de l'urée à l'azote total, soit du carbone à l'azote, prouvent que ces nouveau-nés, en général, prennent de plus faibles doses de lait, laissent échapper par l'intestin plus de matériaux utilisables et élaborent plus incomplètement les principes retenus; en d'autres termes, le combustible est à la fois moins abondant et moins bien utilisé. Or, à l'exemple de tout être vivant, et sous peine de mort, ces rejetons débiles sont condamnés à engendrer du calorique; ils sont même contraints de le produire plus vite, parce que, chez eux, le kilogramme est desservi par une surface externe mesurant 7 ou 8 décimètres carrés, alors que, chez les nourrissons normaux, cette surface cutanée se réduit à 5 ou 6; par suite, la chaleur fabriquée par l'unité de poids, par kilogramme d'athrepsique, rayonne plus rapidement; dans ces conditions, comme l'indiquent les mesures que j'ai effectuées avec M. Bonniot à l'aide du calorimètre de d'Arsonval, le véritable équilibre thermique est rarement atteint. En outre, obligés de travailler davantage en disposant de moyens incomplets, les tissus de ces enfants malingres sont voués à un inévitable surmenage, c'est-à-dire à un abaissement de l'alcalinité humorale qui entraîne une diminution de l'état bactéricide et un début d'auto-intoxication. Qui ne s'aperçoit qu'on commence ainsi à remplacer des mots par des constatations positives; le mauvais terrain, les prédispositions ont pour équation : hypothermie, dyscrasie acide, usure cellulaire, empoisonnement, etc.

Ajoutons que, contrairement à ce qu'on observe en employant des organes de sujets sains, les produits thyroïdiens de ces débiles, d'après une série d'analyses entreprises avec M. Bourcet, sont fréquemment pauvres en iode et impuissants à provoquer un amaigrissement marqué; parallèlement, j'ai vu, avec M. Langlois, la pression insensible aux extraits de leurs capsules surrénales. Ajoutons aussi que certains ferments sont modifiés et que les détériorations viscérales ne sont pas rares; bref, les troubles portent sur l'anatomie, la physiologie et la chimie cellulaires. Or, il n'est pas un expérimentateur qui ne sache à quel point la maladie évolue aisément chez un animal soumis au refroidissement, à un travail excessif, à des influences toxiques, à des perturbations fonctionnelles ou anatomiques. Il est donc facile de comprendre la fréquence des bronchopneumonies ou des entérites chez ces nouveau-nés.

Toutefois, ces infections sont presque constamment secondaires; les modifications aseptiques du terrain peuvent se produire dès les premiers temps de la vie intra-utérine. Avec M. Delamare, j'ai décelé, chez des fœtus de divers âges, indemnes de toute bactérie, des lésions de différents ordres, variables suivant les virus et même sans que le virus maternel change.

De telles constatations mettent en pleine lumière l'importance des poisons issus de l'organisme. A la vérité, le point de départ de ces altérations réside parfois dans une tare cellulaire originelle, ovulaire ou spermatique; les tissus constitués avec des particules forcément anomales, puisque l'élément reproducteur est défectueux, sont alors évidemment eux-mêmes anomaux.

Cette conception ne s'applique pas à tous les cas; elle se trouve forcément exclue, quand le mal prend naissance après la fécondation. D'autre part, la circulation fœtale impose au foie l'obligation de recevoir le premier choc des poisons provenant de la mère; or, comme je l'ai reconnu avec M. Cocheret, la prédominance des détériorations au niveau de la glande biliaire est excessive; cette constatation dépose en faveur d'une pathogénie toxique, d'autant plus que, chez le fœtus, ces agents morbifiques entrent par la voie vasculaire, de beaucoup la plus meurtrière.

Le *placenta* vient heureusement corriger quelque peu de telles dispositions. Sans doute, malgré sa richesse en glycogène, il nous a paru sans action antitoxique appréciable sur la nicotine; en revanche, avec M. Delamare, je me suis aperçu qu'à l'égard de divers principes protéiques, tels que — conformément à la remarque de Wertheimer — les peptones ou encore les mucines, quelques agglutinines, ce placenta est autre chose qu'un filtre purement passif. Son influence ou plutôt l'insuffisance de cette influence, en particulier sur des lysines, est peut-être appelée, si je m'en rapporte à des essais en cours, à donner la clef du mécanisme de certaines anomalies dites héréditaires. — On sait que parfois des membres d'une famille déterminée sont atteints d'affections cantonnées sur un viscère spécial, par exemple sur la glande biliaire. Or, dans leur circulation, des débris, des exsudats et même des embolies cellulaires, provenant de ce viscère plus ou moins disloqué, sont susceptibles de se glisser. D'autre part, les notions nouvelles rendent possible, à la suite de ces sortes d'auto-injections, l'apparition, au sein des plasmas de ces malades, de corps, lysines ou isolysines, aptes à engendrer, chez des sujets d'espèces semblables et plus encore différentes, des modifications localisées dans le tissu qui a fourni ces débris, exsudats ou embolies. On comprend, dès lors, surtout si le délivre n'est pas intact, comment à la rigueur, dans le cas supposé, des hépato-toxines, formées dans les humeurs d'une mère dont le foie est dégénéré, iront altérer le foie fœtal.

Parmi les causes d'affaiblissement des défenses de l'organisme, il en est qui, extérieures à l'économie, en apparence secondaires, engendrent cependant des accidents répondant aux différentes catégories de processus morbides généraux : le *froid* est de ce nombre.

Un abaissement thermique porte quelquefois atteinte à l'intégrité fonctionnelle ou anatomique d'un nerf et provoque, sous forme de névralgie ou de paralysie, des *réactions nerveuses* anomales. En second lieu, en troublant les conditions physiques de la circulation, en refoulant dans la profondeur le sang étalé à la surface de la peau, cet abaissement expose à des désordres mécaniques et, par suite de la suppression de l'émonctoire cutané, à des phénomènes *d'auto-intoxication*. En troisième lieu, une diminution de quelques degrés ralentit les activités phagocytaires et prédispose à *l'infection;* si cette diminution est considérable, la gelure, la *dystrophie locale*, élémentaire, autonome, prend naissance. Enfin, le froid atténue l'intensité des échanges et parvient à occasionner des *maladies dites de nutrition*, principalement la bradytrophie. — Schultze et Nœgeli ont nettement montré que, pour aller du pôle d'entrée au pôle de sortie d'une cellule, une molécule protéique met un temps plus considérable quand on opère dans un milieu à basse température. Or, dans ce cas, la vitesse de pénétration, à l'arrivée dans le protoplasma, ne variant pas, le ralentissement du mouvement de translation interne aura pour inéluctable conséquence l'entassement de ces molécules au sein de l'élément anatomique figuré; comme, d'un autre côté, la quantité de principes diastasiques ou autres, dont dispose cet élément anatomique pour opérer des transformations, ne peut pas toujours s'accroître, ces principes deviendront insuffisants. Dès lors, poussées les unes par les autres, ces particules albuminoïdes sortiront de la cellule, sans avoir en totalité atteint les termes ultimes, eau ou acide carbonique, de leurs métamorphoses, quelques-unes se trouvant encore à l'état d'acides; peu à peu l'alcalinité humorale fléchira, et ces déchets nuisibles, incomplètement élaborés, augmenteront jusqu'au jour où leur quantité devenue excessive provoquera l'accès, la réaction salutaire, une accélération pathologique des mutations remplaçant passagèrement leur ralentissement. Puis, l'incendie achevé, ce ralentissement, qui constitue la *diathèse*, la vraie maladie, objectivement saisie dans cette expérience de Schultze et Nœgeli, reprendra son œuvre.

L'atténuation ou la suppression des défenses de l'économie sont bientôt suivies de l'entrée en scène de la *maladie constituée* par des symptômes et des lésions : parmi ces phénomènes, la *fièvre* est peut-être le plus important. Avec MM. Ruffer et Chevallier, j'ai reproduit les troubles thermiques, nutritifs, circulatoires, respiratoires, sécrétoires de l'accès pyrétique, en injectant soit des toxines, soit des extraits de nos tissus, résultats de nature à expliquer et les fièvres infectieuses et celles qui sont aseptiques. Toutefois, ces éléments n'agissent point par eux-mêmes, attendu que, si on augmente notablement les doses, l'hypothermie succède à l'hyperthermie. Le processus est lié à un excès des activités cellulaires déréglées; une quantité trop considérable de poison endort ces activités, dont le maximum, d'après les renseignements que j'ai obtenus en usant, avec M. le professeur d'Arsonval, de la sonde thermo-électrique, se trouve dans le foie.

L'étude des accidents morbides conduit à examiner les *synergies organiques* pathologiques : celles du foie jouent un rôle considé-

rable. En dehors de son action sur le cœur, sur la pression, sur le sang, jusque sur les capillaires, sur les nævi des cirrhotiques, la glande biliaire exerce une influence aujourd'hui indiscutée sur le rein. Pourtant, à cet égard, je me refuse à considérer l'intermittence, le polycyclisme dans l'élimination urinaire du bleu de méthylène, comme un signe certain d'affection hépatique. Sans doute, avec MM. Cavazzani et Mavrojanis, j'ai expérimentalement établi que les couleurs d'aniline introduites dans la veine porte sont modifiées; mais, suivant leurs aptitudes de réduction ou d'oxydation, de nombreuses cellules réalisent ces modifications; d'autre part, il suffit d'imprimer des fluctuations à l'hydraulique circulatoire pour enregistrer, dans la sortie de ces couleurs, d'indéniables variations.

Les tares du foie retentissent aussi sur le cerveau. Aux folies autotoxiques, brightique, cardiaque, intestinale, etc., folies qui, plus scrupuleusement recherchées, seraient reconnues plus fréquentes, j'ai ajouté la folie hépatique, aujourd'hui classique, dont la pathogénie est basée sur la fonction antitoxique de la glande biliaire. Que parfois, à l'origine, l'alcool intervienne dans la genèse des lésions, que même il influence dans quelque mesure certaines manifestations, nul ne saurait le nier. Néanmoins, mon observation met en évidence les liens qui rattachent le délire à l'état de la glande biliaire; ce délire suit les oscillations de l'affection de ce viscère.

Les relations des parenchymes hépatique et splénique sont manifestes. J'ai pensé que le premier agit sur le second et si je n'ai pas fourni une preuve décisive, c'est que je n'étais nullement tenu de le faire, n'ayant après tout émis qu'une *hypothèse*, en me conformant, dans l'espèce, aux conditions formulées par Cl. Bernard. Du reste, en dehors des étroites parentés circulatoires, la communauté des teneurs en fer ou en pigments, des attributs hématopoiétiques ou antitoxiques, des réactions infectieuses ou anatomo-pathologiques, de certaines dégénérescences, etc., de nombreuses constatations ne proclament-elles pas la réalité de ces relations et partant la légitimité de l'hypothèse formulée?

En retour, est-on en droit de soutenir que réciproquement la rate agit sur le foie? Aux incertitudes de la clinique, j'ai tenté d'adjoindre la preuve expérimentale; en injectant, dans la veine porte, des extraits spléniques retirés de rates hypertrophiées par l'infection, j'ai fait naître de la congestion, quelques hémorrhagies et parfois des débuts d'angiocholite. Je reconnais cependant l'insuffisance de ces essais relatés il y a deux ans, attendu que les principes utilisés, suivant toute vraisemblance, devaient être en grande partie, sinon en totalité, constitués par des toxines, tandis que la rigueur ou mieux la logique de ces recherches eûssent exigé que les corps employés procédassent de la rate elle même. Il est clair, en effet, que le développement d'un foyer broncho-pulmonaire consécutif à l'arrivée d'une embolie détachée de la paroi de la veine fémorale ne prouve nullement que cette veine exerce sur le poumon une action quelconque; prise ailleurs, ma toxine eût également détérioré le viscère.

La solution de ce problème, mis à l'ordre du jour par MM. Banti, Chauffard, Ascoli, Fenoglio, etc., etc., repose peut-être sur des bases physiologiques. MM. Herzen, Silvestri, Pachon et Gachet, etc., estiment que la rate intervient dans la digestion, qu'elle facilite le jeu du pancréas lié à celui du foie; d'autre part, pour former certains pigments de la bile, quelques matières colorantes du sang élaborées dans le milieu splénique semblent indispensables. Dès lors, il est possible, grâce surtout aux actions à distance, qu'une tare de ce milieu, en privant le parenchyme hépatique d'un concours précieux, condamne ce parenchyme au surmenage et par suite à des modifications.

L'étude de la genèse des principales lésions qui surviennent pendant la maladie nous a permis de retenir la fréquence, évidemment toute relative, des *suppurations amicrobiennes* rencontrées dans le foie. En dehors de l'action des amibes, des gros parasites, en dehors de la disparition des germes pyogènes par nature ou par éducation, germes détruits par le temps, plus encore par les propriétés bactéricides de la bile, du pus, du glycogène, il semble que certains principes toxiques intestinaux soient aptes à réaliser cette dégénérescence purulente.

L'intestin contient, d'ailleurs, une série de composés générateurs de symptômes ou de lésions, telles les toxines, tels les éléments putrides, ammoniacaux, aromatiques, etc. A cette liste s'ajoutent des substances absolument normales; souvent on cherche les causes des désordres en examinant des matériaux plus ou moins extraordinaires, alors que des *diastases*, des sécrétions par excellence physiologiques, quand la protection fournie par les leucocytes ou la muqueuse fait défaut, vont partout engendrer des altérations variées. Au niveau de la peau, par exemple, ces diastases apportées par le sang ouvrent les portes aux infiniment petits de la surface externe; ces microbes pénètrent progressivement dans le plan sous-cutané, à ce point que, même peu de temps après le début, un dermatologiste pourrait considérer ce processus comme relevant exclusivement de l'infection, infection qui n'est ici que secondaire aux changements locaux du terrain.

Qu'il s'agisse des symptômes ou des lésions, des causes morbifiques ou des défenses organiques, il n'est pas possible d'entrer en ce moment dans des détails complets. D'ailleurs, il convient actuellement de rechercher quelle est la marche, l'évolution des accidents dont la genèse a longtemps retenu notre attention.

A chaque instant, en examinant de près les conditions de cette évolution des maladies, on demeure frappé de ce fait, à savoir qu'en grande partie la précision des notions relève des progrès récemment accomplis. Réjouissons-nous de ces progrès, car, petits ou étendus, pourvu qu'ils soient solidement établis, ils concourent à former ce que Renan appelle une *œuvre d'éternité*. Toutefois, ne tirons pas vanité de ces acquisitions si importantes qu'elles soient; le plus autorisé des Maîtres ne proclamait-il pas justement que les données scientifiques sont le fruit du travail commun, que toutes les générations ont leur part. Au demeurant, si nous sommes tentés de nous glorifier en songeant au chemin parcouru depuis peu, n'oublions pas qu'il suffit à un pygmée de se hisser sur les épaules d'un géant pour découvrir des horizons plus vastes que ceux qu'aperçoit ce géant.

La phase de l'*incubation* est celle du mystère, du moins en apparence, mais ce mystère ne signifie pas inertie. A partir de l'instant où le froid a impressionné un tronc nerveux, des altérations successives, silencieusement réalisées, perturbent de plus en plus le passage de l'influx, jusqu'au moment où ces troubles se traduisent soit par des douleurs, soit par une paralysie. Quant aux microbes, ils commencent par s'installer et sécrètent ensuite des toxines qui ne deviennent appréciables qu'à des doses variables avec la bactérie comme avec les réactions des tissus, réactions propres à engendrer aussi des substances morbifiques.

A coup sûr, la clinique enseigne, au point de vue de la durée de cette première phase, l'existence de certaines moyennes, en particulier quand il s'agit de virus fixes. Mais on conçoit aisément qu'en dehors des conditions si nombreuses, si importantes, tenant aux agents morbifiques ou à l'organisme, ces durées n'aient rien d'absolu : un lapin soumis à l'action du poison tétanique, pour un volume donné, n'offre pas de modifications saisissables avant la fin de la première journée, tandis que dès la neuvième heure je décèle, grâce à sa courbe calorimétrique, de légers changements. Les progrès de la technique, comme l'a montré M. Ferré pour la rage, réduisent de plus en plus cette phase de latence, si bien que, théoriquement tout au moins, il est possible d'entrevoir sinon sa disparition, en tout cas une diminution considérable.

Ce sont encore les découvertes contemporaines qui permettent pour ainsi dire de *doser l'évolution du mal*, de la rendre aiguë ou chronique, riche ou pauvre en symptômes graves ou légers. La proportion de culture inoculée gouverne en partie cette évolution et, au point de vue doctrinal, la distinction formulée entre les virus et les venins, venins dont les effets, d'après l'ancienne conception, étaient seuls à varier avec les volumes utilisés, tend à s'effacer.

A ce facteur *quantité* s'ajoute naturellement la *qualité* des agents étiologiques; la cantharidine, par exemple, engendre des accidents dont la marche est plus rapide que celle des désordres dus au plomb; les parasites relativement élevés par rapport aux bactéries — vers, acares, amibes, sporozoaires, etc. —, parfois simples épiphytes, déterminent ordinairement, par des procédés mécaniques ou chimiques, des perturbations chroniques. L'âge des infiniment petits, leur virulence, constituent, dans l'espèce, des éléments de haute importance. Or, en analysant cette virulence, on est conduit à mettre au premier rang des propriétés microbiennes l'aptitude à fabriquer en grand nombre et promptement des principes capables de modifier les tissus environnants.

Dès les premiers instants de son fonctionnement, le bacille pyocyanique fait naître des composés ammoniacaux; bien que dépourvus de spécificité en tant que sécrétions bactériennes, ces composés sont aptes à provoquer des accidents immédiats; si on les chasse par la distillation à 40°, cette toxicité les accompagne; privée de ces produits, la toxine engendre plus difficilement la mort sans incubation et tend, à cet égard, à se soumettre à la loi. Ajoutons qu'isolées, ces substances volatiles font naître une hémolyse souvent intense et soudaine; par contre, complète ou débarrassée de ces substances, la culture ne dissout les globules que lentement et faiblement.

Ces résultats, obtenus avec MM. Guillemonat et Levaditi, mettent en évidence l'existence d'une deuxième hémolysine, du reste insoluble dans l'alcool; ils établissent, en outre, puisque la partie est plus active que le tout, la présence, au sein de cette culture totale, de corps neutralisants ou au moins d'une sorte d'antagonisme. J'ai même tenté de désigner ces corps neutralisants; le pouvoir protecteur dont jouit parfois le mucus à l'égard des hématies, pouvoir dont M. J. Lépine a fourni la preuve, m'a poussé à rechercher, non sans quelque succès, si cette neutralisation ne serait pas l'œuvre de la mucine bacillaire.

Ces deux hémolysines et cet élément antagoniste fournissent une démonstration frappante de la *multiplicité*, pour un unique bacille, des sécrétions morbifiques, d'autant plus que la plupart des matières spécifiques, solubles et plus encore insolubles dans l'alcool, entrent aussi en ligne de compte. C'est, en effet, parmi ces matières que se trouvent les éléments propres à engendrer la vaccination, les symptômes caractéristiques et surtout les métamorphoses, hydratations, peptonisations, etc., etc., qui au début rendent, pour les bactéries, les tissus assimilables.

Il ne faut pas oublier qu'à l'origine, rares et généralement mal nourris, les microbes peuvent être aisément arrêtés dans leur évolution; leur puissance de pullulation ou de fonctionnement commence à la minute où leurs sucs ont changé en aliments suffisants les cellules de la zone contaminée. Aussi convient-il, par-dessus tout, de doter ces microbes de diastases aptes

à opérer sans tarder de tels changements: c'est en partie ce qu'on obtient par des passages répétés dans des organismes spéciaux ou par des cultures successives dans un milieu choisi, le foie, par exemple. Grâce à l'expérience de MM. Portier et Biery, grâce aux recherches que j'ai poursuivies avec M. Brocard sur l'utilisation des bi-hexoses, on voit que *l'aliment fait le ferment :* la lactase apparaît sous l'influence d'ingestions répétées de lactose et l'invertine se développe chez un chien qui mange beaucoup de saccharose. Dès lors, on comprend qu'un bacille, alimenté, par exemple, de préférence avec du parenchyme hépatique, fabrique principalement des composés destinés à digérer ce parenchyme; inoculé, ce bacille pourra évoluer un peu partout, mais à l'avance on conçoit, tant au point de vue de l'intensité qu'à celui de la rapidité de l'évolution des lésions, la prédominance hépatique des localisations et de la forme du processus. Une série de types morbides dépendent de ce mécanisme.

L'influence du choix de la *porte d'entrée* suivie par l'agent étiologique met en cause à la fois la part de cet agent et celle de l'économie : les différences enregistrées, en matière d'évolution morbide, sont parfois, suivant la nature de cette porte, des plus considérables. Vaccin, si on le dépose dans le sang, le vibrion septique, introduit sous la peau, amène la mort; pour la rage, il suffit de déplacer les morsures pour hâter ou ralentir la marche du virus; la présence des vêtements ne saurait à elle seule expliquer toutes ces variations : la chronicité relève de conditions plus complexes.

Une évolution aiguë demande une pullulation microbienne active, des sécrétions de toxines abondantes et multiples; or, un tissu par trop dense, scléreux à l'excès, plus encore corné, calcaire, se prête mal à ces exigences, en partie parce que, se laissant digérer avec peine, il alimente insuffisamment les bactéries. Du côté de l'économie, cette évolution aiguë comporte habituellement une prolifération cellulaire intense, des exsudats variés, etc., modifications difficiles à réaliser dans un territoire pauvre en éléments anatomiques fixes ou mobiles, en capillaires propres à permettre la diapédèse. Or, nul n'ignore que ces tissus fibreux, privés de petits vaisseaux, dégénérés, etc., se rencontrent de préférence chez les arthritiques et les vieillards, dont les processus sommeillent si souvent.

Dans ce domaine de l'évolution pathologique, le *terrain* joue un rôle chaque jour plus considérable; quelquefois un changement très localisé maintient la chronicité ou conduit à une prompte guérison. A l'aide de la toxine pyocyanique, faites naître de légères exulcérations gastriques; si vous alcalinisez certains estomacs, pendant que vous acidifiez les autres, vous verrez, conformément aux données en cours, dans le premier cas le mal disparaître et dans le second persister.

En d'autres circonstances, les modifications apportées à l'évolution d'un processus morbide relèvent d'un état physiologique général, tel que la *grossesse.*

Le ralentissement, découvert par Andral et Gavarret, dans l'activité des échanges de la femme enceinte facilite le développement de l'*obésité;* chez une personne de dix-huit ans, j'ai vu, du septième au neuvième mois, le poids augmenter de 8,225 grammes; tout devenait graisse et l'hypoazoturie, correspondant à 14 grammes en vingt-quatre heures en dépit d'une ration alimentaire plus que suffisante, achevait de démontrer l'existence de la bradytrophie.

L'état gravide s'accompagne fréquemment de *glycosurie*, au début parce que foie et tissus consomment moins de sucre, à la fin principalement en raison de la surcharge glycogénique qui amène la glande biliaire à refuser ce sucre. Il faut également tenir compte, d'après ce que j'ai observé avec M. Brocard, de la nature de l'hexose employé et, si on se sert de bi-hexose, de la valeur des ferments de dédoublement.

En présence de la complexité du problème, on est quelque peu surpris de voir, à la suite de l'usage exclusif et insuffisant de la liqueur de Fehling, des auteurs admettre à chaque instant des tares hépatiques, dont la démonstration repose précisément sur des glycosuries dites alimentaires. Tout d'abord, les obstructions portales mises à part, ces exemples de glycosurie sont relativement assez rares; avant de faire faillite, les organes, corps thyroïde, pancréas, etc., usent jusqu'à leurs dernières cellules, et on a quelque peine à mettre d'accord la loi de la surabondance d'un tissu, en vue d'une fonction déterminée, avec ces incessants manques au devoir physiologique se produisant parfois de la part de la glande biliaire pour des motifs futiles. En second lieu, à lire certains mémoires, on dirait vraiment que cette glande seule élabore le sucre, l'urée, les éléments acides ou ammoniacaux, les couleurs d'aniline, etc., que seule elle est thermogène.

En réalité, la mesure de ces produits ne fournit pas régulièrement sur l'état de ce viscère d'indiscutables renseignements. On peut en dire autant de diverses méthodes, d'ailleurs intéressantes; citons l'examen de l'élimination pulmonaire d'une substance volatile déposée dans l'intestin ou la comparaison des effets obtenus en injectant un élément toxique, d'un côté, dans le réseau portal, de l'autre, dans un vaisseau périphérique. Dans le premier cas, cette élimination subit l'influence des parois intestinale ou alvéolaire, aussi bien que celle du parenchyme hépatique. Dans le deuxième, quelle que soit la voie de pénétration de cet élément toxique, avant d'atteindre les centres nerveux qui vont réagir, il est soumis, dans le cœur et la petite circulation, à une égale dilution; mais, quand on confie ce principe au réseau portal, une première et considérable dilution s'opère tout d'abord dans le foie, pendant qu'à ce même niveau et par définition l'injection poussée dans un système porte se ralentit. Or, nul n'ignore que la toxicité d'un corps change et avec le degré de concentration et avec la vitesse d'introduction.

En somme, les procédés usuels permettent difficilement d'apprécier avec rigueur les multiples fonctions qu'à côté de la sécrétion de la bile Bichat présageait clairement; peut-être, à cet égard, convient-il, imitant Strauss, de s'adresser à la lévulosurie.

Quoi qu'il en soit, l'hyperglycémie confère à la grossesse le pouvoir d'exercer sur l'évolution de l'infection une indéniable influence; en outre, les extraits des tissus d'éclamptiques, en particulier ceux du placenta, attestent, en se révélant très nocifs, le rôle de la gravidité dans la genèse des *auto-intoxications.* Il est même possible, chez des femelles pleines, de mettre en lumière l'accumulation progressive des poisons; en injectant comparativement et à des époques successives les produits cédés à l'eau salée par des glandes biliaires normales et par celles de ces femelles pleines, on reconnaît qu'ordinairement les premières de ces glandes livrent plus de matériaux nuisibles. Du reste, si on réfléchit aux changements physiologiques qu'entraîne l'apparition de la gestation, de tels résultats deviennent moins surprenants.

La richesse des tissus fœtaux en matières offensives permet aux mutations intimes du fœtus de devenir l'origine de poisons spéciaux à cet état gravide. De plus, deux des sources habituelles des composés auto-toxiques fournissent en abondance : d'une part, la désassimilation dont les déchets mal oxydés en raison de la paresse des échanges se montrent plus actifs, d'autre part, les fermentations digestives fréquemment accrues par la constipation. Enfin, au cours de la grossesse, il n'est pas inouï de constater quelques défectuosités dans des organes chargés des fonctions antitoxiques ou éliminatrices; parmi ces organes, citons, d'un côté, la muqueuse de l'iléon, le foie, les capsules surrénales et l'appareil thyroïdien, et, de l'autre, la peau pigmentée, l'intestin inerte, le rein quelquefois médiocrement perméable.

Ainsi, l'excès de production toxique, aggravé par l'insuffisance soit de la destruction soit de l'émonction, explique l'accroissement de ces poisons et leur diversité, diversité propre, à son tour, à faire comprendre la variété des modalités symptomatiques. C'est encore cette multiplicité de provenance — qu'il s'agisse d'éclampsie ou d'une autre auto-intoxication — qui rend en partie compte de l'inégalité de répartition de ces éléments nuisibles. Le sang, milieu intermédiaire entre l'extérieur et les plasmas profonds, jaloux de la constance de sa composition, ne retient pas toujours ces éléments ou quelquefois, condition redoutable, ne les reçoit même plus. J'ai récemment pu injecter 104 c.c., plus de 6 fois la quantité habituelle, d'un sérum peu dense recueilli chez une urémique spéciale; en revanche, 9 grammes de foie frais, au lieu de 20, ont constitué la dose mortelle.

Il importe donc de chercher ces produits là où ils se trouvent; on conçoit qu'à leur contact, comme je l'ai expérimentalement prouvé, les organes, en particulier le foie, s'altèrent. Evidemment, dès qu'elles sont réalisées, ces altérations interviennent; mais on ne saurait voir dans une d'elles, quelle que soit son importance, le point de départ absolu des manifestations observées : une lésion est chose secondaire.

En dehors de son action sur l'évolution des maladies qui se rattachent à la nutrition, à l'infection, à l'intoxication, la grossesse exerce aussi une influence sur les *réactions nerveuses* et sur la *constitution du sang.*

Avec M. Guillemonat, j'ai vu la cession du fer splénique maternel au rejeton, qui semble se prémunir contre la pauvreté du lait en principe ferrugineux, préparer la genèse des anémies de la femme enceinte.

D'un autre côté, l'alcalinité humorale fléchit; dans leurs attaques de l'os, les acides vont quelquefois jusqu'à l'ostéomalacie, si exceptionnelle hors de l'état de gestation; le plus souvent, ils se bornent à mettre la chaux en circulation. Or, chacun sait que la présence de cette base, aussi bien que l'abaissement de cette alcalinité des plasmas, figurent au nombre des conditions favorables à la genèse des thromboses.

Il serait aisé de mettre en lumière d'autres causes capables d'agir sur l'évolution des maladies. En dehors de l'ancienneté des virus pour une race donnée, en dehors du rôle des associations, des localisations et des généralisations du processus, en dehors aussi de la thérapeutique, des vaccinations, de l'hygiène, des climats, etc., l'agriculture, la police sanitaire, la civilisation modifient la marche d'une foule d'affections; il suffit de rappeler les exemples de la malaria, de la rage, du choléra, de la peste, de la variole, de la lèpre, etc. : il appartient à l'*histoire de la médecine* de dégager de telles influences.

A un point de vue général ou restreint, l'évolution des entités pathologiques est, en définitive, essentiellement inégale dans ses allures. Les intermittences, les rechutes, les récidives, traduisent, pour une part, ces inégalités, liées, dans ces cas, à des retours d'activité microbienne ou à la disparition d'une immunisation incomplète; il en est de même des crises qui, en réalité, consistent dans la création de conditions hostiles aux agents morbifiques, permettant par suite à l'organisme de se soustraire à leur pouvoir et de faire effort pour se débarrasser, à l'aide des différents appareils, des matières peccantes accumulées.

A côté de ces inégalités manifestes, observées dans la marche des affections, il en est de plus délicates, qui se reproduisent plus fréquemment : telles sont celles qui se rattachent aux propres *fluctuations de la vie cellulaire.* J'ai montré, à ce sujet, qu'il est possible de superposer les courbes quotidiennes de certaines albuminuries et celles qui représentent, durant une journée, la marche de la température, de l'urée, de la pression, de la toxicité urinaire, etc. Ce parallélisme n'est pas de nature à étonner, quand on sait que la maladie n'est habituellement qu'une déviation de l'état normal; les allures de l'une et de l'autre peuvent revêtir le même aspect, suivre les mêmes rythmes.

Chaque heure nous apporte des notions relatives à la connaissance exacte de ces oscillations évolutives; toutes reposent sur des modifications réalisées dans l'anatomie, la physiologie ou la chimie de la cellule. La multiplicité, la variété de ces continuelles acquisitions, provenant de tant de chercheurs, sont bien propres à rappeler à la modestie celui qui serait tenté de se glorifier de son œuvre personnelle. Sans cesse nous entrons en possession de données et surtout d'explications nouvelles; nous paraissons constamment nous approcher d'un but qui toujours s'éloigne, et ce mouvement incessant nous fait comprendre comment, suivant une parole de Gœthe, entendue dans un sens général, « l'expérience corrige l'homme tous les jours ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 décembre 1901.

Transmissibilité de la tuberculose humaine aux animaux.

M. S. Arloing (de Lyon) communique les résultats de trois séries d'expériences dans lesquelles des bacilles humains de provenance différente (crachats, liquides pleurétiques, etc.), ont déterminé par inoculation intraveineuse la tuberculisation du bœuf, du mouton et de la chèvre.

Les lésions constatées chez ces animaux se sont manifestées sous la forme de granulations confluentes ou discrètes dans le poumon, le foie, la rate, les ganglions, les reins, etc., et se sont toujours distinguées par une caséification hâtive.

Rapprochant ces résultats expérimentaux de ceux qu'il a déjà obtenus antérieurement, l'orateur déclare avoir réussi jusqu'à présent à transmettre la tuberculose de l'homme à 23 animaux.

Si MM. Koch et Schütz ont échoué dans leurs inoculations (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 250), c'est, d'après M. Arloing, qu'ils se sont servis de cultures de bacilles à virulence affaiblie, d'une part, et, d'autre part, que les doses de ces cultures inoculées aux animaux ont été beaucoup trop faibles.

S'appuyant sur les résultats qu'il a obtenus, l'orateur se croit autorisé à admettre :

1° Que la virulence du bacille de la tuberculose étant variable et capable de s'adapter à certains organismes, il n'est pas surprenant que le bacille humain puisse manifester sur certains animaux moins d'activité que le bacille de la tuberculose bovine;

2° Que l'on peut entretenir en cultures pures des bacilles humains aptes à tuberculiser le bœuf, le mouton, la chèvre, etc.;

3° Que si l'on en trouvait qui ne fussent pas susceptibles de produire ce résultat — et il en existe certainement —, il ne s'agirait pas pour cela d'une tuberculose absolument distincte;

4° Que l'unicité de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale à bacilles de Koch reste indiscutable;

5° Que MM. Koch et Schütz n'étaient pas autorisés, de par leurs expériences, à préconiser une distinction absolue entre la tuberculose humaine et celle des animaux;

6° Qu'il est utile de maintenir, dans une sage mesure, les précautions édictées à l'égard de la viande et du lait suspects de recéler le bacille de la tuberculose.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 décembre 1901.

Inoculation du cancer de l'homme au rat blanc.

M. Mayet adresse une note dans laquelle il fait connaître les résultats d'expériences qu'il a entreprises pour démontrer la transmissibilité du cancer de l'homme au rat blanc, et qui confirment des recherches antérieures communiquées par l'auteur à l'Académie il y a plus de huit ans (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 283).

Dans 3 cas, M. Mayet a vu apparaître, après des injections répétées de macération aqueuse non filtrée de cancer, des nodules épithéliomateux très petits dans les reins; chez 3 autres animaux, il a constaté, au niveau des mêmes organes, l'existence de cavités anfractueuses, paraissant provenir de la fonte de productions néoplasiques. L'introduction de fragments cancéreux dans le péritoine a eu 2 fois pour conséquence la formation de très petits foyers dans le foie et le rein; chez 2 autres rats, la glande hépatique fut le siège de lésions beaucoup plus considérables; elle était, en effet, parsemée de petits foyers et présentait, en outre, un noyau néoplasique volumineux, atteignant, dans un fait, 2 centimètres de long sur une largeur de 2 à 8 millimètres; un troisième rat, ayant reçu une macération filtrée de sarcome, offrit un néoplasme hépatique en apparence identique aux précédents, mais dont l'examen histologique n'a pas été fait. Enfin, dans un dernier cas, l'introduction de matière cancéreuse dans la cavité péritonéale détermina la production, sur le tube digestif (estomac et intestin grêle), d'une vingtaine de tumeurs sous-séreuses, ayant à peu près la moitié du volume d'un petit pois.

Au total, les essais d'inoculation dont il s'agit ont eu un résultat positif dans 5 cas, douteux dans 7, négatif dans 42.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 décembre 1901

Des difficultés du diagnostic des lésions médullaires dans les traumatismes rachidiens.

M. Nimier. — M. Reclus a communiqué, dans la dernière séance, une observation qui montre combien est parfois difficile le pronostic immédiat des lésions rachidiennes. Cette difficulté est pour ainsi dire la règle en chirurgie d'armée. J'ai eu l'occasion, pour ma part, de pratiquer l'autopsie de deux hommes ayant succombé à des traumatismes rachidiens, après avoir présenté une paraplégie complète, et je n'ai pas trouvé chez ces sujets les lésions médullaires graves que l'on était en droit de soupçonner.

M. Quénu. — Je puis vous faire connaître, à ce propos, un fait que j'ai observé avant-hier. Il s'agit d'un traumatisme de la région cervicale, ayant entraîné une fracture de la colonne vertébrale au niveau de la cinquième vertèbre cervicale; au moment où je vis le blessé, c'est-à-dire vingt-six heures après l'accident, il existait une paralysie absolue des membres inférieurs, ainsi qu'une paralysie des muscles de la main et de l'avant-bras, avec conservation des mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras. J'ai soigneusement recherché l'état des réflexes, et j'ai pu constater leur abolition complète.

M. Walther. — Il résulte de l'ensemble de la discussion qu'a soulevée ma communication qu'il n'y a, en réalité, aucun signe permettant le diagnostic certain de la section totale de la moelle.

Deux cas de duodénostomie.

M. Routier. — En janvier 1889, j'ai eu l'occasion de pratiquer une intervention analogue à la duodénostomie dont M. Hartmann nous a parlé mercredi dernier. Il s'agissait d'une malade qui avait avalé de l'acide sulfurique et qui présentait tous les signes d'un obstacle mécanique au passage des aliments. M'étant assuré que l'œsophage était perméable, je me décidai à faire une laparotomie, et je pus ainsi constater, au niveau du pylore, un épaississement qui me parut en rapport avec un rétrécissement; or, l'exploration digitale, après ouverture de l'estomac, me montra qu'il n'y avait pas de sténose; aussi me contentai-je de faire, sur la portion souple du pylore, une boutonnière par laquelle j'introduisis une sonde destinée à assurer l'alimentation. La malade succomba à une péritonite localisée qui, ainsi que l'autopsie le fit reconnaître, était consécutive à une ulcération de la paroi postérieure de l'estomac.

Dans un fait analogue, je me suis comporté de la même façon et ai également établi une bouche pylorique, intéressant à la fois le pylore et le duodénum. Enfin j'ai dû pratiquer une fois, pour des lésions d'occlusion pylorique consécutives à l'ingestion d'acide chlorhydrique, une pylorectomie qui a été suivie de mort.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 décembre 1901.

Dysenterie sporadique précédée d'une polyarthrite dysentérique.

M. Claude. — Les manifestations articulaires de la dysenterie ne s'observent que dans la proportion de 3.5 % des cas et se montrent surtout au cours de la convalescence. A ce double point de vue, il me paraît intéressant de vous relater un fait que je viens d'observer : il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, chez lequel des arthrites multiples ont précédé l'apparition de la dysenterie. Ces arthrites s'amendèrent sous l'influence du salicylate de soude, et pendant quelques jours la fièvre disparut. Le malade se plaignit seulement alors de constipation et raconta que, depuis le début des accidents articulaires, ses selles étaient rares et de coloration verdâtre. Puis, la constipation fit brusquement place à une diarrhée qui devint rapidement intense, fétide et mélangée à une abondante quantité de sang. La fièvre s'alluma de nouveau, accompagnée de vives douleurs abdominales, et finalement d'une péritonite par perforation, qui eut une issue fatale.

L'autopsie montra l'existence des lésions classiques de la dysenterie, localisées à l'S iliaque et à la moitié gauche du côlon transverse; les recherches bactériologiques ne donnèrent pas de résultat.

M. Simonin dit avoir rencontré plusieurs fois, dans les premières selles de dysentériques, des colibacilles et un entérocoque, mais il estime que ce ne sont là que des agents d'infection secondaire et que le véritable microorganisme pathogène de la dysenterie reste encore à déterminer.

M. Antony fait remarquer qu'il est très rare de trouver dans la dysenterie *nostras* les amibes qu'on a signalés dans la dysenterie des pays chauds.

Tétanos aigu guéri par des injections d'acide phénique.

M. Enriquez relate, en son nom et au nom de M. Bauer, l'observation d'une femme qui fut prise, à la suite d'une blessure de l'index, de tétanos généralisé, à marche rapide, avec accidents bulbaires (dissociation de la température et du pouls, crises de dyspnée, vomissements, etc., etc.).

Pendant les quatre premiers jours, cette malade fut traitée sans résultat par des lavements de chloral et des injections de sérum antitétanique. On eut recours ensuite, durant deux jours, à des injections d'une solution d'acide phénique (4 c.c. le premier jour, 6 c.c. le second); puis, comme aucune rémission n'apparaissait, on modifia le traitement de la façon suivante : on fit quotiennement une saignée de 150 à 200 grammes, suivie de deux injections de 200 grammes de sérum artificiel additionné de 3 c.c. de solution phéniquée à 2 %. Au bout de deux jours, les contractures ayant presque disparu, on supprima la saignée et l'on se contenta des injections de sérum phéniqué. La guérison est aujourd'hui complète.

Cette observation semble prouver qu'en dépit des résultats expérimentaux défavorables obtenus par MM. Courmont et Doyon, ainsi que par M. Josias, il est rationnel d'employer les injections d'acide phénique dans tous les cas de tétanos grave, paraissant devoir se terminer rapidement par la mort.

Endocardite végétante avec aortite ulcéreuse.

M. Huchard montre l'aorte d'un homme ayant eu autrefois la syphilis, chez lequel une endocardite végétante à rémissions multiples ne se manifesta au début que par des accès fébriles intermittents revenant irrégulièrement, et évolua pendant dix-sept mois avant de se terminer par la mort.

A l'autopsie on constata, outre une endocardite végétante de la valvule mitrale, une aortite ulcéreuse avec dilatation anévrysmale de la partie inférieure de l'aorte abdominale et, enfin, des infarctus des reins et de la rate, manifestement d'origine embolique.

Atrophie musculaire réflexe chez un tabétique.

M. Enriquez présente, en son nom et au nom de M. Bauer, un ancien tabétique chez lequel on constate une atrophie très marquée des muscles sterno-mastoïdien, trapèze, rhomboïde et grand dentelé droits, ainsi que de la partie moyenne du deltoïde et du grand pectoral, avec déplacement en bas et en avant de l'épaule correspondante.

S'appuyant sur la marche rapide de cette atrophie, sur les résultats de l'examen électrique (abolition de la contractilité faradique sans modifications qualitatives de la réaction galvanique) et surtout sur l'existence de quelques altérations des épiphyses humérale et claviculaire droites, l'orateur se croit autorisé à admettre l'existence, dans le tabes, d'atrophies musculaires d'origine réflexe, consécutives à des arthropathies commençantes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 décembre 1901.

Du diabète par anhépatie dans les cirrhoses.

MM. Gilbert et **Lereboullet.** — Les conditions nécessaires au développement du diabète anhépatique sont rarement réalisées dans les cirrhoses atrophiques ou hypertrophiques accompagnées d'insuffisance du foie; on comprend donc que le diabète ne soit observé qu'exceptionnellement au cours de ces affections. Il en est le plus souvent de même dans les cirrhoses atrophiques alcooliques, malgré l'insuffisance hépatique, parce que le malade ne mange pas et meurt rapidement; de plus, il est habituellement soumis au régime lacté qui constitue le traitement par excellence du diabète par anhépatie et qui rend, en outre, impossible à saisir une glycosurie digestive. Il existe pourtant certains cas de cirrhose hypertrophique alcoolique ou biliaire où, l'hyperhépatie fonctionnelle ne se superposant pas à l'hyperhépatie organique, on peut observer — si (comme dans les cirrhoses biliaires) le malade est boulimique, s'il vit, si l'on pratique l'examen fractionné des urines — l'existence d'un véritable diabète par anhépatie lequel, parfois, est assez considérable et peut s'accompagner de symptômes secondaires, notamment de gingivite expulsive.

Ces faits viennent à l'appui de la conception pathogénique du diabète par anhépatie chronique sans lésion du foie, et l'on ne saurait arguer de la rareté du diabète dans les cirrhoses pour nier le rôle de l'insuffisance hépatique. Cette rareté s'explique aisément par l'absence des conditions nécessaires à la production du diabète. En regard du diabète par anhépatie dans les cirrhoses se place, d'ailleurs, le diabète par hyperhépatie dans certaines cirrhoses hypertrophiques alcooliques ou pigmentaires.

Des altérations hépatiques dues à la rétention de l'urée.

M. Gouget. — On sait que Hanot et Gaume ont observé cliniquement, dans certains cas d'urémie, une transformation hyaline des cellules hépatiques, et que Popov a retrouvé cette altération chez des animaux ayant subi la néphrectomie bilatérale ou la ligature des uretères. Ayant constaté des lésions analogues chez des lapins soumis à des injections répétées d'urine à dose croissante, nous avons cherché à déterminer si l'urée n'était pas le principal agent de leur production.

Chez un certain nombre de lapins qui avaient reçu sous la peau ou dans les veines des injections répétées d'urée à haute dose, nous avons observé, en effet, ces altérations, caractérisées par l'augmentation de volume, la pâleur et la dureté du foie, et, au microscope, par la présence de zones pâles au niveau desquelles les cellules hépatiques ont conservé à peu près leur volume, leur forme et leur ordination, mais ont perdu la faculté de se colorer, à l'exception du noyau qui reste normal. D'autre part, la recherche du glycogène dans le foie d'un de nos animaux fut négative; ce fait a du reste été signalé par Bussi chez des animaux rendus expérimentalement urémiques. La rétention de l'urée est donc, à n'en pas douter, au moins un des facteurs des altérations hépatiques de l'urémie.

Infantilisme expérimental.

MM. Roger et **Garnier.** — On admet, aujourd'hui, que l'infantilisme reconnaît pour cause principale, sinon unique, une dystrophie thyroïdienne. Voici une expérience qui vient à l'appui de cette opinion : nous avons pris deux chiens appartenant à une même portée et pesant tous deux, à l'âge d'un mois, 2,160 grammes; l'un a été gardé comme témoin, tandis que chez l'autre nous avons déterminé une sclérose de la glande thyroïde en injectant du naphtol dans les vaisseaux de cet organe. Or, au bout de quinze jours, le témoin pèse 3,300 grammes, alors que l'animal en expérience ne pèse que 2,100 grammes. Cependant, ce chien est l'objet des soins particuliers de sa mère qui ne veut plus se laisser téter par ses autres petits et conserve son lait pour le malade. Ce dernier, contrairement au témoin, paraît d'ailleurs incapable de prendre une autre nourriture. Il est, en outre, beaucoup moins vif et marche plus difficilement; enfin, ses poils sont restés courts, clairs, raides et cassants, alors que chez le témoin ils sont devenus longs, abondants, ondulés et laineux. Comme on peut en juger par les animaux que nous présentons à la Société, nous avons réalisé ainsi un infantilisme expérimental d'origine thyroïdienne.

Méningite spinale plastique expérimentale par le poison sclérosant du bacille tuberculeux.

M. Delille. — En introduisant sous l'arachnoïde du chien, au moyen de la ponction lombaire, une certaine quantité de poison sclérosant du bacille tuberculeux (chloroformo-bacilline d'Auclair), j'ai pu déterminer, au bout de trois semaines environ, une méningite chronique se traduisant par de la paraplégie avec contracture et amyotrophie.

Ces résultats sont comparables à ceux que j'ai obtenus précédemment avec le poison caséifiant ou éthéro-bacilline (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 351). Les réactions histologiques sont également très analogues : il s'agit, en effet, de productions nodulaires formées de polynucléaires au centre, de mononucléaires à aspect épithélioïde dans la zone moyenne et de lymphocytes à la périphérie, mais on constate, en outre, une réaction fibreuse très marquée.

On peut donc conclure de ces expériences que le poison sclérosant joue un rôle synergique de celui du poison caséifiant dans la production des méningites chroniques tuberculeuses spinales.

Des toxones de la tuberculine.

MM. S. Arloing et **A. Descos.** — Nous avons cherché, en nous inspirant de la distinction établie par Ehrlich parmi les produits du bacille de Lœffler, si des corps analogues aux *toxones* ne pourraient pas être mis en évidence dans la tuberculine.

Par des mélanges convenables de tuberculine brute et de sérum antituberculineux, en prenant comme réactifs des cobayes tuberculeux, ainsi que des cobayes et des lapins sains, nous avons réussi à supprimer l'empoisonnement tuberculineux aigu, tout en laissant subsister une toxicité particulière que nous attribuons à des toxones, isolables par l'addition à la tuberculine de deux ou trois volumes de sérum antituberculineux.

Dégénérescence expérimentale spéciale du foie et des reins, d'origine cytolytique.

MM. Ramond et **Hulot.** — Il résulte de nos expériences que l'injection répétée de substance hépatique de cobaye à des cobayes sains amène des lésions manifestes du foie, à l'exclusion de tout autre viscère. Ces lésions sont constituées par une dégénérescence graisseuse avec infiltration, surtout sus-hépatique, sans trace de réaction conjonctive, et sont attribuables à la production d'une cytolyse spéciale.

Les mêmes expériences faites avec de la substance rénale donnent des résultats anologues, mais cependant moins prononcés.

Influence de la mucine sur le bacille de Löffler et sur sa toxine.

M. F. Arloing. — J'ai constaté *in vitro* que la mucine extraite de la limace exerce sur la virulence du bacille de Löffler en culture liquide une action atténuante incontestable. Par contre, la toxine diphtérique n'est nullement modifiée par son mélange à la mucine. Il semble donc que la mucine ait une action bactéricide et non antitoxique.

M. Maurel envoie une note de laquelle il résulte que le chlorhydrate d'émétine peut être considéré comme un anesthésique local, au moins chez le lapin, et cela à doses assez faibles pour rester sans action sur l'état général.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 11 décembre 1901.

Emphysème du foie dans un cas de septicémie « post abortum ».

M. Westenhöffer relate l'observation d'une femme de vingt-deux ans, qui succomba quelques jours après un avortement; l'examen gynécologique avait montré que le col utérin était en forme de champignon, que le canal cervical admettait deux doigts, et que la matrice, du volume du poing, contenait des débris placentaires en putréfaction. A l'autopsie, on trouva, dans les poumons, les reins et la rate, des foyers purulents et des abcès, dont les dimensions variaient de celles d'un grain de mil à celles d'une cerise; la muqueuse utérine était recouverte d'un enduit diphtéroïde, le canal cervical rempli d'un dépôt fibrino-purulent; des thrombus puriformes obstruaient les vaisseaux; les ovaires présentaient les signes d'une inflammation aiguë. Mais c'est le foie qui offrait les altérations les plus curieuses : sa palpation révélait une crépitation analogue à celle de l'emphysème sous-cutané; sous la capsule se trouvaient, en effet, de nombreuses bulles de gaz; la section de l'organe montrait l'existence, dans le parenchyme, de vésicules semblables; ces gaz étaient sans odeur. Les ensemencements permirent d'isoler en culture pure de gros bâtonnets rappelant les bacilles du charbon; ces éléments, à extrémités arrondies, se coloraient facilement par les couleurs d'aniline et prenaient bien le Gram. Quant à leur localisation sur les coupes, on les trouvait presque exclusivement dans les espaces portes, et aussi, mais en faible quantité, dans les capillaires biliaires; les cellules hépatiques n'étaient pas dégénérées.

Les bulles gazeuses ne contenant presque pas de ces microorganismes, l'orateur estime que les gaz n'avaient pas dû prendre naissance sur place, mais bien dans les espaces portes, d'où ils avaient diffusé aux points où la pression était le moins forte, c'est-à-dire dans le parenchyme hépatique.

M. Westenhöffer rapproche de ce fait une observation de M. Bernhardt qui put isoler, dans un cas de septicémie foudroyante, un microbe semblable à celui qu'il vient de décrire; il rappelle que certains auteurs américains attribuent la septicémie à un microorganisme spécial, réalisant une infection mixte par son association avec le *Bacterium emphysematosum*.

M. Stadelmann déclare avoir observé jadis un cas de purpura hémorrhagique terminé par la mort, et qui donnait l'impression d'une septicémie. Pendant la vie, le sang renfermait des

streptocoques et des staphylocoques; mais après la mort, on isola du sang du cœur, outre les formes précédentes, un bacille en tout point semblable à celui dont vient de parler M. Westenhöffer; ici aussi, le foie était emphysémateux et il existait des gaz dans différents organes. Les cultures du microorganisme en question devenaient fortement acides et dégageaient, outre de l'acide carbonique en abondance, un gaz combustible formé aux dépens des hydrates de carbone.

M. Senator dit avoir vu plusieurs fois des manifestations articulaires pyosepticémiques avec formation de gaz dans les jointures; dans un de ces cas on put isoler le *Bacterium coli*.

Les anomalies thoraciques comme cause prédisposante de la tuberculose pulmonaire.

M. R. Virchow montre, à propos de la récente communication de M. Freund sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 421), des pièces provenant du Musée pathologique. Il propose de distinguer deux sortes d'altérations des cartilages costaux, suivant qu'il s'agit d'ossifications ou de fractures directes; au premier groupe ressortissent les exostoses supracartilagineuses (par périostite ossifiante ou par ossification directe) et les véritables ossifications cartilagineuses. Mais auparavant existe un stade de plus grande fragilité des cartilages, d'où résultent des fractures avec formation d'un cal fibreux, parfois supracartilagineux Ces lésions, en immobilisant la partie supérieure du thorax, rendent imperméables à l'air les portions correspondantes du poumon et gênent l'expulsion des produits usés; ces conditions sont favorables au développement de lésions chroniques des sommets, mais il est douteux qu'il se produise ainsi des tubercules.

M. Hansemann constate que la communication de M. Freund établit sur une base matérielle la prédisposition à la tuberculose, trop négligée par les bactériologistes. En ce qui concerne les observations de M. Virchow, il fait remarquer que les anomalies décrites par M. Freund consistaient surtout en raccourcissement des cartilages costaux avec ossification secondaire.

D[r] VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 21 décembre 1901.

De l'extirpation totale des anévrysmes.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. von Eiselsberg** a présenté un homme de cinquante-deux ans auquel il a extirpé un anévrysme de l'artère fémorale du côté gauche. C'est la onzième fois que l'orateur pratique cette opération, presque toujours pour des anévrysmes des artères fémorale ou poplitée; dans 9 de ces cas, l'anévrysme était d'origine traumatique. D'après M. von Eiselsberg, l'extirpation donnerait de meilleurs résultats que les autres modes de traitement (ligature, compression, etc.).

Des cirrhoses cardiaques.

M. V. Eisenmenger a appelé l'attention sur les cirrhoses cardiaques, dont il distingue deux grandes variétés : dans la première, le foie, dont l'aspect rappelle assez celui du foie des cirrhotiques, est petit, bosselé et granuleux; dans la seconde, on observe soit de petites embolies dans les branches terminales de l'artère hépatique, soit des îlots de sclérose hépatique ou encore des proliférations conjonctives périvasculaires ou péri-angiocholiques. S'appuyant sur ces données anatomo-pathologiques, l'orateur propose de substituer la dénomination de congestion passive du foie à celle de cirrhose cardiaque.

Chancre mou extragénital.

M. K. Ullmann a montré un malade qui offre, au niveau du pouce, un chancre mou paraissant résulter d'une auto-inoculation, car ce patient est aussi porteur d'une chancrelle de la verge; le bacille de Ducrey a été constaté dans l'ulcération du pouce. L'orateur insiste sur l'extrême rareté du diagnostic de chancre mou extragénital; il estime que beaucoup de suppurations rebelles des doigts sont peut être le résultat d'une inoculation chancrelleuse.

Myiase intestinale chez l'homme.

Dans la séance du 19 courant de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. S. Pollak** a fait remarquer, à propos du malade dont M. Schlesinger a communiqué l'observation dans une précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 397), qu'on est autorisé à croire que ce patient présentait depuis longtemps des ulcérations de l'intestin, car on avait remarqué à plusieurs reprises du sang dans ses garde-robes; aussi peut-on se demander si la myiase était chez lui primitive, ou si, plutôt, l'intestin n'était pas déjà altéré au moment où il a été envahi par les larves de diptères. D'après M. Lichteim (de Königsberg), ces larves, lorsqu'il n'existe aucune prédisposition, traversent le tube digestif sans déterminer aucun accident.

M. Csokor a observé 5 cas de myiase intestinale chez l'homme; dans tous, il s'agissait de larves d'*Homalomyia scalaris*. Cette mouche dépose ses œufs sur les aliments et donne des larves qui atteignent une longueur de 1 centimètre et s'accumulent en grand nombre dans l'intestin, mais sans produire habituellement des désordres graves. Dans le cas de M. Schlesinger, il est possible que les lésions déterminées par les larves aient été le point de départ d'infections secondaires.

M. Feix a présenté un soldat qui, après avoir mangé des substances grasses, fut pris de coliques et de diarrhée. A la suite de l'administration de calomel, on vit dans ses selles de nombreuses larves de mouche qui disparurent après une séance d'entéroclyse. Actuellement cet homme est guéri.

M. London dit avoir trouvé, dans les déjections de malades atteints de diarrhée dysentériforme, des larves de *Musca vomitoria*. Il suffit de prescrire aux patients de la santonine et du calomel pour les débarrasser de cette affection. D'ailleurs, l'orateur estime que les diptères pénètrent rarement dans l'intestin de l'homme ou qu'ils y sont détruits, comme le soutient M. Lichteim, par les sucs digestifs.

M. Kauders attribue l'action nocive des larves, chez le malade de M. Schlesinger, à la stagnation du contenu intestinal par suite du rétrécissement de l'intestin.

M. von Schrötter a relaté l'observation d'un homme présentant des ulcérations intestinales semblables à celles que causent les larves de diptères, mais de nature fort différente. Il s'agit d'un individu atteint de diarrhée rebelle et dont les selles contenaient du pus et des débris de tissus nécrosés, sans qu'on sût à quelle cause rapporter ces accidents. Le patient étant mort d'épuisement, on constata à l'autopsie de nombreuses ulcérations intestinales, en partie cicatrisées; au niveau de l'une d'elles était fixée l'extrémité d'un tuyau de pipe. Si, ce qui était très possible, cet homme avait rendu sans s'en apercevoir ce corps étranger, on se serait trouvé en présence d'ulcérations impossibles à expliquer, et si, par hasard, on avait constaté des larves dans son intestin, on les aurait vraisemblablement incriminées.

Rétrécissement traumatique de l'aorte thoracique descendante.

M. Robert Breuer a communiqué l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans, qui avait reçu, à l'âge de huit ans, un coup de corne de taureau dans le côté gauche et qui, depuis cette époque, avait presque continuellement de l'oppression, de la toux, des palpitations, etc., etc. Une hémoptysie foudroyante l'ayant emporté il y a quelques mois, on trouva, à l'autopsie, le poumon gauche complètement ratatiné et fixé par des adhérences au médiastin. Au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche, la lumière de l'aorte était obstruée par une sorte de voile membraneux perforé à son centre et provenant de la déchirure des tuniques internes du vaisseau, déchirure qui s'était vraisemblablement produite au moment de l'accident.

D[r] SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De la fracture par arrachement de la tubérosité du calcanéum, par M. C. HELBING.

Les derniers auteurs qui ont étudié les fractures du calcanéum (M. Golebiewski et M. Ehret) ont établi que la compression en est le mécanisme habituel, qu'il s'agisse des fractures du corps de l'os ou de celles de la tubérosité; sans nier la possibilité des fractures par arrachement, ils estiment que celles-ci doivent être très rares.

M. Helbing a eu précisément l'occasion d'en observer un cas très démonstratif, dans le service de M. le professeur Israel (de Berlin). Il s'agit d'une femme qui, étant debout sur une chaise, fit un pas en arrière, croyant que son pied se trouverait encore soutenu; elle tomba en arrière, les orteils les premiers, et ressentit une vive douleur rendant la marche très difficile. On constatait, au niveau de l'insertion du tendon d'Achille, une proéminence qui effaçait les deux fossettes normalement situées de chaque côté de ce tendon; cette tuméfaction était limitée en haut par un bord saillant produisant une anémie locale du derme, et sur lequel s'insérait le tendon d'Achille, ce qui était surtout visible pendant la flexion plantaire du pied. La palpation, très douloureuse, ne fournissait pas d'autres renseignements. L'examen radiographique montra une fracture de la tubérosité du calcanéum; le trait de fracture n'était point transversal, comme dans la majorité des cas, mais parallèle aux trabécules du calcanéum; c'était donc bien une fracture par arrachement.

La guérison se fit sans intervention sanglante et la malade put quitter l'hôpital au bout de quatre semaines. Cette guérison rapide est due principalement à ce que la séparation des deux fragments était incomplète; sur l'épreuve radiographique on voyait, en effet, que le fragment arraché était encore fixé par son extrémité antérieure au reste de l'os.

Le nombre des observations de ce genre est fort restreint : l'auteur n'a pu trouver, parmi les publications de ces dernières années, que trois faits semblables, dus à M. Neuschäfer, à MM. Tuffier et Desfosses et à M. Porges. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 5-6.) — F. DE Q.

Un cas de parotidite épidémique avec phénomènes particulièrement graves, par M. E. SCHWARZKOPF.

Les symptômes généraux qui ont caractérisé le cas relaté par l'auteur avaient une gravité telle, qu'ils étaient de nature à faire croire qu'il s'agissait, non d'oreillons, mais d'une simple complication parotidienne au cours de la dothiénentérie.

La maladie avait commencé par des douleurs lancinantes au niveau de la nuque et du dos, par des frissons et de la fièvre; le lendemain, le patient fut pris de céphalée et de vertige; il éprouvait une sensation de lassitude qui bientôt aboutit à la somnolence et à l'apathie. Les jours suivants, les maux de tête s'aggravèrent, le malade vomit des matières muco-bilieuses, eut des selles diarrhéiques fréquentes; la respiration était superficielle, le pouls accéléré, les régions du foie et de la rate douloureuses, mais sans hypertrophie de ces organes. Les urines contenaient une petite quantité d'albumine.

Le troisième jour, on avait noté l'existence d'une tuméfaction au-devant et au-dessous de l'oreille gauche, dans la région parotidienne. Le surlendemain apparut une tuméfaction analogue dans la région parotidienne droite. A partir du sixième jour, il se fit une amélioration qui s'accentua par la suite et ne tarda pas à devenir complète.

Ce cas n'a pas été sans embarrasser l'auteur, qui n'est arrivé à porter un diagnostic exact que par élimination. L'hypothèse de dothiénentérie avec complications parotidiennes avait dû, en effet, être écartée, en l'absence de roséole et d'hypertrophie de la rate et du foie, et étant données l'apparition de la première tumeur parotidienne dès le troisième jour de la maladie, l'existence en ville d'une épidémie d'oreillons, enfin la courbe thermique qui ne ressemblait nullement à celle de la fièvre typhoïde ; ayant

atteint son maximum le quatrième jour, la température avait commencé à descendre en lysis pour redevenir peu à peu normale, après une certaine période d'hypothermie. La durée totale de l'hyperthermie fut de neuf jours, et son maximum coïncida avec la formation complète et définitive de la première tumeur parotidienne. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 octobre 1901.) — S. J.

Contribution à l'étude des kystes maxillaires, par M. H. JUNGNICKEL.

Le fait relaté dans le présent travail concerne une femme de cinquante-cinq ans, qui eut, à l'âge de vingt-six ans, un mal de dents très violent à la suite duquel une tumeur molle, du volume d'une cerise, se forma sur la face interne du maxillaire inférieur droit. La patiente se fit arracher la deuxième grosse molaire droite, et cette petite opération fut suivie d'un écoulement abondant de sang et de pus. La tumeur persistant toujours, on pratiqua l'avulsion de la première grosse molaire du même côté. A la suite de cette dernière intervention, la malade éprouva un grand soulagement, et tout alla bien pendant dix ans; mais au bout de cet intervalle le néoplasme récidiva et, malgré l'extraction de la deuxième petite molaire droite, augmenta progressivement et continuellement de volume, jusqu'au moment où la mastication étant devenue tout à fait impossible, cette femme se décida à se faire opérer.

On trouvait alors une tumeur volumineuse, adhérente à l'os, s'étendant, depuis la symphyse mentonnière, le long des branches horizontale et verticale du maxillaire inférieur droit. Molle en certains points, présentant un crépitement parcheminé dans d'autres, cette tumeur faisait saillie dans la bouche et rendait la mastication et les mouvements de la langue difficiles et pénibles. La peau qui la recouvrait était peu mobile, mais n'offrait aucune modification notable.

L'opération consista dans l'ablation du néoplasme et la résection du maxillaire inférieur. La tumeur était creuse à l'intérieur et séparée en trois compartiments renfermant un peu de liquide dont l'examen microscopique ne révéla que la présence de globules sanguins blancs et rouges. Soupçonnant la présence de cysticerques, l'auteur en fit la recherche à plusieurs reprises, mais toujours avec un résultat négatif.

M. Jungnickel croit qu'il s'agit là d'un kyste périostique qui, dans sa croissance lente et progressive, a fini par déterminer la destruction complète de la substance osseuse du maxillaire inférieur. Il n'existait rien qui ressemblât aux germes dentaires hétérotopiques qu'on rencontre toujours dans les kystes folliculaires.

La malade n'avait jamais subi de traumatisme, mais, pendant la période qui s'est écoulée entre la récidive et l'opération, elle pratiqua souvent elle-même l'ouverture de la tumeur à l'aide d'un canif. L'auteur croit pouvoir considérer cette série de petits traumatismes comme une des causes de l'énorme augmentation de volume qu'a subie le néoplasme. (*Prag. med. Wochensch.*, 29 août 1901.) — S. J.

Du prurit sénile de la langue, par M. E. BAUMGARTEN.

Après avoir passé en revue les diverses affections linguales — qu'il range en deux catégories, les unes étant sous la dépendance d'un état morbide localisé au voisinage immédiat de la langue (hypertrophie de l'amygdale linguale, varices de la base de la langue), tandis que les autres sont causées par une lésion d'un organe plus ou moins éloigné (maladies de l'appareil digestif, troubles de la circulation, grossesse, utéropathies, affections nerveuses, diabète, etc.) —, M. Baumgarten fait connaître une forme nouvelle de glossite, qu'il propose d'appeler *prurit sénile de la langue*. Il base notamment sa description sur les observations de deux femmes assez âgées, qui se plaignaient de démangeaisons de la langue avec sensation de brûlure. Malgré l'examen le plus attentif, il fut impossible de découvrir la cause de ces troubles. Un grand nombre de moyens furent essayés, mais sans aucun résultat; les paresthésies allèrent, au contraire, en s'aggravant et causaient aux patientes des souffrances insupportables. L'une d'elles finit par se soustraire à tout traitement; l'autre commença à ressentir, au bout de quelques jours, sur d'autres parties du corps, des démangeaisons qui bientôt se généralisèrent. Il s'agissait, dans ce cas, d'un prurit sénile de la peau, et c'est par analogie avec cette affection, et se fondant sur la présence simultanée, chez la même malade, des troubles sensitifs au niveau de la langue décrits plus haut, que l'auteur crut pouvoir désigner ces derniers sous le nom de prurit sénile de la langue et appliquer le même diagnostic à la première patiente. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 septembre 1901.) — S. J.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

De l'action nocive sur l'œil de doses thérapeutiques de naphtol β.

Un confrère néerlandais, M. le docteur J. Van der Hoeve, assistant de la clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Leyde, a eu l'occasion d'observer plusieurs faits démontrant que l'emploi du naphtol β, même à doses thérapeutiques, peut occasionner des troubles oculaires analogues à ceux qu'on a signalés à la suite de l'intoxication par la naphtaline.

Le premier malade chez lequel notre confrère ait pu se rendre compte de cette action nuisible était un homme de quarante ans, offrant une cataracte double, fait assez extraordinaire à cet âge et en l'absence de tout commémoratif capable de l'expliquer. Or, sept mois auparavant, cet individu avait souffert d'un eczéma de la face et du cou qu'on avait traité à l'aide d'une pommade contenant 3 % de naphtol β; mais, au bout de quinze jours, ce traitement avait dû être suspendu, en raison de picotements qu'il provoquait du côté des yeux.

Son attention mise en éveil par ce fait, M. Van der Hoeve eut bientôt l'occasion d'observer deux autres malades, une fillette de onze ans et un homme de vingt et un ans, chez lesquels, à la suite d'applications d'une pommade au naphtol β (à 10 % dans un cas, à 1 % dans l'autre), il se développa des altérations oculaires consistant en troubles des milieux, en taches blanches rétiniennes faisant place ultérieurement à des taches pigmentaires; chez le second de ces patients survint même une légère opacité cristallinienne qui disparut, ainsi que le trouble des milieux oculaires, quand on supprima les pommades naphtolées. Un quatrième sujet offrit des symptômes analogues, à la suite de l'administration, prolongée pendant quatre mois, de benzonaphtol à la dose de 4 grammes par jour.

Ces faits prouvent bien les inconvénients qui peuvent résulter, pour l'organe visuel, de l'emploi du naphtol β; en ce qui concerne l'action toxique de la naphtaline elle-même, notre confrère estime qu'elle est due à la formation de petites quantités de naphtol β : cette substance est, en effet, soluble, tandis que la naphtaline l'est peu.

Effets nuisibles des étincelles électriques dans les névroses convulsives.

Ayant eu l'occasion de traiter par les divers procédés d'application de l'électricité statique une jeune fille de vingt-trois ans, atteinte de paramyoclonus multiplex, M. le docteur Vernay (de Vienne) a pu se convaincre que, si le bain électro-statique avec douche sur la tête et souffle sur la face avait toujours pour résultat de diminuer la fréquence et l'étendue des mouvements convulsifs, il était loin d'en être de même des étincelles. En effet, après trois bains statiques, les contractions cloniques de tous les muscles atteints avaient complètement cessé, mais il suffit d'une seule séance de franklinisation sous forme d'étincelles pour les faire réapparaître avec la même intensité qu'avant tout traitement. Afin de pouvoir mieux comparer les effets thérapeutiques des étincelles avec ceux des autres procédés d'électrisation statique, notre confrère répéta quatre fois la même expérience : la malade fut reprise de mouvements saccadés à la suite de chaque application d'étincelles, tandis qu'après quelques nouvelles séances de bain statique avec souffle sur la face et douche sur la tête elle paraissait tout à fait guérie.

Sans vouloir généraliser la portée de ce fait isolé, il convient cependant de remarquer que M. Vernay a été à même de faire une constatation analogue chez 5 enfants affectés de chorée vulgaire : sous l'influence des étincelles électriques, l'état de ces petits malades s'était tellement aggravé qu'au bout de deux ou trois séances les parents renoncèrent à continuer le traitement. Or, ces insuccès sont d'autant plus significatifs que, employée sous d'autres formes, la franklinisation est susceptible de donner, en pareille occurrence, d'excellents résultats; c'est ainsi que notre confrère a eu à traiter un certain nombre de sujets atteints de chorée de Sydenham, qui ont tous guéri par le bain statique, donné quotidiennement pendant dix-huit jours à un mois.

En se basant sur ces observations, M. Vernay croit pouvoir conclure que, si l'on veut combattre les névroses en question au moyen de l'électricité statique, on doit choisir un procédé réellement sédatif, tel que le bain électrostatique, de préférence aux étincelles qui déterminent une excitation plus ou moins intense et, partant, peuvent être plus nuisibles qu'utiles.

Réduction du cordon prolabé au moyen d'une compresse.

Dans un cas de procidence du cordon ombilical, survenue immédiatement après la rupture des membranes et alors que la dilatation de l'orifice utérin n'était pas suffisante pour qu'on pût terminer rapidement l'accouchement par la version, M. le docteur H. Henne (de Schaffhouse) essaya d'abord — mais sans succès — de faire prendre à la femme les diverses attitudes conseillées en pareille occurrence. Il procéda ensuite à la réduction manuelle du cordon sous anesthésie chloroformique : malgré la narcose, toutes les tentatives faites pour rétropulser le cordon restèrent inefficaces, et la procidence ne faisait que s'accentuer de plus en plus, lorsque notre confrère eut l'heureuse idée de recourir au procédé qui est employé couramment en chirurgie abdominale pour faciliter la réduction des anses intestinales prolabées au cours de la laparotomie. A défaut des compresses de gaze dont on se sert habituellement en pareil cas, M. Henne prit un linge propre et, après l'avoir plongé dans une solution antiseptique et l'avoir exprimé, il le chiffonna et l'introduisit dans le vagin. En s'aidant de cette sorte de tampon improvisé, il réussit à repousser le cordon ombilical au dessus de la tête fœtale et à ramener ensuite celle-ci sur le détroit supérieur, de manière à maintenir la réduction. La patiente ne tarda pas à accoucher spontanément d'un enfant vivant, et, peu après, la compresse, qu'on avait eu soin de laisser en place, fut expulsée avec le placenta.

Facile à mettre en pratique et inoffensif pour la mère aussi bien que pour l'enfant, ce procédé, en présentant l'avantage d'assurer la réduction complète et définitive du cordon, permettrait d'abandonner l'évolution ultérieure de l'accouchement aux seules forces de la nature.

Un procédé de suture des corps caverneux après amputation de la verge.

Ce qui rend particulièrement difficile l'hémostase, après l'amputation de la verge, c'est l'écoulement sanguin en nappe par toute la surface de section du tissu érectile des corps caverneux. Le procédé habituel de suture, qui consiste à affronter, de chaque côté, les deux lèvres de section de l'enveloppe fibreuse des corps caverneux, ne met pas toujours à l'abri d'une hémorrhagie secondaire et d'un hématome consécutif, lequel est à craindre surtout lorsque, la verge étant coupée tout près du pubis, les téguments tombent au-devant de la tranche de section des corps caverneux sans s'y appliquer exactement. Afin d'éviter cet inconvénient, M. le docteur H. Morestin, chirurgien des hôpitaux de Paris, a eu l'idée, dans un cas d'amputation du pénis pour cancer, de suturer l'une à l'autre les tranches de section des deux corps caverneux, de manière à appliquer la surface cruentée droite contre la gauche à l'aide de sutures profondes passant dans le tissu spongieux et de quelques points plus superficiels marginaux. L'affrontement se fit d'une façon parfaite et aussitôt le tissu érectile cessa complètement de saigner. La plaie se ferma par première intention et sans la moindre hémorrhagie secondaire.

21e ANNÉE. — N° 1. Vingt centimes le numéro. 2 JANVIER 1901.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

CORRESPONDANCE

A propos de la dilatation du cœur dans la chlorose.

Dans une leçon clinique parue dans le numéro du 19 décembre 1900 de la *Semaine Médicale* sur *Le cœur dans la chlorose*, discutant le mécanisme de la dilatation cardiaque dans cette maladie, j'avais dit — d'après les affirmations de plusieurs auteurs — que M. le professeur Henschen attribuait cette dilatation à un déplacement du diaphragme.

Notre distingué collègue de Stockholm m'écrit que cette opinion lui a été prêtée à tort par les auteurs et que « cette interprétation dépend d'un malentendu »; il me demande en même temps de vouloir bien en informer les lecteurs de la *Semaine Médicale*.

Je fais cette rectification avec d'autant plus d'empressement que M. le professeur Henschen ajoute qu'il regarde la dilatation du cœur dans la chlorose comme la conséquence de la faiblesse du myocarde, opinion que je partage et que j'ai essayé de faire prévaloir dans l'article en question.

Dr E. BARIÉ,
Médecin de l'hôpital Laënnec.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Karl Grouven est nommé privatdocent de dermatologie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Alfred Schaper est nommé professeur extraordinaire d'anatomie.

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur J. N. Oeller, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Munich, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie, en remplacement de M. Eversbusch.

Faculté de médecine de Genève. — M. le docteur Alcide Jentzer est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. A. Vaucher, démissionnaire.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Meinhard Pfaundler est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Palerme. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires Luigi Manfredi (*hygiène*); Annibale Montalti (*médecine légale*).

M. le docteur Giovanni Russo-Travali est nommé privatdocent de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Hermann Fehling, professeur à la Faculté de médecine de Halle, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. W. A. Freund, démissionnaire.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Richard Paltauf, professeur de pathologie générale et d'histologie pathologique, est nommé professeur ordinaire de pathologie générale et expérimentale, en remplacement de M. Knoll, décédé.

M. le docteur Victor Hammerschlag est nommé privatdocent d'otologie.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Giuseppe Mya, professeur de pathologie médicale, est nommé professeur ordinaire de pédiatrie.

Université de Glasgow. — M. le docteur Samson Gemmell est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. McCall Anderson.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'exercice de la médecine en France par les magnétiseurs devant la Cour de cassation.

Il y a juste deux ans, nous exposions ici même la question de l'exercice de la médecine par les magnétiseurs devant les tribunaux français (Voir *Semaine Médicale*, 1899, Annexes, p. VI et VII), en mettant en regard la doctrine de la Cour d'Angers (1894 et 1897) qui décidait que les magnétiseurs ne peuvent être condamnés pour exercice illégal de la médecine quand ils ne sortent pas de leurs pratiques habituelles, et celle du tribunal de la Seine (1893 et 1899) qui considérait le traitement des maladies à l'aide du magnétisme comme un délit tombant sous le coup de la loi du 30 novembre 1892. En présence de cette jurisprudence différente, nous concluions qu'il ne restait plus qu'à attendre la décision de la Cour de cassation, devant laquelle s'étaient pourvus le syndicat des médecins de Maine-et-Loire et le procureur général de la Cour d'Angers.

L'affaire est demeurée pendante durant plusieurs années. Finalement les débats se sont ouverts jeudi dernier devant la Chambre criminelle de la Cour de cassation.

Le rapport de M. Dupré concluait au rejet du pourvoi : la thèse soutenue par le conseiller rapporteur était, dans son essence, conforme à la doctrine de la Cour d'Angers, à savoir que les magnétiseurs n'ont pas été visés par les prescriptions de la nouvelle loi parce que, en fait, ils ne pratiquent pas la médecine.

Il n'a pas été difficile à M. l'avocat général Duboin de démontrer combien était inadmissible l'interprétation que M. Dupré faisait de la loi de 1892 en ce qui touche le point en litige. Nous donnons ci-dessous un résumé des conclusions de M. Duboin :

Sous l'empire de la loi du 19 ventôse an XI, la jurisprudence de la Cour de cassation a toujours considéré que l'emploi du magnétisme pour le traitement des malades de la part d'un individu qui ne justifie pas du diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, constituait l'exercice illégal de la médecine. Elle jugeait que « la disposition de l'article 35 de cette loi est absolue, sans distinction, et ne subordonne pas dès lors l'existence de la contravention qu'elle prévoit à telle ou telle condition particulière, à tel ou tel mode spécial de traitement, à telle ou telle prescription ou administration des médicaments; elle frappe, par la généralité de sa prohibition, tout exercice de l'art de guérir». Les arrêts du 24 décembre 1852 et du 18 juillet 1884 ne laissent aucun doute à cet égard; ce n'est d'ailleurs pas contesté par le défendeur au pourvoi.

Mais celui-ci soutient que la loi de ventôse an XI est abrogée, qu'elle n'existe plus et que la loi du 30 novembre 1892 qui la remplace a modifié à cet égard la réglementation de l'art de guérir. La loi de ventôse an XI, dit l'arrêt attaqué, prévoyait et réprimait l'exercice de la médecine *en général;* la loi de 1892, au contraire, ne prévoit et ne punit que le *traitement:* or, son article 16 ne vise que les personnes non munies d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, etc., qui prennent part habituellement ou par une direction suivie au *traitement* des maladies ou affections chirurgicales..., sauf les cas d'urgence avéré; et les magnétiseurs qui prétendent guérir les maladies sans traitement, même à distance, échappent ainsi à toute répression.

Cette distinction n'a aucune raison d'être. Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'un traitement peut exister indépendamment de toute médicamentation. Dès lors, quel que soit le moyen employé pour arriver à la guérison d'une maladie, fût-ce un simple geste, une parole, un regard, il y a traitement, puisque c'est de ce traitement, si rudimentaire qu'on le suppose, qu'on attend le résultat cherché. Ou le magnétisme n'est rien par lui-même, et c'est une supercherie que le législateur n'a certainement pas voulu autoriser; ou c'est quelque chose et par conséquent un traitement.

La loi de 1892 n'a jamais eu pour objectif une modification quelconque à la loi de ventôse au point de vue du délit dont il s'agit; son but était de supprimer le titre d'officier de santé. Cette suppression avait été depuis longtemps demandée; elle a été très vivement discutée; c'est dans cette suppression que se trouve le principal intérêt de la loi nouvelle. Mais la revision de la loi du 19 ventôse an XI, qui avait mis fin, dit le rapport de M. Chevandier, « aux exploitations odieuses dont les villes et les campagnes étaient l'objet », n'a pas eu et ne pouvait avoir pour effet d'en atténuer les rigueurs quant à l'exercice illégal de la médecine. Au Sénat, M. Brouardel, commissaire du gouvernement, a dit : « *La situation sera à l'avenir ce qu'elle est actuellement.* D'après la loi de ventôse, on peut poursuivre tout individu qui exerce illégalement la médecine. *Il n'y aura rien de changé.* » Il résulte des explications qui ont été échangées que cette loi de 1892, comme toutes les autres lois d'ailleurs, doit être appliquée logiquement et rationnellement, avec les distinctions que le bon sens impose; son champ d'application varie suivant les cas. Le docteur Armand Desprès demandait à la Chambre des députés s'il serait interdit de conseiller des *tisanes* ou un *vin fortifiant;* si poser un *cataplasme* ou un *sinapisme* serait une opération; il était pourtant bien évident que la loi n'avait en vue aucun de ces procédés inoffensifs, pas plus, d'ailleurs, que ceux auxquels le défendeur faisait allusion : l'*hydrothérapie*, la *gymnastique raisonnée*, l'*équitation*, les *conversations calmantes!* Elle n'atteindra, en principe, ni les *bandagistes herniaires*, ni les *poseurs de ventouses*, ni les *masseurs*, tant qu'ils resteront les auxiliaires, toujours utiles, souvent indispensables, des médecins et ne sortiront pas de leurs pratiques habituelles. La loi ne s'appliquera pas davantage aux *garde-malades*, ni à la *mère de famille* qui, en l'absence d'un médecin donnera, même habituellement, ses soins à son mari, à ses enfants, à ses parents. Consulté sur ce point, M. Brouardel s'est écrié : « Jamais de la vie! Sous aucun prétexte. » Il avait déjà répondu : « L'honorable sénateur peut être tranquille, l'ingénieur qui donne du sulfate de quinine ne sera pas poursuivi. » Les questions de fait seront nécessairement soumises à l'appréciation des tribunaux; dans son rapport du 11 juin, le docteur Chevandier résumait toute l'économie de la loi en ces quelques mots : « *Dans son esprit*, la loi n'a jamais eu pour but de taxer d'exercice illégal de la médecine les personnes qui assistent une *accouchée* ou qui portent secours à un *blessé* ou à un *malade*, donnant naturellement quelques conseils. Elle vise surtout celui ou celle qui prend part habituellement au traitement des maladies...; encore admet-elle le cas d'urgence avérée. »

On prétend que c'est pour les médecins un monopole abusif; pourquoi? Même en ne tenant pas compte des garanties qu'ils offrent au point de vue des connaissances exigées par leur profession, il n'est pas inutile de rappeler ce que disait, à la séance du 1er avril 1892, M. Loubet, président du Conseil, à propos de la constitution des médecins en syndicat : « Si la loi qui est en discussion à l'heure qu'il est, consacre au profit des médecins certains avantages professionnels dont ils jouissent depuis la loi de ventôse, si elle institue ce qu'on appelle un monopole (l'expression est peut-être un peu exagérée), si elle crée à leur profit une situation privilégiée, elle crée aussi, il ne faut pas l'oublier, des obligations nouvelles qui en constituent le corollaire; des obligations dont nous verrons l'énumération un peu plus loin, dans la série d'articles qui complètent la loi en discussion. Eh quoi! lorsque vous demandez au Corps médical des sacrifices nouveaux, lorsque vous le soumettez à la réquisition de tel ou tel magistrat, de tel ou tel fonctionnaire de l'ordre administratif dans des cas déterminés par la loi, vous voudriez lui refuser une compensation aussi légitime..... »

Mais il ne faut pas oublier que la loi de 1892, en faisant disparaître pour l'avenir l'officiat de santé, a voulu rétablir l'égalité des études médicales. La différence de préparation entre les officiers de santé et les médecins était injustifiable : « Les étudiants pour le doctorat, disait le professeur Cornil, sont bi-bacheliers, pourvus du baccalauréat ès lettres pour l'enseignement classique et du baccalauréat ès sciences restreint; les officiers de santé, au contraire, sont tout simplement pourvus du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou d'un certificat de grammaire complété par un examen portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle..... » Que dire des magnétiseurs qui n'ont pas d'instruction le plus souvent? qui s'installent magnétiseurs après avoir été plus ou moins longtemps garçons de laboratoire, garçons de bains, etc., et commencent à pratiquer quand les candidats au doctorat ou même à l'officiat de santé commencent seulement leurs études professionnelles?

Il n'est pas inutile de rappeler ici la pétition adressée par les magnétiseurs et les masseurs à la Chambre des députés pour obtenir l'adjonction à la loi de 1892, alors en discussion, de l'article suivant : « L'action magnétique et le massage étant œuvre exclusivement manuelle restent dans le domaine thérapeutique naturel, au même titre que les bains, l'air ou la lumière. Leurs partisans ne tomberont pas sous le coup des lois ci-dessus, tant qu'ils resteront dans leurs attributions. »

La pétition s'appuyait sur ce que le magnétisme humain est une influence naturelle au même titre que la lumière, la chaleur, l'électricité terrestre et tant d'autres forces non encore connues ni classées; elle demandait que, *dans un but humanitaire*, chacun pût en retirer pour sa santé et celle d'autrui tel bénéfice qui lui conviendrait, et que la liberté fût accordée à tous de se servir de l'influence bienfaisante de leurs mains au profit de ceux qui souffrent.

Si les magnétiseurs s'étaient bornés à demander l'organisation d'instituts spéciaux pour apprendre leur métier sous le contrôle de l'Etat et la création de diplômes leur donnant le droit de l'exercer, peut-être le Parlement eût-il pris cette demande en considération, car, dans une certaine mesure, elle pouvait se justifier. Mais on a vu qu'ils allaient beaucoup plus loin, en voulant faire reconnaître par une loi un titre qu'ils se décernaient eux-mêmes sans études préalables, sans examens, sans garanties d'aucune sorte. Ni le Sénat, ni la Chambre des députés n'ont accueilli une prétention aussi exorbitante et l'article additionnel des magnétiseurs a été repoussé.

L'arrêt pour relaxer le prévenu a fait état d'une déclaration du docteur Chevandier dans le deuxième rapport déposé par lui au nom de la commission. Cette déclaration, en la supposant aussi explicite et catégorique que l'admet la Cour d'Angers, n'aurait, en réalité, d'autre valeur que celle d'une opinion personnelle; et quelle que soit l'autorité qui s'attache aux travaux préparatoires, elle ne saurait modifier la loi elle-même dont le texte parfaitement clair ne comporte aucune restriction. Mais le premier rapport du docteur Chevandier montre à quelles préoccupations obéissait la commission; il s'exprime ainsi : « Aujourd'hui que sous les noms de suggestion ou d'hypnotisme la science accueille les faits, les contrôle, en recherche la loi, est-il juste et sage d'en tarir la source et d'en décerner le monopole à ceux-là même qui, obligés de se défendre par une critique rigoureuse contre les effrontés et les charlatans, se montrèrent hostiles aux manifestations physiologiques nouvelles dans la crainte d'être dupes de faits mal observés ou falsifiés?

» Nous ne l'avons pas pensé, laissant à chacun la liberté et la responsabilité de ses actes. Quant aux conséquences physiques et morales de l'hypnotisme, on les a beaucoup exagérées; sans doute il serait désirable que nul ne se livrât à ces procédés que dans l'intérêt de la science ou de la santé du sujet. Mais où commencera le délit? Frappera-t-on ceux qui, souvent, par le seul sentiment de curiosité, essayent sur le premier venu, dans une maison particulière, une pratique dont ils ont constaté les effets? Se retournera-t-on contre les exhibitions publiques? Pour constater les premières, il faudrait se départir du respect du domicile; les secondes peuvent si souvent être doublées de supercherie, qu'on s'exposerait à frapper l'expérimentateur convaincu, alors que le saltimbanque ne pourrait être atteint par la loi (???). Enfin, pour revenir à notre première question, où commence le délit?

» Nous croyons que le moment n'est pas venu d'enlever ces EXPÉRIENCES aux profanes et de les confier exclusivement aux médecins. »

Ce que voulaient la commission et son rapporteur, c'était donc qu'on n'enlevât pas aux profanes la faculté de procéder à des *expériences* qui pouvaient être utiles aux progrès d'une science encore à ses débuts.

Ces expériences elles-mêmes, quand elles sont publiques, constituent un danger. Elles ont été interdites en Autriche, en Italie, au Danemark, dans plusieurs cantons suisses (Bâle, Vaud, Neuchâtel).

Le docteur Ladame dans son livre sur *L'hypnotisme et la médecine légale* rappelle qu'en Autriche, en 1880, une commission choisie parmi les professeurs les plus éminents de la Faculté de médecine et présidée par Hoffmann, le célèbre professeur de médecine légale, déposa un rapport dont voici quelques extraits :

« Les troubles subits de l'activité cérébrale et nerveuse résultant de l'état hypnotique ne sont pas sans inconvénients. Le professeur Heidenhain, à Breslau, recommande la plus grande prudence dans les expériences hypnotiques à cause de l'excitabilité réflexe, si fort augmentée chez certains sujets. Si un physiologiste fait de semblables réserves, à plus forte raison doit-on craindre les troubles des fonctions nerveuses les plus importantes [par l'emploi de la force brutale] lorsque l'opérateur est étranger aux connaissances médicales.

» Il est une autre considération, très importante aussi, dont il faut tenir grand compte. Les effets du sommeil hypnotique ne cessent pas au réveil du sujet, et il peut survenir ensuite pendant plusieurs jours, et même pendant des semaines, un état morbide de l'équilibre mental qui se traduit par une prédisposition au renouvellement des mêmes troubles hypnotiques, ou à l'apparition de nouveaux symptômes, alors même que le sujet s'est complètement remis d'une première atteinte. Il faut ajouter que la plupart des personnes sensibles à l'hypnotisme sont déjà des névropathes, exposées aux troubles nerveux et aux maladies mentales. Il ne faudrait pas croire que cette disposition névropathique se traduisît toujours sur l'apparence extérieure du malade. Les personnes qui présentent un aspect de parfaite santé peuvent être atteintes de troubles profonds du système nerveux, de sorte que les médecins eux-mêmes ne sauraient, parfois, les reconnaître sans un examen approfondi ; à plus forte raison ceux qui n'ont point étudié la médecine. Il est même possible que la mort soit, dans certains cas, la conséquence de ces expériences par suite de paralysie du cœur et d'apoplexie cérébrale. »

M. Ladame cite également le rapport qui a motivé l'arrêté d'interdiction des représentations publiques d'hypnotisme à Neuchâtel (28 décembre 1886) ; il contient les passages suivants :

« Tous les médecins qui se sont occupés d'hypnotisme sont unanimes pour recommander la plus grande circonspection avant de procéder à ces expériences et d'examiner avec soin l'état du système nerveux, celui du cœur et celui des organes de la respiration... A combien de dangers ne seront donc pas exposés ceux qui sont hypnotisés par des individus sans connaissances scientifiques, soumettant à leurs expériences, sans examen préalable, les premiers sujets qui se présentent à eux. On peut admettre que parmi ces sujets il y en a qui sont atteints d'affections organiques du cœur, etc., et qui, sous l'influence d'expériences semblables, faites d'une manière inconsidérée, pourraient succomber de mort subite.

» Ce qui précède suffit pour faire comprendre que des expériences semblables ne peuvent ou ne doivent être faites que par un médecin éclairé, et dans un but scientifique et médical...

» Dès lors, la commission de santé estime que les expériences dites de « magnétisme » devraient être interdites à toute personne qui n'aurait pas été reconnue apte à pratiquer la médecine, et que l'on devrait refuser aux « magnétiseurs » l'autorisation de donner des conférences et d'exercer leur soi-disant art de magnétiser. »

On voit par ces exemples le danger qui s'attache à de pareilles exhibitions ; que penser de semblables pratiques imprudemment ou maladroitement employées à un traitement curatif ?

Il est vrai que les magnétiseurs prétendent — c'est du moins ce qu'a soutenu le défendeur au pourvoi — que *magnétisme* et *hypnotisme* sont deux choses différentes et qu'on ne doit point les confondre. C'est une grave erreur. Le docteur Chevandier lui-même, dont ils se réclament, s'occupe du magnétisme sous les noms de suggestion ou d'hypnotisme. Dans son ouvrage sur le magnétisme animal, dont le sous-titre est *Etude critique et expérimentale sur l'hypnotisme ou sommeil nerveux*, le docteur F. Bottey dit « qu'à la vieille théorie surannée du *fluide magnétique* émanant de la personne du magnétiseur pour se répandre dans celle du sujet, s'est substituée la notion scientifique d'un état nerveux, physiologique, spécial, se développant à la suite de certaines excitations de nature variable ; en un mot, la prétention *objective* du « magnétisme » a fait place à la théorie purement *subjective* de « l'hypnotisme » et, s'il fallait par une phrase rendre l'idée de la doctrine nouvelle, on pourrait dire *que le sujet s'endort, mais n'est pas endormi.* »

Comme l'astrologie et l'alchimie, qui contenaient en germe deux sciences positives, le magnétisme est entré dans une voie scientifique ; sous le nom d'hypnotisme, il a été soumis à l'observation et à l'expérimentation (Lacassagne).

L'objection de la défense est donc sans valeur.

Quant au danger de l'hypnotisme au point de vue curatif, il est encore bien plus certain ; ses conséquences physiques et morales peuvent être déplorables. « L'hypnose, affirme le colonel de Rochas, est tout état du cerveau différent de l'état normal par la *paralysie* ou l'*exaltation* momentanée de certaines facultés. » On voit d'ici les conséquences.

Déjà en 1831, devant l'Académie de médecine, Husson avait montré que le magnétisme est un agent de phénomènes physiologiques ou un moyen thérapeutique, et que, par conséquent, il fallait exprimer le vœu que des médecins fussent seuls à en faire ou à en surveiller l'emploi.

Le docteur Bottey, déjà cité, n'est pas moins affirmatif :

« Les dangers de l'hypnotisme extrascientifique, pratiqué par des magnétiseurs, ignorants et brutaux, ne sont plus à prouver. Combien de cerveaux ont été profondément désorganisés par leurs manœuvres grossières ! Combien de sujets, prédisposés au nervosisme, ont vu, à la suite d'hypnotisations intempestives, éclater des accidents hystériques et même épileptiformes dont la durée est souvent illimitée ! De tous les agents, en effet, susceptibles de provoquer l'hystérie, il n'en est pas de plus puissant que l'hypnotisme pratiqué sur un sujet chez lequel la névrose est déjà à l'état latent... Il importe donc de réglementer l'hypnotisme comme on a réglementé la vente des médicaments dangereux...

» Entre des mains médicales, au contraire, et pratiqué d'une façon scientifique et rationnelle, l'hypnotisme peut rendre de réels services, ainsi qu'en témoignent un grand nombre d'observations... Cela autorise donc à admettre l'hypnotisme et la suggestion hypnotique au nombre des applications que le médecin aura le droit d'employer, mais sous sa responsabilité, et en usant de la plus extrême prudence. »

Le même auteur avait déjà dit à un autre point de vue :

« Si, entre les mains des « magnétiseurs », l'hypnotisme peut devenir un danger, pratiqué avec méthode et prudence par des hommes de science il constitue, au contraire, un moyen d'étude puissant, ouvert, à la fois, au physiologiste, au philosophe et au médecin. »

Mais ce n'est pas tout ; les pratiques *magnétiques*, pour parler comme le défendeur au pourvoi, peuvent avoir une influence désastreuse tant au point de vue civil qu'au point de vue criminel. M. Barth, médecin des hôpitaux de Paris, estime que l'hypnotisme réserve de grandes difficultés aux jurisconsultes de l'avenir, en raison de la persistance des impressions suggestives après le réveil. Des expériences mille fois répétées le prouvent : « Dans le cerveau docile de ce patient sans volonté, on peut déposer des idées, des instincts coupables, qui, l'hypnose une fois dissipée, sommeilleront plus ou moins longtemps pour se réveiller à l'heure prescrite sous forme d'impulsions irrésistibles : et le sujet, poussé par des lubies soudaines qu'il ne pourra prévoir ni réprimer se portera à des actes coupables dont il se croira de bonne foi l'auteur, alors qu'il n'en aura été que l'instrument inconscient. »

L'abbé De Baëtz, dans son livre *L'hypnotisme en justice*, dit de son côté : « Un hypnotiseur quelque peu maître de son sujet pourrait extorquer la signature d'un contrat ou engagement quelconque, il pourrait dicter son testament, forcer un consentement au mariage ; et de semblables actes pourraient être passés dans toutes les formes légales, faire foi vis-à-vis des tiers, aussi bien que pour les parties. »

Même quand on n'admet pas des conclusions aussi formelles et aussi inquiétantes, il paraît difficile de ne pas adopter au moins l'opinion de M. Ladame ainsi formulée dans l'ouvrage déjà cité :

« On se ferait une grande illusion en croyant que les témoignages des personnes hypnotisées peuvent être acceptés sans réserve devant les tribunaux. Il est vrai que ces témoignages expriment presque nécessairement la véritable pensée de la personne endormie. Les cas de mensonges signalés par M. Pitres sont évidemment des plus rares. Toutefois, on doit se souvenir que l'hypnotisé est inconscient et irresponsable. Quelle valeur pourront donc avoir ses déclarations ? Puis, on sait avec quelle facilité se développent des hallucinations de la mémoire dans l'état hypnotique. Sans parler des autosuggestions si fréquentes chez certains hypnotisés, il faut se rappeler qu'en questionnant une personne endormie, on peut, sans en avoir l'intention ni même l'idée, lui donner des suggestions rétroactives et créer dans son imagination des tableaux de scènes qui n'ont jamais existé, mais qui sont décrites comme réelles, avec les plus grands détails. Enfin, dans les cas de suggestions criminelles, on se heurtera, d'une manière à peu près certaine, à la suggestion antérieure, soigneusement faite par le scélérat, de ne rien révéler, quelles que soient les questions posées et les personnes qui interrogent. »

Ainsi, danger pour l'individu, pour sa santé, pour sa raison ; danger social par la suppression possible de la responsabilité : telles sont les suites, aujourd'hui à peu près incontestées, de l'hypnotisme. Il y avait donc quelque imprudence de la part du docteur Chevandier, qui, il est vrai, se plaçait plus sur le terrain scientifique et expérimental que sur celui de la thérapeutique, à déclarer qu'on avait beaucoup exagéré ces dangers. Cette opinion, qui se heurte à des faits trop bien étudiés et constatés pour qu'une hésitation soit possible, ne saurait être soutenue sérieusement.

M. l'avocat général Duboin conclut en conséquence à la cassation de l'arrêt de la Cour d'appel d'Angers, parce que celui qui prend part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies par des pratiques de magnétisme, sans diplôme de docteur, exerce illégalement la médecine et tombe sous l'application de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892.

Telle a été l'argumentation de M. Duboin, en tout conforme à l'esprit du législateur, et pour ceux qui ont assisté aux débats la solution ne faisait plus de doute. La thèse si brillamment soutenue par le savant avocat général a été adoptée par la Cour de cassation ; samedi dernier la Chambre criminelle a rendu un arrêt portant en substance que les passes magnétiques, faites dans un but curatif par un magnétiseur non pourvu du diplôme de médecin, doivent être considérées comme un fait d'exercice illégal de la médecine et, par suite, tomber sous l'application de la loi de 1892. Dans notre prochain numéro, nous reproduirons le texte de cet arrêt, qui a une grande importance pour les intérêts de notre profession.

21e ANNÉE. — N° 2. Vingt centimes le numéro. 9 JANVIER 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Cadix. — M. le docteur Manuel Roca y Bermudo est nommé professeur d'histologie normale et d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur Adolf Schüle, privatdocent de médecine interne, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur M. Fürbringer, professeur à la Faculté de médecine d'Iéna, est nommé professeur ordinaire d'anatomie, en remplacement de M. Gegenbaur, démissionnaire.

M. le docteur Albrecht Kossel, professeur à la Faculté de médecine de Marbourg, est nommé professeur ordinaire de physiologie, en remplacement de M. Kühne, décédé.

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Hermann Deetjen est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur G. Bikeles est nommé privatdocent d'anatomie des centres nerveux.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Ernesto Crisafulli est nommé privatdocent de neurologie.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Giulio Obici est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Youriev. — M. le docteur Yevetzky, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Moscou, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie, en remplacement de M. Rählmann, démissionnaire.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Valter est nommé privatdocent de physiologie.

VARIA

Congrès britannique pour l'étude de la tuberculose en 1901.

Un Congrès pour l'étude de la tuberculose se tiendra à Londres du 22 au 26 juillet 1901.

Réunion de l'Association médicale britannique en 1901.

La soixante-neuvième session de l'Association médicale britannique aura lieu à Cheltenham du 30 juillet au 2 août 1901.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Potain, ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine. — M. le docteur Dubreuil, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Duclos, ancien professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Tours, correspondant de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Ephraim Ingals, ancien professeur de matière médicale et de médecine légale au Rush Medical College de Chicago.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Texte de l'arrêt de la Cour de cassation déclarant illégal l'exercice de la médecine en France par les magnétiseurs.

Sur le moyen unique et commun pris de la violation des articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892 :

Attendu qu'il est constaté en fait, tant par l'arrêt attaqué que par le jugement dont il s'approprie les motifs, que X..., non investi du titre de docteur en médecine et ne s'offrant à sa clientèle que comme magnétiseur, avait, à Angers, où il s'était établi, donné des soins suivis à ceux qui les sollicitaient en vue de la guérison ou du soulagement de leurs maux;

Attendu, en droit, que, aux termes de l'article 16 de la loi susvisée, « exerce illégalement la médecine toute personne qui, non munie du diplôme de docteur en médecine, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales », délit que l'article 18 de la même loi punit d'une amende de 100 à 500 francs;

Que l'arrêt attaqué, pour écarter l'application de ces articles aux faits constatés, tout en reconnaissant qu'il résultait des débats que les soins donnés par X... à ses malades avaient consisté « à pratiquer sur eux, par-dessus leurs vêtements, des passes magnétiques » et « quelquefois à leur fournir de l'ouate aimantée », s'appuie sur l'unanimité de leurs témoignages, d'où il serait résulté qu'il se livrait uniquement à ces pratiques sans prescrire aucun traitement ni recourir à aucune opération, pour en déduire que X... ne saurait être considéré comme ayant ainsi pris part au traitement de maladies et commis par là, faute du titre qui confère ce droit aux seuls docteurs, le délit qui lui était reproché;

Que, pour justifier, par une modification que la loi de 1892 aurait apportée sur ce point à la loi de ventôse, cette interprétation favorable à la défense, la Cour d'Angers a cru pouvoir déclarer « que le magnétisme ne peut être considéré comme un traitement » au sens de la seconde de ces deux lois;

Qu'aux termes exprès de l'article 16 de cette même dernière loi, qui n'excluent de la qualification légale du délit aucun mode de traitement dès qu'il est habituel ou suivi, l'arrêt attaqué oppose les déclarations du rapport à la Chambre des députés portant que « jamais l'intention de la commission n'avait été de viser les magnétiseurs » et que, par suite, « les articles punissant l'exercice illégal de la médecine ne pourraient leur être appliqués que le jour où ils sortiraient de leurs pratiques habituelles et, sous le couvert de leurs procédés, prescriraient des médicaments ou chercheraient à réduire des luxations ou des fractures »;

Attendu que s'il est exact que cette interprétation de l'article susvisé ait figuré dans le rapport présenté au nom de la commission, il ne peut suffire, pour donner le droit de l'opposer aux termes formels de cet article, de constater, comme le fait l'arrêt attaqué, qu'aucune objection n'a été soulevée contre cette interprétation et que la loi a été définitivement adoptée, tant par le Sénat que par la Chambre, sans protestation ni réserves;

Que ce silence ne saurait à lui seul, en présence de la contradiction qui existe entre cette interprétation et les termes généraux de l'article adopté par le Parlement, autoriser le juge à substituer, dans son application de la loi, cette interprétation individuelle au sens normal et contraire de la loi même;

D'où il suit que, en le faisant, loin de justifier sa décision de relaxe, l'arrêt attaqué a, par une distinction arbitraire, expressément violé les dispositions de la loi invoquées par les deux pourvois;

Par ces motifs, casse et annule l'arrêt rendu par la Cour d'appel d'Angers le 23 juillet 1897, et, pour être statué à nouveau, conformément à la loi, sur l'appel du jugement du tribunal correctionnel d'Angers, renvoie la cause et le prévenu X... devant la Cour d'appel de Rennes.

De la responsabilité des médecins dans l'application thérapeutique des rayons de Röntgen.

Une femme atteinte de névralgie faciale fut soumise par un médecin aux rayons de Röntgen qui déterminèrent une alopécie localisée et une légère conjonctivite. A la suite de ces accidents, la malade a assigné notre confrère devant le tribunal civil de la Seine qui, dans son audience du 5 janvier 1901, a rendu le jugement suivant dans lequel sont relatés tous les détails de l'affaire.

« Attendu que la dame Y..., qui était, au commencement de l'année 1899, en relations avec la maison D... pour des achats à tempérament, et qui souffrait alors d'une névralgie faciale, apprit que, dans les magasins D..., étaient installées des cliniques gratuites dans lesquelles les clients pouvaient avoir des consultations;

Qu'elle se rendit alors à la clinique du docteur Z..., qui, après l'avoir entendue, lui persuada qu'un traitement par les rayons X lui serait très utile, non pas à la clinique des magasins D..., mais à son Institut radiographique, situé ....., et ce moyennant un prix à forfait qui fut fixé pour dix séances;

Attendu que la dame Y... fut soumise à neuf applications sans en ressentir, dit-elle, aucun soulagement;

Attendu qu'à la dixième séance, qui eut lieu le 27 ou 28 avril 1899, ce fut un aide du docteur qui opéra; qu'elle éprouva une sensation de chaleur qu'elle n'avait pas ressentie jusqu'alors, et que, le lendemain, elle constata que ses cheveux tombaient du côté droit et qu'elle avait des troubles à l'œil droit;

Attendu qu'il résulte d'un certificat de médecin, en date du 29 avril 1899, produit par la dame Y..., que celle-ci portait, sur le côté droit de la tête, une alopécie d'un diamètre de 8 à 10 centimètres, et qu'elle était atteinte d'une légère conjonctivite de l'œil droit;

Attendu que la dame Y... actionne le docteur Z... en 3,000 francs de dommages-intérêts; qu'elle prétend d'abord que la clinique gratuite, sise dans les magasins D..., n'est que l'amorce du cabinet exploité ....., où le docteur l'a soumise à un traitement payé, non approprié; que, de plus, c'est l'application défectueuse, maladroite et inexpérimentée des rayons X qui lui a causé les accidents décrits par le certificat relaté;

Attendu qu'il n'appartient pas au tribunal de rechercher si la radiographie peut être employée dans le traitement des névralgies faciales;

Qu'il ne peut être juge de l'opportunité ni de l'efficacité des traitements, médicaux ou autres, appliqués aux malades, et qu'il ne peut s'immiscer dans des questions scientifiques dont l'examen et la solution sont laissés à la conscience et à la capacité des médecins traitants;

Mais, attendu qu'il en est autrement si une faute lourde, témoignant d'une négligence, d'une maladresse, d'une inexpérience manifeste, est alléguée contre le médecin ou contre son préposé, dont il est civilement responsable;

Attendu que la dame Y... prétend relever contre le docteur Z... un fait de cette nature, et que le certificat produit apporte la présomption d'une faute résultant d'une application imprudente ou maladroite des rayons X;

Mais attendu que la preuve n'en est pas, dès à présent, faite et qu'il importe de soumettre à un homme de l'art les questions énoncées dans le dispositif du présent jugement;

Par ces motifs, d'office, commet M. Ogier, docteur ès sciences, qui formulera son avis sur les questions suivantes :

1° Y a-t-il une relation possible de cause à effet entre l'application de la radiographie et les accidents constatés dans le certificat médical délivré à la dame Y... le lendemain ou le surlendemain de la dixième séance à l'Institut radiographique du docteur Z...

2° L'alopécie et la conjonctivite constatées doivent-elles être considérées comme ayant été déterminées par une application défectueuse, maladroite ou imprudente des rayons X, ou peuvent-elles être attribuées à une autre cause? ».

NOUVELLES

FRANCE

~~~ Il a été promulgué ces jours derniers une loi portant, d'une part, suppression des droits, autres que ceux de circulation, perçus jusqu'ici sur les vins, cidres, poirés et hydromels, et, d'autre part, augmentation du droit de consommation sur les spiritueux.

L'article 13 de ladite loi est ainsi conçu : « Le gouvernement interdira par décrets la fabrication, la circulation et la vente de toute essence reconnue dangereuse et déclarée telle par l'Académie de médecine ».

Un député, M. E. Vaillant, qui a toujours eu en vue le côté hygiénique et social de tout ce qui touche à la question de l'alcoolisme, a compris que le gouvernement pourrait peut-être rester longtemps sans demander à l'Académie de médecine quelles sont, parmi les apéritifs, les boissons à essences plus particulièrement dangereuses, et, pour éviter que cet article demeurât sans application, il a fait voter par la Chambre, à l'unanimité moins deux voix, la résolution suivante :

« La Chambre invite le gouvernement à réclamer dès maintenant de l'Académie de médecine l'indication des liqueurs, des apéritifs, des boissons contenant les essences les plus dangereuses pour la santé publique, afin d'interdire la fabrication, la circulation et la vente de ces liqueurs, apéritifs et boissons. »

~~~ Depuis le 1er janvier 1901, les magasins, boutiques et autres locaux en dépendant, dans lesquels des marchandises et objets divers sont manutentionnés ou offerts au public par un personnel féminin, doivent être, dans chaque salle, munis d'un nombre de sièges égal à celui des femmes qui y sont employées.

La différence qui existe entre la loi française et la décision du Conseil fédéral allemand qui sera mise en vigueur le 1er avril prochain, c'est qu'en France le nombre des sièges doit égaler celui des femmes employées, tandis qu'en Allemagne il doit être seulement *suffisant* par rapport au chiffre du personnel, hommes et femmes compris.

En Angleterre, la loi de 1899 porte qu'il doit y avoir un siège pour trois employées femmes.

ARABIE

~~~ Bientôt va commencer le pèlerinage au Hedjaz et, cette année encore, les divers gouvernements intéressés ont pris des dispositions pour le restreindre autant que faire se peut. C'est surtout du côté des Indes anglaises qu'est le grand danger; aussi le pèlerinage a-t-il été interdit par les autorités de ce pays aux individus domiciliés ou séjournant dans la présidence de Bombay (la province de Sind exceptée), dans la présidence de Madras, dans l'Etat de Mysore, à Coorg, dans le district de Jullundur au Penjab et dans la province du Bengale, à l'exception du district de Chittagong. Aux autres personnes le pèlerinage n'est permis qu'à la condition de partir de Karatchi ou de Chittagong et de se soumettre dans ces endroits à une observation rigoureuse jusqu'à ce que tout germe d'infection ait disparu. Ces pèlerins seront embarqués sous la surveillance d'un officier sanitaire désigné à cet effet.

NORVÈGE

~~~ A partir du 1er janvier 1901, les affections tuberculeuses sont comprises dans la liste des maladies infectieuses dont la déclaration est obligatoire pour le médecin.

PRUSSE

~~~ Au cours d'un article publié en 1899 sur *Les limites de l'expérimentation médicale* nous fûmes amené à signaler avec détails les inoculations de sérum de syphilitiques faites par M. le professeur A. Neisser (de Breslau) à huit jeunes filles indemnes de syphilis, et à rapporter en substance la discussion à laquelle ces expériences avaient donné lieu au Landtag prussien. A la suite de ce débat, l'affaire fut soumise à la Cour disciplinaire pour les fonctionnaires de l'ordre non judiciaire, laquelle vient de prononcer une réprimande et une amende de 375 fr. contre M. Neisser.

Le jour même où cette condamnation était rendue, le ministre des cultes a signé un arrêté portant que dans les cliniques, policliniques et autres établissements destinés aux malades, on doit s'abstenir de toute intervention médicale faite en dehors d'un but diagnostique, curatif ou
~~~

préventif, chez des mineurs, des incapables, des personnes n'ayant pas donné leur consentement exprès pour ladite intervention ou l'ayant donné sans qu'on les ait préalablement instruites des conséquences fâcheuses qui pouvaient en résulter.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

MÉDECINE

Gilford (H.). The primary disorders of growth. (*Lancet*, 9 et 30 juin.) — Les troubles primitifs de la croissance.

Heine (A.). Dilatatio ventriculi acuta. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 juillet.) — Dilatation aiguë de l'estomac.

Hensen (H.). Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Blutdruckes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 5-6.) — Sur la pression sanguine.

Hirsch. Zur klinischen Diagnose der Zwerchfellhernie. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 juillet.) — Le diagnostic clinique de la hernie diaphragmatique.

Hock (A.). Enuresis und Diabetes insipidus. (*Prag. med. Wochensch.*, 5 juillet.)

Holländer (E.). Beiträge zur Frühdiagnose des Darmcarcinoms (Hereditätsverhältnisse und Hautveränderungen). (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 juillet.) — Signes précoces du cancer de l'intestin, tirés des antécédents héréditaires et de l'existence d'une altération spéciale [pigmentation] de la peau.

Jacobson (O.). Zur Klinik des Lungenabscesses. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 3-4.) — Sur l'abcès du poumon.

Kourlov (M.) et **Soloviev**. Une méthode de numération des leucocytes dans un volume donné de sang sur des préparations histologiques sèches (en russe). (*Vratch*, 1er juillet.)

Tagesson-Möller (A.). Zur Therapie der croupösen Pneumonie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 déc.)

CHIRURGIE

Bade (P.). Zur Aetiologie der angeborenen Hüftverrenkung. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 14 juillet.) — Etiologie de la luxation congénitale de la hanche.

Bell (W.). Acute infantile intussusception, with special reference to treatment by primary laparotomy. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Bovée (J.). Splenectomy for congestive hypertrophy. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Braatz (E.). Ueber eine bisher unbeachtete Eigenschaft des Alkohols bei seiner Verwendung zur Händereinigung. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 juillet.) — Sur un effet non encore signalé de l'alcool employé pour la désinfection des mains.

Büdinger (K.). Zur blutigen Behandlung der Luxatio claviculae acromialis und der Brüche des Nasenbeines. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 juin.) — Sur le traitement sanglant de la luxation acromiale de la clavicule et des fractures de l'os propre du nez.

Cabot (A.). Adhesions about the stomach. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Christen (W.). Beiträge zur Statistik und operativen Behandlung des Mastdarmkrebses. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 2.) — Résultats du traitement opératoire du cancer du rectum.

Christovitch (M.). Pneumotomie avec résection costale pour plaie du poumon par arme à feu; guérison. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Curtis (B.). The surgical treatment of simple dilatation of the stomach and of gastroptosis. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Dobromyslov (V.). Résection, par le procédé transpleural, d'un segment de la portion thoracique de l'œsophage (en russe). (*Vratch*, 8 juillet.)

Dunham (Th.). The leucocyte count in surgery. (*Ann. of Surgery*, juin.) — La numération des leucocytes dans les affections chirurgicales.

Ekstein. Zur Behandlung des Ulcus cruris. (*Berlin. Klinik*, juin.) — Du traitement de l'ulcère de jambe.

Fertig. Ueber Achsendrehung des Dünndarmes infolge von Mesenterialcysten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 1-2.) — Torsion de l'intestin grêle due à des kystes du mésentère.

Gräser (C.). Ueber Alkoholverbände. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 juillet.) — Les pansements à l'alcool.

Harrington (F.). Carbolic gangrene; gangrene produced by the application of dilute solutions of carbolic acid. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Hemmeter (J.). The diagnosis of cancer of the stomach. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Iwanow (A.). Noch ein Fall einer totalen vaginalen Exstirpation einer während der Geburt rupturirten Gebärmutter. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 juin.) — Hystérectomie vaginale pour rupture de l'utérus au cours du travail.

Möller (G.). Bericht über die Influenzaepidemie im Februar 1900 in der geburtshülflichen Klinik in Greifswald. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 juillet.) — Compte rendu sur l'épidémie d'influenza observée en février 1900 à la clinique obstétricale de Greifswald.

Monod (E.). Des brides vaginales; quelques remarques sur leur rôle en gynécologie. (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, juin.)

Muskat (G.). Ein Beitrag zur Casuistik der Tubenmyome. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 1.)

Oehlschläger. Der Abortus arteficialis, seine Indikationen und seine absolut sichere und gefahrlose Ausführung. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 juillet.) — L'avortement artificiel provoqué par l'injection intra-utérine de teinture d'iode.

Olshausen (R.). Beitrag zur conservativ-chirurgischen Behandlung der Uterusmyome. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 1.)

Ott. Heilung des Rectalprolapses durch Restitution des Beckenbodens. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 juillet.) — Cure du prolapsus du rectum par la reconstitution du plancher pelvien.

PÉDIATRIE

Goulkewitch. Des néphrites chez les nourrissons. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, juillet.)

Gregor (K.). Ueber die Berechtigung des Aderlasses bei Säuglingen zu therapeutischen Zwecken; casuistische Mitteilung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, 1.) — Pneumonie chez un nourrisson, traitée avec succès par la saignée.

Keller (A.). Phosphor und Stickstoff im Säuglingsorganismus. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXIX, 1-2.) — Le phosphore et l'azote dans l'organisme du nourrisson.

Lange (Cornelia de). Zur normalen und pathologischen Histologie des Magendarmcanals beim Kinde. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 6.) — Histologie du tube digestif de l'enfant.

Valenza (P.). Flemmone iniziale del collo con gangrena in un neonato, seguito da guarigione. (*Pediatria*, juin.)

HYGIÈNE

Babucke (E.). Ueber die Desinfection mit Typhusbacillen infizierter Badewässer. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 23 juin.) — Désinfection de l'eau des bains contaminée par les bacilles de la fièvre typhoïde.

Beck (R.). Ueber die sanitäre Unzulässigkeit von mit Trockenmaterial gefüllten Spuckkästchen. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 juin.) — Inconvénients des crachoirs remplis de substances sèches.

Drigalski (von). Zur Wirkung der Lichtwärmestrahlen. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 23 juin.) — Effets des rayons lumineux et caloriques.

Durand. Intoxication des aérostiers par l'hydrogène arsénié. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.)

Levy (E.) et **Fickler** (H.). Ueber ein neues pathogenes keulenförmiges Bacterium der Lymphe (Corynebacterium Lymphae vaccinalis). (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 juin.)

Liebreich (O.). Ueber die angebliche Giftigkeit des Borax und der Borsäure. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — De la prétendue toxicité du borax et de l'acide borique.

Ottolenghi (D.). Ueber die Desinfection der tuberculösen Sputa in Wohnräumen; experimentelle Untersuchungen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIV, 2.)

Rabinovitch (Lydia). Ueber die Gefahr der Uebertragung der Tuberkulose durch Milch und Milchprodukte. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 juin.) — Du danger de la transmission de la tuberculose par le lait et ses divers produits.

Römer (P.). Ein Beitrag zur Aetiologie des Botulismus. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 30 juin.)

Sicherer (O. von). Ueber den antiseptischen Werth des Quecksilberoxycyanids. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 juillet.) — La valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure.

Thiersch (J.). Experimentelle Untersuchungen über Corsetdruck. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 5-6.) — Recherches expérimentales sur les effets de la pression exercée par le corset.

Touin. Mesures et procédés de désinfection imposés en Amérique aux provenances des Antilles. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Backman (W.). Die Fettdiät bei Superacidität. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 3-4.) — Le régime gras dans l'hyperacidité gastrique.

Bateman (F.). Some results of antistreptococcus serum. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Batsch. Zur Atropinbehandlung bei Ileus. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 juillet.) — L'atropine dans le traitement de l'iléus.

English (D. E.). The treatment of typhoid fever. (*Med. Record*, 30 juin.)

Freudweiler (M.). Nachtheilige Erfahrungen bei der subkutanen Anwendung der Gelatine als blutstillendes Mittel. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 7 juillet.) — Danger des injections gélatinées chez des sujets atteints de néphrite.

Jaboulay. La quinine dans le cancer. (*Province méd.*, 14 juillet.)

Klein (C.). Der Aderlass bei Hitzschlag. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 juillet.) — La saignée contre le coup de chaleur.

Korczynski (L. von). Klinische Erfahrungen über das rothe Knochenmark. (*Wien. med. Presse*, 3, 10, 17 et 24 juin, 8 et 15 juillet.) — Les effets thérapeutiques de l'ingestion de moelle osseuse rouge.

BACTÉRIOLOGIE

Boni (I.). Methode zur Darstellung der Bacterienkapsel auch in festen Nährböden. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 sept.)

Class (W.). Scarlatina: some further experiments. (*Philadelphia Med. Journ.*, 23 juin.)

Faber (E.). Bakteriologische Untersuchungen von Fällen epidemischer Cerebrospinalmeningitis in Kopenhagen im Sommer 1898. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIV, 2.)

Grimbert (L.) et **Legros** (G.). De l'identité du bacille lactique aérogène et du pneumo-bacille de Friedländer. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

Herford (M.). Untersuchungen über den Piorkowski'schen Nährboden. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIV, 2.) — Recherches sur le milieu de culture de Piorkowski.

Hermite. Recherches sur le pouvoir antiseptique du thymol-tartro-sodique. (*Dauphiné méd.*, avril.)

Hesse (W.). Ueber das Verhalten pathogener Mikroorganismen in pasteurisirter Milch. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIV, 2.) — Comment se comportent les organismes pathogènes dans le lait pasteurisé.

Houston (A.). Weitere Notiz über vier aus dem Schlamme der Themse isolierte Mikroorganismen, die dem Bacillus thyphosus ähnlich sind. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 30 juin.) — Quatre microbes, similaires au bacille de la fièvre typhoïde, isolés de la vase de la Tamise.

21e ANNÉE. — N° 3. Vingt centimes le numéro. 16 JANVIER 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

NÉCROLOGIE

M. le docteur G. Chatin, ancien président de l'Académie de médecine et membre de l'Académie des sciences, directeur honoraire de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — M. le docteur Depasse, directeur du Collège impérial de médecine de Tien-Tsin. — M. le docteur J. B. Potter, lecteur d'obstétrique et de gynécologie à Westminster Hospital Medical School de Londres.

VARIA

La nomenclature internationale des causes de décès.

Dans notre numéro du 29 août 1900, nous avons annoncé qu'une commission internationale, convoquée à Paris par les soins du ministre des affaires étrangères et composée des délégués officiels de vingt-six nations, avait été appelée à rédiger une nomenclature internationale des causes de décès qui rendît uniformes, et par conséquent comparables, les statistiques nosologiques de tous les pays du monde.

Comme nous l'avons dit il y a six mois, cette commission internationale a choisi la nomenclature de la ville de Paris, à laquelle elle a apporté quelques légères modifications. C'est cette nomenclature, ci-dessous reproduite, qui figurera désormais dans les tableaux statistiques dressés dans chaque pays. D'après ce qui a été convenu, les nouveaux cadres, dont il est fait usage depuis le 1er janvier 1901, seront revisés, pour être mis au niveau des progrès de la science, pendant l'année 1910.

1. Fièvre typhoïde (typhus abdominal).
2. Typhus exanthématique.
3. Fièvre intermittente et cachexie palustre.
4. Variole.
5. Rougeole.
6. Scarlatine.
7. Coqueluche.
8. Diphtérie et croup.
9. Grippe.
10. Choléra asiatique.
11. Choléra nostras.
12. Autres maladies épidémiques.
13. Tuberculose des poumons.
13 bis. Dont : Tuberculose (sans indication).
14. Tuberculose des méninges.
15. Autres tuberculoses.
16. Cancer et autres tumeurs malignes.
17. Méningite simple.
18. Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau.
19. Maladies organiques du cœur.
20. Bronchite aiguë.
21. Bronchite chronique.
22. Pneumonie.
22 bis. Autres affections de l'appareil respiratoire.
23. Affections de l'estomac (cancer excepté).
24. Diarrhée et entérite de 0 à 1 an. { sein. / autre alimentation.
24 bis. Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans.
25. Hernies, obstruction intestinale.
26. Cirrhose du foie.
27. Néphrite et maladie de Bright.
28. Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (fem.).
29. Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérales).
30. Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement.
31. Débilité congénitale et vices de conformation.
32. Débilité sénile.
33. Morts violentes.
33 bis. Dont : Suicides.
34. Autres maladies.
35. Maladies inconnues ou mal définies.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

PHYSIOLOGIE

Aldor (L. von). Ueber die künstliche Beeinflussung der Magensaft-Secretion. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 3-4.) — De l'action exercée sur la sécrétion du suc gastrique par certaines substances médicamenteuses.

Barbèra (A. G.). Der Einfluss von Jod, Jodnatrium und Jodothyrin auf den Blutkreislauf. (*Arch. für die gesamte Physiol.*, LXXIX, 5-6.) — Influence de la médication iodée sur la circulation.

Besredka. La leucotoxine et son action sur le système leucocytaire. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Chanoz (M.) et **Doyon** (M.). La coagulation du lait sous l'influence de la présure s'accompagne-t-elle d'un phénomène électrique? (*Lyon méd.*, 8 juillet.)

Dvoïtchenko (D.). Recherches sur la sensibilité osseuse (en russe). (*Méd. Obozr.*, juillet.)

Geigel. Untersuchungen über die Mechanik der Expectoration. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 1.) — Recherches sur le mécanisme de l'expectoration.

Gottstein (A.) et **Schröder** (G.). Ist die Blutkörperchenvermehrung im Gebirge eine scheinbare oder nicht? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 juillet.) — L'augmentation du nombre des corpuscules sanguins pendant le séjour à la montagne est-elle apparente ou réelle?

Leduc (S.). Influence anodique sur la conductibilité nerveuse chez l'homme. (*Gaz. méd. de Nantes*, 7 juillet.)

Metchnikoff (E.). Sur les cytotoxines. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Moreigne (H.). Action des purgatifs sur la nutrition. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Benda (C.). Eine makro- und mikrochemische Reaction der Fettgewebsnekrose. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 1.) — Un réactif de la nécrobiose du tissu graisseux.

Beneke (R.). Ein Fall von Osteoid-Chondrosarkom der Harnblase, mit Bemerkungen über Metaplasie. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 1.) — Chondrosarcome de la vessie.

Crocq (J.). Les lésions anatomo-pathologiques de la rage sont-elles spécifiques? (*Journ. de neurol.*, 5 juillet.)

Feldbausch (F.). Ueber das Vorkommen von eosinophilen Leukocyten in Tumoren. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 1.)

Fujinami (A.). Ueber das histologische Verhalten des quergestreiften Muskels an der Grenze bösartiger Geschwülste. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 1.) — Des caractères histologiques des muscles striés à la limite des néoplasmes malins.

Harris (H.). Remarks on the pathologic alterations of the lymph-nodes in bubonic plague. (*Proceedings of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, juin.) — Les altérations pathologiques des ganglions lymphatiques dans la peste.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Miyamoto (S.). Beiträge zur Tetanusvergiftung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 juillet.) — Recherches expérimentales sur l'intoxication tétanique.

Myers (W.). On the interaction of toxine and antitoxine, illustrated by the reaction between cobralysin and its antitoxine. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juillet.)

Posner et **Cohn** (J.). Zur Frage der Allgemeininfection bei Harnkrankheiten; experimentelle Untersuchungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 juillet.) — Recherches expérimentales sur les infections générales d'origine urinaire.

Rainy (H.). On the action of diphtheria toxine on the spinal strichochrome cells. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juillet.)

Ratz (S. von). Die Widerstandsfähigkeit des Virus der Tollwut gegen Fäulnis. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 30 juin.) — Du pouvoir de résistance du virus rabique à l'égard de la putréfaction.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Nash (J.). The excretion of urinary water and urea from the human body, with diminished kidney weight. (*Lancet*, 30 juin.) — De l'excrétion de l'eau et de l'urée dans les cas d'atrophie du rein.

Prettner (M.). Beitrag zur Rassenimmunität. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 23 juin.)

Ribbert (H.). Zur Fettembolie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 juin.) — De l'embolie graisseuse.

Schütze (A.). Beiträge zur Kenntnis der zellenlösenden Sera. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 juillet.) — Recherches sur les sérums cytolytiques.

MÉDECINE

Karvonen (J.). Die Nierensyphilis. In-8°, 247 p. avec fig. Berlin. S. Karger. — La syphilis du rein.

Lewandowsky (M.). Ueber die Woerner'sche Methode der Harnsäurebestimmung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 3-4.) — De la méthode de Woerner pour le dosage de l'acide urique.

Marburg (O.). Zur Kenntnis der mit schweren Anämien verbundenen Rückenmarksaffectionen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 juillet.) — Des affections de la moelle avec anémie grave.

Maylard (A.). A case of aneurysm of the abdominal aorta pointing posteriorly in which the initial symptoms were those of chronic colitis. (*Brit. Med. Journ.*, 28 juillet.) — Anévrysme de l'aorte abdominale ayant présenté au début le syndrome de la colite chronique.

Ott (F.). Ueber den Nachweis des Gallenfarbstoffes im Harne von Herzkranken. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 juillet.) — De la recherche des pigments biliaires dans l'urine des sujets atteints d'affections cardiaques.

Pavy (F.). Differentiation in diabetes. (*Lancet*, 16, 23 et 30 juin.)

Posselt (A.). Lymphadenie und Hyperplasie lienis (Pseudoleukaemia) nach Ileo-Colotyphus. (*Prag. med. Wochensch.*, 28 juin.)

MALADIES INFECTIEUSES

Gerber (O.). Einige Beobachtungen aus der jüngsten Influenza-Epidemie mit besonderer Berücksichtigung des Blutbefundes. (*Wien. med. Wochensch.*, 16, 23 et 30 juin.) — Recherches cliniques et hématologiques sur la dernière épidémie d'influenza.

Mondon. Maladies épidémiques qui ont régné à la Côte d'Ivoire au cours de l'année 1899. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Raudnitz (R.). Zur Semiotik und zur Behandlung des Keuchhustens. (*Prag. med. Wochensch.*, 28 juin.) — La coqueluche; séméiologie et traitement.

Schödel (J.). Bacilläre Magendiphtherie. Diphtheriebacillen im Magen- und Darminhalt und in den Dejectionen. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 juin.) — Diphtérie de l'estomac avec bacilles de Löffler dans le contenu du tube digestif et dans les matières fécales.

Schudmak (A.) et **Vlachos** (J.). Ein Fall von Abdominaltyphus mit posttyphöser Schilddrüsenvereiterung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 juillet.) — Thyroïdite suppurée consécutive à la fièvre typhoïde.

Schultze (F.). Ein Fall von anscheinender Maul- und Klauenseuche beim Menschen. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 juin.) — Un cas probable de maladie aphteuse chez l'homme.

Siegert (F.). Vier Jahre vor und nach der Einführung der Serumbehandlung der Diphtherie auf Grund von 37,000 operierten Fällen von Larynxdiphtherie im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, 1.) — La trachéotomie pour croup avant et après l'introduction de la sérothérapie antidiphtérique; recherches basées sur l'étude de 37,000 cas opérés.

Wassermann (A.). Einige Beiträge zur Pathologie der Influenza. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 juillet.)

Wright (A.). A note on the results obtained by the anti-typhoid inoculations in the beleaguered garrison in Ladysmith. (*Lancet*, 14 juillet.)

Zabolotny (D.). Recherches sur la peste; études cliniques. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VIII, 1.)

Zängerle (M.). Agglutinirende Fähigkeit des Blutes bei einem gesunden Kind einer typhuskranken Mutter. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 juin.) — Pouvoir agglutinant du sang d'un enfant sain, né d'une femme atteinte de fièvre typhoïde.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Eitelberg (A.). In welcher Beziehung steht die Agoraphobie (Platzangst) zu gewissen Erkrankungen des Gehörorganes? (*Wien. med. Presse*, 8 juillet.) — Des rapports de l'agoraphobie avec certaines affections de l'oreille.

Féré (Ch.). Le coup de foudre; symptôme. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Ferrarini (C.). Abulia ciclica d'origine psicastenica. (*Riforma med.*, 17 et 18 juillet.)

Frenkel. Mechanische Muskelerregbarkeit und Sehnenreflexe bei Tabes dorsalis. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 3-4.) — Excitabilité mécanique des muscles et réflexes tendineux dans le tabes.

Gilles de la Tourette. Des rapports de la chorée de Sydenham avec le rhumatisme, la puberté et la chorée dite des femmes enceintes. (*Rev. neurol.*, 30 juin.)

Hansen (C.) et **Heiberg** (P.). A quel âge s'acquiert le plus souvent la syphilis, et à quel âge éclate le plus souvent la paralysie générale? (*Rev. neurol.*, 15 juin.)

Hellendall (H.). Ueber Pachymeningitis carcinomatosa. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 juillet.)

Henrici (C.). Zur Kenntnis der multiplen Neuritis. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 juin.)

Jullian (H.). La crise nasale tabétique. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Kissling (K.). Ein Fall von infantiler Cerebrallähmung mit complicirter Oculomotoriuslähmung. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 juin.) — Paralysie cérébrale infantile avec paralysie du moteur oculaire commun.

Klieneberger (C.). Ueber eine Anomalie des äusseren Ohres. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet.) — Sur une anomalie du pavillon de l'oreille.

Mingazzini (G.). Beitrag zum klinisch-anatomischen Studium der Mikrocephalie. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, juin.)

Möbius (P.). Ueber periodische Oculomotoriuslähmung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 3-4 et 5-6.) — De la paralysie périodique du moteur oculaire commun.

CHIRURGIE

Heinleth (von). Ein Fall von Carotisdrüsenperitheliom. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 juin.) — Périthéliome des ganglions carotidiens.

Hevesi (E.). Ueber « Gastroplication ». (*Pest. med.-chir. Presse*, 1er et 8 juillet.)

Hildebrand (H.). Eine Modifikation des Murphyknopfes zur Verwendung bei Gastroenterostomie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 30 juin.)

Hirschkopf (M.). Zur Radicaloperation der Hernien. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 1-2.)

Kabloukov (A.). Traitement de l'ulcère rond de l'estomac par le curettage suivi de pyloroplastie (en russe). (*Méd. Obozr.*, juillet.)

Kammerer (F.). Benign obstruction of the pylorus. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

König (F.). Exstirpation eines Fibrolipom im retroperitonealen und Beckenbindegewebe. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 juillet.) — Extirpation d'un fibrolipome du tissu cellulaire rétropéritonéal et pelvien.

Lotheissen (G.). Zur operativen Behandlung der Dupuytren'schen Kontraktur. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 28 juillet.)

Manteufel (I.). Des hémarthroses chez les hémophiliques (en russe). (*Vratch*, 24 juin, 1er et 8 juillet.)

McLaren (J.). Permanent (congenital) dislocation of the patella. (*Ann. of Surgery*, juin.)

McWeeney (E.). On rupture of the apparently healthy œsophagus. (*Lancet*, 21 juillet.) — Rupture d'un œsophage sain en apparence.

Moty. Traitement opératoire des hernies inguinales. (*Echo méd. du Nord*, 29 juillet et 16 sept.)

Murray (F.). Thyroid medication in the treatment of delayed union of fractures. (*Ann. of Surgery*, juin.) — La médication thyroïdienne dans les cas de fracture non consolidée.

Nicoladoni (C.). Daumenplastik und organischer Ersatz der Fingerspitze (Anticheiroplastik und Daktyloplastik). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 3.)

Port (J.). Zur Reform des Kriegsverbandwesens. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 1-2.) — Des modifications à introduire dans le matériel de pansement en chirurgie de guerre.

Rammstedt (C.). Ueber traumatische Lösung der Femurkopfepiphyse und ihre Folgeerscheinungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 3.) — Du décollement traumatique de la tête du fémur et des conséquences de cette lésion.

UROLOGIE

Casper (L.) et **Richter** (P. F.). Ueber functionelle Nierendiagnostik. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 juillet.) — Le cathétérisme des uretères comme moyen de diagnostic de l'état des fonctions rénales.

Fluhrer (W.). A new plan for washing the bladder with a description of apparatus. (*Med. Record*, 23 juin.) — Un nouveau procédé de lavage de la vessie.

Hottinger (R.). Bemerkungen zum Catheterismus bei einigen Formen prostatischer Harnverhaltung und zur Cathetersterilisation. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 juillet.)

Jaboulay. Ablation de la prostate hypertrophiée par la voie trans-ano-rectale médiane. (*Lyon méd.*, 15 juillet.)

Koudintzev (I.). Résultats de la résection du canal déférent pour hypertrophie prostatique (en russe). (*Vratch*, 17 et 24 juin.)

Lobstein (E.). Die Wandernieren und Hydronephrosen der Heidelberger Klinik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 1.) — Les cas de rein flottant et d'hydronéphrose traités à la clinique de Heidelberg.

Loumeau (E.). Abondante émission de calculs rénaux à la suite d'une uréthrotomie interne. (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, juin.)

Löw (L.). Ueber Doppelbildung der Harnröhre. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 juillet.) — Du dédoublement de l'urèthre.

OPHTALMOLOGIE

Rogman. Encore quelques remarques sur la symptomatologie et le traitement du glaucome chronique simple. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

Schmidt-Rimpler (H.). Ueber die Enucleatio bulbi und deren Ersatzmethoden, mit besonderer Berücksichtigung der sympathischen Ophthalmie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 et 12 juillet.) — L'énucléation du globe oculaire et les opérations destinées à la remplacer.

Silex (P.). Giebt es eine Amblyopie aus Nichtgebrauch ? (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 juin.) — Existe-t-il une amblyopie par défaut d'usage de l'œil?

Wolff (H.). Ueber Pupillenreactionsprüfung mit Berücksichtigung der Refraktion des untersuchten Auges, sowie über eine centrale und periphere Pupillenreaktion. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 juillet.) — L'examen de la réaction pupillaire dans ses rapports avec la réfraction.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Antonelli (I.). Contributo alla cura operativa delle retroposizioni e dei prolassi dell'utero (un nuovo metodo d'isteropessi addominale). In-8°, 96 p. avec fig. Venise.

Bollenhagen (H.). Beitrag zur Pathologie des Eierstocks. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 1.) — Recherches sur la pathologie de l'ovaire.

Bosse. Ueber Kolpeuryse und Metreuryse. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 juillet.)

Braitenberg (J. von). Bericht über 22 Fälle von künstlicher Unterbrechung der Schwangerschaft. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 juillet.) — 22 cas d'accouchement provoqué.

Burckhard (G.). Ueber die Dauererfolge der Myomoperationen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 1.) — Des résultats éloignés de la myomectomie.

Coen (G.). La cura dell'estiomene vulvare. (*Rassegna d'ostet. e ginecol.*, juillet et août.)

Essen-Möller (E.). Ueber einige Gefässanomalien der Placenta (Vasa aberrantia) nebst Bemerkungen zur velamentösen Insertion der Nabelschnur. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 1.) — Des vaisseaux placentaires aberrants et de l'insertion vélamenteuse du cordon ombilical.

Hammerschlag. Anatomische Veränderungen interstitieller Myome im Wochenbett. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Les modifications anatomiques des myomes interstitiels pendant les couches.

Otto (C.). Uteruskarcinomet og dets radikalbehandling, særlig med henblik paa den vaginale hysterektomi. (*Thèse de Copenhague.*)

Pinkuss (A.). Beitrag zu Prof. Sneguireff's « Endometritis dolorosa ». (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.)

Pryor (W.). Carcinoma of the recto-vaginal septum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Rubeska (W.). Ueber intrauterine Anwendung des Kautschukballons in der Geburtshilfe. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 1.) — Le ballon intra-utérin en obstétrique.

Sitzinsky (A.). Zur Frage über die Bildung einer kunstlichen Scheide. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Du vagin artificiel.

Thumim (L.). Ueber die adenomatöse Hyperplasie am cervicalen Drüsenanhang des Gartner'schen Ganges (nebst Mitteilung eines einschlägigen Falles). (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 1.)

Weiss (O. von). Zur Kasuistik der Selbstausstossung grosser Fibrome. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 juin.) — Expulsion spontanée d'un gros fibrome utérin.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Kroupetzky (A.). L'extrait fluide de fruits de sorbier comme laxatif (en russe). (*Méd. Obozr.*, juillet.)

Latarjet (A.). Traitement par le cacodylate de soude. (*Lyon méd.*, 15 juillet.)

Mendel (E.). Zur Therapie der Impotenz. (*Therapie der Gegenwart*, juillet.)

Morison (A.). On the use of mercury in the treatment of cardiac failure due to arteriosclerosis. (*Lancet*, 30 juin.) — De l'emploi du mercure dans le traitement de l'affaiblissement du cœur par suite d'artériosclérose.

Ortowski (W.). Vergleichende Untersuchungen über Urotropin, Piperazin, Lysidin, Uricedin und Natron bicarbonicum bei der harnsauren Diathese. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 3-4.) — Recherches comparées sur l'action de l'urotropine, de la pipérazine, de la lysidine, de l'uricédine et du bicarbonate de soude, dans la diathèse urique.

Schulz (H.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Terpentinölwirkung. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 juillet.) — Étude sur les effets de l'essence de térébenthine.

Van Nypelseer (C.). Le cacodylate de soude en ingestion. (*Clinique*, 16 juin.)

BACTÉRIOLOGIE

Klein (A.). Eine neue mikroskopische Zählungsmethode der Bakterien. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 30 juin.) — Un nouveau procédé microscopique de numération des bactéries.

Krause (P.). Beiträge zur Kenntnis des Bacillus pyocyaneus. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 23 juin.)

Luzzatto (A.). Zur Aetiologie des Keuchhustens. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 30 juin.) — Recherches sur le microbe de la coqueluche.

Marx (H.) et **Woithe** (F.). Ueber einen neuen farbstoffbildenden Bacillus. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 30 juin.) — Sur un nouveau bacille chromogène.

McFarland (J.). The bacillus of bubonic plague. (*Proceedings of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, juin.) — Le bacille de la peste.

Métin. Note sur l'élimination des bactéries par les reins et le foie. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Ott. Zur Aetiologie der fibrinösen Bronchitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 juillet.)

Schödel (J.). Der Joos'sche Serumagar als Nährboden für Diphtheriebacillen. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 juin.)

Thalmann. Züchtung der Gonokokken auf einfachen Nährböden. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 30 juin.) — Du développement des gonocoques sur des milieux de culture simples.

Wälsch (L.). Weitere Mittheilungen über einen Bacterien-Befund bei Pemphigus vegetans. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LII, 3.)

Wolff (A.). Zur Reductionsfähigkeit der Bakterien; vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 30 juin.) — Du pouvoir réducteur des bactéries.

Wunschheim (O. von). Ueber Glycerin als Constituens für Antiseptica. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 juillet.)

21e ANNÉE. — N° 4. Vingt centimes le numéro. 23 JANVIER 1901.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Les accidents mortels déterminés par du sérum antidiphtérique préparé à l'Institut sérothérapique de Milan.

La presse politique a signalé sommairement les nombreux et tragiques décès qui se sont produits dans diverses parties de la Lombardie (Milan, Trévise, Bergame, Brescia, Novare) à la suite d'injections de sérum antidiphtérique provenant de l'Institut sérothérapique de Milan, dirigé par M. le professeur Belfanti, et qui ont si profondément et si justement ému le public et le Corps médical.

Voici les faits : chez un certain nombre d'enfants des régions précitées, qui étaient atteints de diphtérie, on fit, ces derniers temps, des injections de sérum antidiphtérique préparé à l'Institut en question, contenu dans de petites fioles de verre fermées par un bouchon et portant la date de fabrication du 29 novembre 1900. Quelques heures après les injections apparurent, chez les jeunes malades, les divers symptômes d'un tétanos assez virulent pour entraîner la mort en un court laps de temps. Une vingtaine de décès ont déjà été constatés.

On a émis de nombreuses hypothèses pour expliquer les causes de ce déplorable accident. *A priori*, on peut éliminer, étant données la multiplicité et l'ubiquité des cas, un défaut de stérilisation des instruments ayant servi aux injections, ou une asepsie insuffisante de la région inoculée. On ne peut davantage incriminer le cheval immunisé, lequel n'a présenté aucun symptôme tétanique et a, d'ailleurs, fourni un sérum nullement tétanigène.

Il semble donc — mais ce n'est qu'en hésitant que l'on avance cette hypothèse — qu'il faudrait rechercher la cause de l'infection soit dans le sérum lui-même, contaminé durant sa préparation, soit dans les récipients ou instruments employés à l'Institut. A ce sujet, plusieurs membres du Conseil supérieur de santé ont émis l'opinion que, les poils des chevaux producteurs de sérum contenant en abondance des spores tétaniques, ces spores ont pu tomber dans le sérum. Pour M. le docteur Zenoni, le préparateur du sérum antidiphtérique à l'Institut de Milan, c'est dans le ballon où l'on a recueilli le sérum tétanigène que devaient se trouver, non des bacilles du tétanos, mais bien des spores tétaniques, lesquelles, on le sait, se développent facilement en milieu liquide.

Quoi qu'il en soit, il semble bien qu'il faille admettre comme origine de l'épidémie une négligence regrettable, le ballon en question devant toujours être scrupuleusement stérilisé. Quant à la provenance des germes, on l'a attribuée aux poussières produites par la démolition d'un immeuble voisin, ou peut-être à la promiscuité des divers laboratoires de l'Institut. Aussi, le Conseil d'administration de cet établissement a-t-il décidé que les diverses manipulations se feraient dorénavant dans des locaux absolument séparés et que l'on adopterait, pour la fabrication du sérum, des récipients spéciaux, munis d'une fermeture en verre à la place des bouchons, ceux-ci ayant pu être le point de départ de la contamination. Ce mode de fermeture à la lampe est, d'ailleurs, employé depuis le 4 courant.

En somme, on en est encore réduit aux hypothèses. Une double enquête — municipale et gouvernementale — se poursuit activement, et les responsabilités, si responsabilités il y a, seront soigneusement établies. Espérons que toute cette affaire se terminera sans dommages pour la méthode sérothérapique et qu'on n'aura à regretter qu'un défaut de soin ou une inadvertance de la part du personnel affecté à la préparation, peut-être même une altération spontanée d'un sérum recueilli depuis quelque temps déjà.

Dr Raimondo Guaita (de Milan).

Milan, le 19 janvier 1901.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Blancher (E.). La levure de bière dans le traitement des entérites.

Boricaud (G.). De la carpectomie dans l'arthrite fongueuse du poignet chez les jeunes sujets.

Broussais (M.). Ambroise Paré; sa vie; son œuvre (1509-1590).

Chausserie-Laprée (F.). De la rhinite purulente dans la scarlatine.

David (V.). Des corps étrangers des fosses nasales.

Delcamp (R.). Des difficultés du diagnostic de l'appendicite.

De Lusi. La myopie forte et son traitement chirurgical.

Gillet (Th.). Contribution à l'étude du rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité.

Jahan. Des caries récidivantes.

Lesimple (A.). Contribution à l'étude des abcès tuberculeux du foie.

Mauger (A.). Contribution à l'étude de l'ovarite suppurée.

Mézard (G.). De la cystite pseudo-membraneuse.

Profichet (G.-Ch.). Sur une variété de concrétions phosphatiques sous-cutanées (pierres de la peau).

Turlais (C.). Sur le traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Launois (P.-E.). Manuel d'anatomie microscopique et d'histologie. 2e éd. In-16, 632 p. avec fig.

Ledouble. Essai sur la morphogénie et les variations du sac lacrymal et des osselets périlacrymaux de l'homme. In-8°, 76 p. avec fig. Nancy.

Leroy (L.). Essentials of histology. In-8°, 232 p. avec fig. Philadelphie.

Peronidi (G.). Recherches anatomiques sur le cæcum et son appendice. (*Rev. de chir.*, août.)

Valle (V.). Annotazioni sulla rigenerazione dei muscoli volontarii. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 2.)

Zuckerkandl (E.). Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 2. Heft: Brust. In-8°, p. 221 à 288, avec fig. Vienne.

PHYSIOLOGIE

Chanoz (M.) et **Doyon** (M.). Contribution à l'étude physiologique de l'éther amyl-salicylique. (*Lyon méd.*, 5 août.)

Gatta (R.). Le funzioni del cervelletto. (*Riforma med.*, 6 et 7 août.)

Leduc (S.). Rapport entre la variation d'excitation des nerfs et la variation de densité des courants excitateurs à différents potentiels. (*Gaz. méd. de Nantes*, 7 juillet.)

Metchnikoff et **Besredka.** Recherches sur l'action de l'hémotoxine sur l'homme. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Riegel (F.). Ueber den Einfluss des Morphiums auf die Magensaftsecretion. (*Therapie der Gegenwart*, août.) — Influence de la morphine sur la sécrétion du suc gastrique.

Spangaro (S.). Quale influenza esercita sulla coagulazione il diretto contatto del sangue coi tessuti? (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 2.)

Tarchetti (C.). Sull'esistenza di un fermento diastasico nei corpuscoli bianchi. (*Gazz. degli Osped.*, 29 juillet.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Koblanck et **Pforte.** Hydronephrose mit Chylusähnlichem Inhalt und eigenartiger Wand, nebst Bemerkungen über Chylus-Cysten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 1.) — Sur un cas d'hydronéphrose chyleuse avec parois à structure insolite.

Opie (E.). Pathological changes affecting the islands of Langerhans of the pancreas. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, juin.)

Sobolev (L.). Zur Lehre von den endothelialen Neubildungen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 1.) — Contribution à l'étude des néoplasies endothéliales.

Walz (K.). Ueber die normale « respiratorische Leberbiegung » und die Genese der sog. Exspirationsfurchen der Leber. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 juillet.) — Le « plissement normal d'origine respiratoire » du foie et la pathogénie des sillons dits expiratoires de cet organe.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bussi (A.). Della glicogenesi epatica negli animali uccisi per uremia; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 12 août.) — De la glycogénie hépatique chez les animaux ayant succombé à l'urémie.

Donzello (G.). L'esame batteriologico del liquido cefalo-rachidiano nella puntura lombare alla Quincke (contributo sperimentale). (*Riforma med.*, 4 août.)

Duplay (S.) et **Hallion** (L.). Recherches sur la pression artérielle dans l'anesthésie par le chloroforme et par l'éther (partie expérimentale). (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Lamari (A.) et **Gatta** (R.). Sulla resistenza delle cavie private di un rene, della milza o di parte del fegato, per alcune infezioni (tossina difterica, bacterium coli commune, virus tubercolare). (*Nuova riv. clinico-terap.*, III, 10.)

Righi (I.). Sulla tossicità del sistema nervoso degli animali tetanizzati. (*Gazz. degli Osped.*, 19 août.)

MÉDECINE

Henry (F.). Clinical notes of cases of pernicious anæmia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Hirschfeld (H.). Ueber Magenblutungen bei Arteriosklerose. (*Fortsch. der Med.*, 1er août.) — Des hémorrhagies gastriques chez les artérioscléreux.

Huchard (H.). Consultations médicales. In-8°, 495 p.

Kisch (E. H.). Entfettungscuren. In-8°, 140 p. Berlin. — Régimes contre l'obésité.

Kostkevitch (A.). Deux cas de lympho-sarcomatose (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. med. i bakteriol.*, juin.)

Laspeyres (R.). Ueber Tag- und Nachtharn. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 1-2.) — L'urine de jour et l'urine de nuit.

Löwenfeld (L.). Ueber die nervösen Störungen im Bereiche des Brachialplexus bei Angina pectoris. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 août.) — Des troubles nerveux dans la région du plexus brachial au cours de l'angine de poitrine.

Machard (A.). Des dilatations et ruptures spontanées de la vésicule biliaire dans la péritonite adhésive sus-ombilicale. (*Arch. gén. de méd.*, août.)

May (R.) et **Lindemann** (L.). Ueber die Entstehung des tympanitischen und des nicht-tympanitischen Percussionsschalles. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 1-2.) — Des causes du son tympanique et du son non tympanique obtenus par la percussion.

McCaskey (G.). A new method for the clinical determination of the position of the cardia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 28 juillet.)

Mollé. Deux observations de fistulisation spontanée d'ascite abdominale chronique d'origine cirrhotique, au niveau d'une hernie ombilicale surdistendue par le liquide abdominal; effets favorables de cette fistulisation. (*Loire méd.*, août.)

Müller (J.). Ueber den Zungenbelag bei Gesunden und Kranken. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 août.) — L'enduit de la langue chez les individus sains et chez les malades.

Nalin (E.). Un caso di ipermegalia congenita degli organi ipocondriaci. (*Gazz. degli Osped.*, 26 août.)

Obrastzow. Ueber das Verlegen der Schmerzempfindungen in die Bauchhöhle. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 3.) — Des irradiations douloureuses dans la cavité abdominale.

Pick (F.). Epikritische Aciditätsabnahme des Harnes bei croupöser Pneumonie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 1-2.) — Diminution de l'acidité urinaire dans l'épicrise de la pneumonie fibrineuse.

Ritook (S. von). Beiträge zur Bedeutung des Oliver-Cardarelli'schen Symptoms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 juin.)

Starck (H.). Zenker'sche Pulsionsdivertikel (Pharyngo-oesophageale Pulsionsdivertikel). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 1-2, 3-4 et 5-6.)

Strasburger (J.). Experimentelle und klinische Untersuchungen über Funktionsprüfung des Darmes : Weitere Untersuchungen über Fäcesgährung nebst allgemeinen Bemerkungen über das diastatische Ferment im menschlichen Stuhle. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 3-4 et 5-6.) — Examen des fonctions de l'intestin.

Talma (S.). Chirurgische Oeffnung neuer Seitenbahnen für das Blut der Vena portae. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 juillet.) — Création artificielle d'une nouvelle voie collatérale pour le sang de la veine porte.

Tolot. Deux cas d'anémie pernicieuse. (*Lyon méd.*, 15 juillet.)

Ury (H.). Casuistische Beiträge zur Tetanie und den anderen tonischen Krampfformen bei Magendilatation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 et 26 juillet.) — Sur la tétanie et les autres spasmes toniques dans la dilatation de l'estomac.

Zaudy. Ein « geheilter » Fall von Diabetes mellitus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 août.) — « Guérison » d'un cas de diabète sucré.

MALADIES INFECTIEUSES

Capps (J.). Four cases of malaria associated with acute abdominal pain. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 août.) — Quatre cas d'impaludisme avec douleurs abdominales aiguës.

Christy (C.). Mosquitos and malaria; summary of knowledge on the subject up to date; with account of the natural history of some mosquitos. In-8°, 92 p. avec fig. Londres.

Ford (W.). Chills in typhoid fever. (*Montreal Med. Journ.*, juillet.)

Fränkel (E.). Ueber Roseola typhosa. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIV, 3.)

Koch (R.). Fünfter Bericht über die Thätigkeit der Malariaexpedition. Untersuchungen in Neu-Guinea, während der Zeit vom 28. April bis zum 15. Juni 1900. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 août.) — Cinquième rapport sur les travaux de la mission pour l'étude de la malaria.

Lourii (R.). Un cas de typhus récurrent avec éruption cutanée (en russe). (*Vratch*, 22 juillet.)

Mouton (J. M. C.). De pest en de wijze harer bestrijding. In-8°, 55 p. La Haye. — Les moyens de défense contre la peste.

Panichi (L.). La diagnosi di malaria mediante l'esame microscopico del sangue a fresco. (*Supplem. al Policlinico*, 4 août.)

Reiche (F.). Zur Klinik der 1899 in Oporto beobachteten Pesterkrankungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 juillet.)

Schottmüller. Ueber eine das Bild des Typhus bietende Erkrankung hervorgerufen durch Typhus ähnliche Bacillen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 août.) — Sur une maladie présentant le syndrome de la dothiénentérie et provoquée par un bacille similaire à celui de la fièvre typhoïde.

Terni (C.) et **Bandi** (I.). Bereitung der antipestösen Lymphe aus dem peritonealen Exsudat der inficirten Thiere. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 juillet.) — Sur une lymphe antipesteuse préparée avec l'épanchement péritonéal d'animaux inoculés.

Turner (H.). Le scorbut est-il une maladie infectieuse et contagieuse? (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Zanuttini (P.). Alcune osservazioni sopra un'epidemia di difterite. (*Morgagni*, mai.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

De Buck (D.). Nouvelle contribution à la dissociation fasciculaire ou hersage des nerfs dans les troubles angio-neurotrophiques. (*Journ. de neurol.*, 5 août.)

Gilles de la Tourette. Le traitement pratique de l'épilepsie : dose suffisante de bromure; signe de la pupille. In-12, 95 p. J.-B. Baillière et fils.

Näcke (P.). Die Epilepsiebehandlung nach Toulouse und Richet. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 juillet.) — Du traitement de l'épilepsie d'après la méthode de Toulouse et de Richet.

Popoff (S.). Zur Lehre über die Anfangsstadien der Neuritis multiplex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 15 juillet.) — La période de début de la polynévrite ascendante.

Rad (C. von). Zur Lehre von der multiplen selbständigen Gehirnnervenneuritis (Fall von Diplegia facialis combinirt mit Ophthalmoplegia externa). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 3-4.)

Ranschburg (P.) et **Bálint** (E.). Ueber quantitative und qualitative Veränderungen geistiger Vorgänge im hohen Greisenalter; experimentelle Untersuchungen. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 5.) — Des modifications survenant dans les processus psychiques sous l'influence de la sénilité.

Rencurel. Les Sarimbavy; perversion sexuelle observée en Emyrne. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Rybalkin. Vertigo auralis hysterica. Zur Frage der Harnveränderungen nach den Anfällen der « grande hystérie ». (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 3-4.) — Du vertige auriculaire chez les hystériques et des modifications de l'urine à la suite de crises de grande hystérie.

Schede. Zwei Fälle von Kleinhirntumoren. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 juillet.) — Deux cas de tumeur du cervelet.

Seiffer (W.). Ueber Nervendehnung bei der Thomsen'schen Krankheit. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 juillet.) — Traitement de la maladie de Thomsen par l'élongation des nerfs.

Stadelmann (H.). Beiträge zur Uebungstherapie. (*Wien. med. Presse*, 1er juillet.) — Du traitement des troubles moteurs par la rééducation des mouvements.

Storch (E.). Kritische Bemerkungen zur Neuronlehre. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, juillet.)

Strasburger (J.). Ueber das Fehlen des Achillessehnenreflexes und seine diagnostische Bedeutung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 3-4.) — Signification diagnostique de l'absence du réflexe du tendon d'Achille.

Thomas (A.). Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la sclérose en plaques. (*Rev. neurol.*, 15 juin.)

Veraguth (O.). Ueber einen Fall von transitorischer reiner Worttaubheit. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 3-4.) — Sur un cas de surdité verbale pure passagère.

Weygandt. Psychologische Beobachtungen bei einer Gasvergiftung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet.) — Observations psychologiques dans un cas d'intoxication par le gaz d'éclairage.

CHIRURGIE

Antoci (A.). Sulle possibili applicazioni del vapor d'acqua a getto continuo in chirurgia e nelle scienze affini mediante un nuovo nefogeno; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 5 août.)

Armstrong (G. E.). The pathology, diagnosis and treatment of perforated gastric ulcer. (*Montreal Med. Journ.*, août.)

Bayer (C.). Der angeborene Leistenbruch. (*Berlin. Klinik*, août.) — La hernie inguinale congénitale.

Beck (C.). Fractures. Appendix on practical use of Röntgen rays. In-8°, 336 p. avec fig. Philadelphie.

Blanc et **Vitaut**. Note sur un cas de psoïte suppurée d'origine appendiculaire. (*Loire méd.*, août.)

Blecher (A.). Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Enteroptose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 3-4.)

Bötticher (C.). Ueber Hepatopexie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 3-4.)

Cossu (A.). Innesto cutaneo colle spugne preparate. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, nov.) — Greffes cutanées.

Curtis (G.) et **Lambert**. Un cas d'adénome sébacé volumineux de la face. (*Rev. de chir.*, août.)

Dartigues (L.). Etude sur les sutures autoplastiques et sur les sutures à fils temporaires non perdus, appliquées à la cure radicale des hernies et aux laparotomies. (*Rev. de gynéc. et de chir. abdom.*, juillet-août.)

Dominici (E.). Di un nuovo processo per la disarticolazione dell'anca e della spalla. (*Gazz. degli Osped.*, 12 août.) — Sur un nouveau procédé de désarticulation de la hanche et de l'épaule.

D'Urso (G.). Le operazioni conservative nei neoplasmi maligni delle ossa, con contributo personale e uno studio sull'endotelioma dell'osso. (*Policlinico*, 15 sept., 15 oct., 15 nov. et 15 déc.)

Reichel (P.). Chondromatose der Kniegelenkkapsel. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 3.) — Chondromes de la synoviale du genou.

Reiske (R.). Vier Fälle von Gastroenteroplastik resp. Enteroplastik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 3.)

Smith (N.). Exercises in the treatment of lateral curvature of the spine. (*Lancet*, 7 juillet.)

Stone (I.). The treatment of persistent fecal fistulæ. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Strohmayer (W.). Subphrenischer Abscess nach Pankreaseiterung traumatischen Ursprungs. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 juillet.) — Abcès sous-diaphragmatique consécutif à une pancréatite suppurée d'origine traumatique.

Tait (D.) et **Caglieri** (G.). Experimental and clinical notes on the subarachnoid space. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 juillet.)

Tóth (J.). Die Combination von Jodoform und Calomel. (*Pest. med.-chir. Presse*, 22 juillet.)

Veiel (F.). Ueber die Radikaloperation des Oesophagusdivertikels. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 3.)

Völcker (F.). Chlorzinkätzungen bei inoperablen Tumoren. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 3.)

Vollbrecht. Vereinfachter Schnürverschluss des Darmes. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 7 juillet.) — Une suture en bourse simplifiée pour l'intestin.

Watson (F.). Hour-glass stomach and its surgical treatment. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — L'estomac en sablier et son traitement chirurgical.

Weidman (J.). Operation for cure of large incarcerated hernia of long standing. (*Ann. of Surgery*, juin.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ferberg (G.). Beitrag zur Frage der puerperalen Krampfzustände. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 1er juillet.) — Des convulsions d'origine épileptique au cours du post-partum.

Heil (K.). Zur Frühdiagnose der Gravidität. (*Zeitsch. f. prakt. Aerzte*, 25 juin.) — Du diagnostic précoce de la grossesse.

Hödlmoser (C.). Beitrag zur Kenntnis der recurrirenden Tetania gravidarum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 juillet.)

Höhne (O.). Zur Kenntnis der Tubo-Parovarialcysten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 3.)

Westermark (F.). Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Chloroformnarkose auf die Wehenthätigkeit des menschlichen Uterus bei der physiologischen Geburt. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 1.) — Influence de l'anesthésie chloroformique sur les contractions utérines dans l'accouchement normal.

Williams (J.). The frequency and significance of infarcts of the placenta, based upon the microscopic examination of 500 consecutive placentæ. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Wörz (H. von). Zum Capitel « Achsendrehung des Uterus ». (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — De la torsion de l'utérus.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Gaucher (E.) et **Sergent** (E.). Anatomie pathologique, nature et traitement de la leucoplasie buccale. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet.)

Grunert (K.) et **Zeroni** (W.). Jahresbericht über die Thätigkeit der Kgl. Universitäts-Ohren-Klinik zu Halle a. S. vom 1. April 1898 bis 31. März 1900. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLIX, 2-3.) — Compte rendu de la clinique otologique de Halle du 1er avril 1898 au 31 mars 1900.

Kamm. Acute Mastoiditis complicirt durch Sclerodermie. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.* XXXVII, 1.)

Theisen (Cl.). Angina epiglottidea anterior; report of 3 cases. (*Albany Med. Annals*, juillet.)

21e ANNÉE. — N° 5. Vingt centimes le numéro. 30 JANVIER 1901.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Congrès allemand de médecine interne en 1901.

Le dix-neuvième Congrès allemand de médecine interne se tiendra à Berlin du 16 au 19 avril prochain.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *Les médicaments cardiaques et la médication vasomotrice ;*

2° *Les myélites.*

Congrès de médecine panhellénique en 1901.

Un Congrès de médecine panhellénique aura lieu à Athènes du 13 au 23 mai 1901.

NOUVELLES

FRANCE

~~ Il est question de créer prochainement à la Faculté de médecine de Paris un bureau de renseignements pour les médecins étrangers venus ou désireux de venir à Paris dans le but de visiter les établissements d'enseignement médical et de suivre les services hospitaliers librement ouverts à tous les membres de la profession médicale.

ESPAGNE

~~ Au commencement de l'année 1898, le ministre de l'intérieur avait fait signer un décret portant que tous les médecins exerçant dans le royaume devaient faire partie du Collège médical de la province dans laquelle ils avaient établi leur domicile. Ce décret est resté à l'état de lettre morte, à la suite de diverses réclamations qui engagèrent le ministre de l'intérieur à demander au Conseil de santé et aux Académies royales de médecine si l'obligation édictée devait être maintenue. Dernièrement, et après avoir pris connaissance des avis exprimés, le gouvernement a décidé que le décret du mois d'avril 1898 recevrait son plein effet, et, pour la mise en vigueur des dispositions qu'il comporte, la *Gaceta de Madrid* a publié les nouveaux statuts pour le fonctionnement des Collèges de médecins. Ces Collèges, qui existent déjà dans une grande partie des chefs-lieux de provinces et qui devront être organisés sur toute l'étendue du royaume (1), ont pour mission de s'occuper des intérêts moraux et matériels de la profession médicale et de fournir des avis sur les questions qui leur seront soumises par le gouvernement, les tribunaux et les autorités administratives.

Nul médecin ne pourra désormais pratiquer sans s'être fait préalablement inscrire auprès d'un Collège médical; les médecins étrangers sont soumis à cette obligation, tout comme les nationaux, sans être pour cela exonérés des conditions déjà imposées pour l'exercice de la médecine en Espagne.

HONGRIE

~~ Au cours de la discussion du budget, le président du Conseil des ministres du royaume a déclaré que, la prophylaxie de la tuberculose étant subordonnée avant tout à une question d'argent, il étudiait avec le ministre des finances l'émission d'un emprunt à lots qui procurerait les fonds nécessaires pour aboutir à un résultat pratique.

PRUSSE

~~ Nous avons fait connaître dernièrement les mesures que le ministre de l'instruction publique et des affaires médicales avait prises afin d'éviter que les malades traités dans les cliniques, policliniques et autres établissements hospitaliers ne fussent exposés à des interventions médicales injustifiées ou pouvant avoir des conséquences fâcheuses pour les sujets qui y sont soumis (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. VI). Ces mesures n'ont pas paru suffisantes; le ministre vient de créer auprès de son département un bureau de la littérature médicale, dans lequel des fonctionnaires sont spécialement chargés de lire régulièrement toutes les publications médicales, afin que les autorités aient connaissance en temps voulu des expériences non motivées faites sur l'homme et sur les animaux.

RUSSIE

~~ A titre de curiosité, nous signalons, d'après les journaux russes, qu'il vient de se constituer à Kharkov une Société par actions qui se charge de pourvoir au service médical de la ville.

(1) Sur la demande des médecins intéressés, et après avis conforme du Conseil royal de santé, un Collège médical pourra être créé dans toute ville ayant au moins 14.000 habitants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE GENÈVE

Bourdillon (Ph.). Emploi du sérum gélatiné comme agent coagulant.

Champendal (Marguerite). Des varices congénitales.

Farmakovsky (Eugénie). Contribution à l'étude de l'action de la digitale et du nitrate de potasse sur les ganglions sympathiques du cœur.

Louys (E.). Des kystes intralaryngés et en particulier des kystes laryngés branchiogènes.

Markova (Klavdia). Contribution à l'étude de la perception stéréognostique.

Nazlamov (D.). Grossesse et entéroptose.

Patry (E.). Cent cas de hernie étranglée.

Stroesco (Porfiria). Recherches bactériologiques et thérapeutiques sur les otites suppurées fétides.

Vernet (A.). Des phénomènes d'intoxication de la rétention chronique et incomplète d'urine (étude clinique et expérimentale).

Wiki (B.). Contribution à l'étude pharmacodynamique des alcaloïdes du gelsemium sempervirens.

THÈSES DE LAUSANNE

Clément (G.-X.). Etude de la lithiase biliaire.

Couturier (H.). Vices cardiaques congénitaux; contribution à l'étude de la maladie de Roger, simple et combinée.

Douty (E. H.). Quecksilber bei Syphilis; seine Geschichte und Anwendung. — Le mercure dans la syphilis.

Humbert. Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intraveineuses de cinnamate de soude, d'après Landerer.

Ievlev (Elisabeth). Un procédé d'iridectomie en cas d'absence de la chambre antérieure.

Ikonikov (Goguelia). Ophtalmoplégie extérieure, double, congénitale.

Klirikov (Olga). Eine statistische Studie über Ileus.

Larine (Véra). Etude sur la fracture isolée de l'apophyse coronoïde.

Martines (Ch. de). Recherches sur les troubles du goût et de l'odorat dans les paralysies générales progressives.

Meystre (A.). Un cas de thrombose des veines hépatiques.

Razskazov (Sophie). Castration pour les fibromes utérins.

Renaud (A.). Etude sur la leucocytose dans la rougeole et son rôle clinique.

Salomon (Véra). Recherches expérimentales sur la rage.

Santschi (F.). Contribution à l'hygiène des habitations; recherches sur les microorganismes des sièges des cabinets d'aisance.

Schuler (Alice). Résultats éloignés des interventions dans les tuberculoses articulaires.

Stiena (Nadejda). Des fonctions de la thyroïde.

Trapezontzian (Catherine). Etude sur le ptérygion; pathogénie.

Wild (C.). Anatomische Untersuchungen über das puerperale Osteophyt und seine Beziehungen zu allgemeinen Knochenveränderungen der Schwangeren.

MÉDECINE

Allchin (W. H.). Manual of medicine. Vol. II : General diseases. In-8°, 388 p. Londres.

Askanazy (S.). Ueber die diagnostische Bedeutung der Ausscheidung des Bence-Jonesschen Körpers durch den Harn. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 1-2.) — De la signification diagnostique de la présence dans l'urine du corps de Bence-Jones (albumosurie).

Bacialli (P.). Nuovo apparecchio per eseguire in modo perfettamente asettico le punture esplorative. (*Gazz. degli Osped.*, 26 août.)

Barjon (F.) et **Cade** (A.). Un cas d'anémie pernicieuse progressive. (*Lyon méd.*, 19 août.)

Bassi (G.). Di alcuni fatti clinici ed anatomici che caratterizzano la lesione organica della mitrale (con un'interpretazione fisiologica del tono diastolico mitralico). (*Clinica med.*, oct.)

Blad (A.) et **Videbech** (P.). Om diazoreaktionen, særlig dens optrœden ved lungetuberkulosen. (*Hospitalstidende*, 28 nov. et 5 déc.)

Buch (M.). Ueber Myasthenia gastrica. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 3.)

Cabot (R.). Pernicious anæmia : a study of 110 cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Carrasco (G.). La tuberculosis en la ciudad de Buenos Aires, estudiada desde el punto de vista estadístico y topografico, 1872 á 1899. (*Boletin demográfico argentino*, oct.)

Crispino (M.). Un caso di destrocardia congenita pura. (*Riforma med.*, 13, 14 et 16 août.)

Ferenczi (A.). Bradycardia senilis. (*Pest. med. chir. Presse*, 12 août.)

Pujade (P.). La cure pratique de la tuberculose. In-8°, 370 p.

Rebensburg (H.). Beobachtungen über Diabetes insipidus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 août.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Barbe. Accidents de paralysie spasmodique observés chez les pêcheurs d'éponges. (*Arch. de méd. navale*, juin.)

Becker (W.). Hæmatomyelia, with report of 3 cases. (*Med. Record*, 18 août.)

Benedikt (M.). Tabes-Fragen vom Standpunkte der Erfahrung und der Biomechanik. In-8°, 59 p. Vienne.

Berkley (H. J.). Treatise on mental diseases. In-8°, 618 p. avec fig. Londres. — Traité des maladies mentales.

Bermann (M.). Ueber die Beziehungen der Syphilis zur Tabes dorsalis und zur Paralysis progressiva. (*Wien. med. Wochensch.*, 11 août.) — Des rapports de la syphilis avec le tabes et la paralysie générale.

Boissier (F.). Epilepsie et trépanation. (*Arch. de neurol.*, août.)

Borgherini (A.). Miotonia essenziale e stati criotanici. (*Gazz. degli Osped.*, 26 août.)

Bratz et **Lüth.** Hereditäre Lues und Epilepsie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 2.)

Bregman (L.). Ueber die elektrische Entartungsreaction des M. levator palpebrae superioris, nebst einigen Bemerkungen über eine isolirte traumatische Oculomotorius- und Trochlearislähmung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er août.) — Sur la réaction de dégénérescence du releveur de la paupière supérieure et sur une forme de paralysie traumatique isolée du moteur oculaire commun et du pathétique.

Bruandet. Un cas d'hémispasme facial. (*Rev. neurol.*, 30 juillet.)

Cestan. Méningo-myélite syphilitique avec signe d'Argyll-Robertson. (*Arch. de neurol.*, août.)

Crocq (J.). Neuronophagie et phagocytose. (*Journ. de neurol.*, 20 juillet.)

Dinkler. Ueber den klinischen Verlauf und die pathologisch-anatomischen Veränderungen eines schweren durch Hemiplegie, bulbäre und psychische Störungen ausgezeichneten Falles von Basedow'scher Krankheit. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 2.) — Etude clinique et anatomo-pathologique d'un cas grave de maladie de Basedow avec hémiplégie et troubles bulbaires et psychiques.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Anderson (W.). On seborrhœa and its results. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, août.)

Audry (Ch.). Précis élémentaire des maladies vénériennes. In-18, 342 p.

Bechert (W.). Ueber einen Fall diffuser idiopathischer Hautatrophie. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIII, 1.) — Un cas d'atrophie idiopathique diffuse de la peau.

Bosellini (P. L.). Sopra tre casi di xantoma glicosurico. (*Clinica med.*, nov.)

Delbanco (E.). Ein im Subcutangewebe gelagertes Riesenzellensarkom (myélome des parties molles, tumeur à myéloplaxes) an der Dorsalseite des Daumens. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er et 15 août.)

Fordyce (J.). Endothelioma of the skin developing in the scar-tissue of lupus vulgaris; angiosarcoma of the skin. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Endothéliome développé dans le tissu cicatriciel d'un lupus vulgaire; angiosarcome cutané.

Fox (G. H.). Photographic atlas of diseases of the skin. 1re partie. In-4°, 80 planches avec texte explicatif. Philadelphie. — Atlas des maladies de la peau.

CHIRURGIE

Eiselsberg (von). Ueber Verätzungs-Stricturen des Pylorus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 1 et 4.) — Des rétrécissements du pylore par ingestion de substances caustiques.

Féré (Ch.). Lipome symétrique familial de l'arcade plantaire. (*Rev. de chir.*, août.)

Guidone (P.). Ferite addominali e moderno trattamento; studio clinico-sperimentale. In-8°, 133 p. avec fig. Naples.

Hildebrand (O.). Grundriss der chirurgisch-topographischen Anatomie mit Einschluss der Untersuchungen am Lebenden. 2e éd. In-8°, 336 p. avec fig. Wiesbaden.

Jaboulay. Exclusion de l'intestin. (*Lyon méd.*, 26 août.)

Kaposi (H.). Ein Fall von Tetanus 5 1/2 Jahre nach einer Schussverletzung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 2.) — Tétanos survenu cinq ans et demi après une blessure par arme à feu.

Keen (W.) et **Rosenberger** (R. C.). The surgical use of celluloid thread. (*Philadelphia Med. Journ.*, 10 mars.) — Sur l'emploi du fil en celluloïde.

Kelling (G.). Zur Frage der Pneumonie nach Laparotomien in der Nähe des Zwerchfells. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 août.) — De la pneumonie consécutive aux laparotomies pratiquées au voisinage du diaphragme.

Knotz (I.). Beobachtungen über Seh-und Hörstörungen, sowie über Augenmuskellähmungen nach Schädelverletzungen. (*Wien. med. Presse*, 22 et 29 juillet et 26 août.) — Troubles de la vue et de l'ouïe et ophtalmoplégies consécutifs à des blessures du crâne.

Koltze (G.). Ueber die vollständige Exstirpation der Zunge und des Mundbodens. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 3-4.) — Sur l'ablation complète de la langue et du plancher buccal.

König (F.). Zur Technik ausgedehnter Oberkieferresectionen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 3.) — Technique des résections étendues du maxillaire supérieur.

Kredel (L.). Ueber angeborene Halsmuskeldefecte. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 3-4.) — Sur l'absence congénitale de certains muscles du cou.

Krönig (B.) et **Blumberg** (M.). Vergleichende Untersuchungen über den Wert der mechanischen und Alkoholdesinfection der Hände gegenüber der Desinfection mit Quecksilbersalzen, speciell dem Quecksilberaethylendiamin. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 et 24 juillet.) — La désinfection des mains par les procédés mécaniques, par l'alcool et par les sels de mercure.

Le Dentu (A.) et **Delbet** (Pierre). Traité de chirurgie clinique et opératoire. T. IX. In-8°, 960 p. avec fig.

Levchine (L.). La désinfection des mains et du champ opératoire au moyen d'une solution de savon oléino-potassique dans l'alcool méthylique (en russe). (*Vratch*, 15 juillet.)

UROLOGIE

Bókay (J. von). Beitrag zur Kentnis der Harnröhrendivertikel bei Knaben. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, 2.) — Des diverticules de l'urèthre chez les petits garçons.

Di Gregorio (V.). Sopra una nuova serie di sonde dilatatrici uretrali. (*Riforma med.*, 30 août.)

Dommergue (G.). Traité pratique d'analyse chimique, microscopique et bactériologique des urines. In-8°, 199 p. avec fig.

D'Urso (G.) et **De Fabii** (A.). Ricerche sperimentali sulla ureteroeteroplastica. (*Policlinico*, 15 juillet.)

Frank (J.). Blasen-Mastdarm-Anastomose, mittels des resorbirbaren Knopfes. Eine Behandlungsmethode bei Ekstrophie der Blase. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 3-4.) — Traitement de l'exstrophie de la vessie par l'abouchement recto-vésical au moyen d'un bouton résorbable.

Harris (M.). The best method of collecting the urine from the ureters for diagnostic purposes. (*Ann. of Surgery*, août.) — Un procédé pour recueillir l'urine des uretères dans un but diagnostique.

Harrison (R.). The remote results of structural lesions (interventions sanglantes) in urethrostenosis. (*Lancet*, 11 août.)

Katzenstein (M.). Experimentelle Untersuchungen über Kathetersterilisation, nebst Bemerkungen zur Asepsis des Ureterkatheterismus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 sept.)

Keyes (E.). The evidences of prostatic atrophy after castration. (*Med. Record*, 21 juillet.) — Les signes d'hypertrophie prostatique après castration.

Lewis (B.). Report of a case of exstrophy of the bladder, with remarks upon the operative treatment of that condition. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Traitement de l'exstrophie de la vessie.

Ogden (J. B.). Clinical examination of urine and urinary diagnosis. In-8°, 416 p. avec fig. Philadelphie.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Klinische Beiträge zur Frage von der Entstehung der fieberhaften Wochenbettserkrankungen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XL, 3, XLI, 1 et XLIII, 2.) — Pathogénie des affections fébriles de la période puerpérale.

Babo (Agnes von). Ein Fall von kleincystischer Entartung beider Ovarien. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 2.) — Un cas de dégénérescence polykystique des deux ovaires.

Bar (P.). La Maternité de l'hôpital Saint-Antoine (description, organisation, fonctionnement du 18 mai 1897 au 1er janvier 1900). In-4°, 166 p. avec fig.

Bayer (J.). Ueber präcipitirte Geburten und ihre Folgen für die Wöchnerin. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 289.) — L'accouchement précipité et ses conséquences pour la mère.

Bergh (R.). Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum. (*Hospitalstidende*, 26 déc.)

Bertazzoli (A.). Documenti clinici e statistici per la storia dell'operazione di Porro. (*Arch. ital. di ginecol.*, avril.)

Bird (U.). Placenta previa, with death of fetus before term, and delivery without hemorrhage. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.) — Placenta prævia; mort du fœtus avant terme; absence d'hémorrhagie pendant l'accouchement.

Borrmann (R.). Ein diffuses Riesenzellensarkom der Cervix uteri mit Metastasen in beiden Ovarien, complicirt durch Schwangerschaft und Abort im vierten Monat. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 2.) — Sarcome diffus à cellules géantes du col utérin avec métastases dans les deux ovaires; grossesse; avortement au quatrième mois.

Bovee (J.). Arhythmia cordis complicating fibromata uteri. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 août.)

VARIA

Prix proposés par l'Académie de médecine de Paris pour l'année 1903.

(Pour les prix proposés pour l'année 1901, voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. CCLIII; pour l'année 1902, voir *Semaine Médicale*, 1900, Annexes, p. I)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1,000 fr. (Annuel.)

Question : *Des moyens d'apprécier l'activité éliminatrice du rein.*

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — 800 fr. (Annuel.)

Au meilleur mémoire sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX BARBIER. — 2,000 fr. (Annuel.)

A celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1,200 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail ou ouvrage sur la circulation du sang.

PRIX HENRI BUIGNET. — 1,500 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales, à l'exception des traductions et des ouvrages faits par des étrangers.

PRIX CAPURON. — 1,000 fr. (Annuel.)

Question : *De l'action des eaux salines en général sur la digestion.*

PRIX MARIE CHEVALLIER. — 6,000 fr. (Triennal.)

Au meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

PRIX CHEVILLON. — 1,500 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr. (Annuel.)

Question : *Des troubles cérébraux dans la sclérose en plaques.*

PRIX CLARENS. — 400 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

PRIX DAUDET. — 1,000 fr. (Annuel.)

Question : *Des médications générales dans le traitement du cancer.*

PRIX DESPORTES. — 1,300 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

PRIX ERNEST GODARD. — 1,000 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3,000 fr. (Annuel.)

Au meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX ITARD. — 2,400 fr. (Triennal.)

Au meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

(Il est de condition rigoureuse que les ouvrages aient au moins deux ans de publication.)

PRIX LABORIE. — 5,000 fr. (Annuel.)

A l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail de statistique médicale.

PRIX LAVAL. — 1,000 fr. (Annuel.)

A l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

PRIX JULES LEFORT. — 300 fr. (Quinquennal.)

A l'auteur du meilleur travail original, et non d'une œuvre de compilation, sur l'étude chimique des eaux minérales et potables.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2,600 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1,500 fr.

Ce prix est destiné à subventionner, par une allocation annuelle ou biennale, des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

PRIX NATIVELLE. — 300 fr. (Annuel.)

Au meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

PRIX OULMONT. — 1,000 fr. (Annuel.)

A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or-médecine) au concours annuel des prix de l'internat des hôpitaux de Paris.

PRIX PORTAL. — 600 fr. (Annuel.)

Question : *Anatomie pathologique des salpingites dans leurs rapports avec les causes productrices.*

PRIX POURAT. — 700 fr. (Annuel.)

Question : *Les sécrétions microbiennes et leur action physiologique dans la genèse des maladies.*

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 fr. (Biennal.)

A l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

PRIX HENRI ROGER. — 2,500 fr. (Quinquennal.)

Au meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène et thérapeutique).

(Il faut que les ouvrages aient au moins deux ans de publication.)

PRIX TARNIER. — 3,000 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

PRIX TREMBLAY. — 7,200 fr. (Quinquennal.)

A l'auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires, plus particulièrement catarrhe de la vessie, affections de la prostate.

PRIX VERNOIS. — 700 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail sur l'hygiène.

Nota. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis aux concours, à l'exception des prix Buignet, Marie Chevallier, Roger et Tarnier.

21e ANNÉE. — N° 6. Vingt centimes le numéro. 6 FÉVRIER 1901.

LA
SEMAINE MÉDICALE
Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Georg Wetzel (*anatomie*); Felix Klemperer (*médecine interne*); Karl Bruhns (*dermatologie*).

Faculté de médecine de Copenhague. — M. le docteur J. Fibiger est nommé professeur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Lange, décédé.

Faculté de médecine de Kiel. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Theodor Kirchhoff, privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Richard Burian est nommé privatdocent de physiologie.

NOUVELLES

FRANCE

~~~ Durant l'année 1899, sur environ 71,000 agents et sous-agents de l'administration des postes et des télégraphes, 200 ont été déclarés comme ayant succombé à la tuberculose, et 88 ont été mis en disponibilité pour la même affection, soit une mortalité de 28.1 pour 10,000 et une perte totale de 40.5 pour 10,000. La mortalité vraie approche donc de 40 pour 10,000, car on ne peut raisonnablement penser qu'une forte proportion des malades mis en disponibilité ait échappé à la mort. La mortalité générale, toutes maladies réunies, durant les années 1897, 1898 et 1899, a été de 1,557, et le nombre des morts par tuberculose de 561, réformes non comprises, soit 36 % environ.

A première vue, cette léthalité ne paraît pas excessive. Elle est cependant supérieure à la moyenne en France (34 morts de tuberculose sur 10,000 habitants, au lieu de 40 sur 10,000 pour les employés des postes). Mais il faut songer que cette moyenne porte exclusivement sur les villes où fonctionne un service de statistique et que les habitants des campagnes, qui payent à la tuberculose un moins lourd tribut, en sont exclus; au contraire, la statistique des postes porte aussi bien sur le personnel des villages que sur celui des villes. Il faut considérer aussi que les employés des postes ne sont admis qu'après un examen médical qui exclut en partie les faibles et les malades. Dans ces conditions, la mortalité devrait être au-dessous de la moyenne, et cependant elle semble être sensiblement au-dessus. Le fait, du reste, est bien plus net quand on prend la statistique du seul département de la Seine. En 1899, sur 1,500 employés, 43 ont succombé et 50 ont été mis en disponibilité par le fait de la tuberculose, soit une perte de 62 pour 10,000. Or, la mortalité par tuberculose, à Paris, n'est que de 49 pour 10,000.

Enfin, le personnel des employés des postes paye à la tuberculose un tribut d'autant plus lourd qu'il séjourne plus longtemps dans les bureaux : les affections tuberculeuses représentent 15.45 % de la morbidité totale et annuelle des agents des postes travaillant exclusivement à l'intérieur, tandis qu'elles ne constituent que 10 % des maladies constatées chez les sous-agents travaillant plus à l'extérieur qu'à l'intérieur.

L'influence néfaste des bureaux étant ainsi démontrée, le ministre compétent a décidé que les locaux de l'administration seront dorénavant nettoyés à l'aide de linges humides et qu'il sera interdit d'y cracher par terre; de plus, l'installation de nouveaux locaux n'aura lieu qu'après une inspection médicale.

En ce qui concerne le personnel, tous les postulants seront examinés par un médecin et ceux qui seront reconnus atteints de tuberculose ne seront pas admis; en outre, tous les agents subiront un examen médical et les constatations faites seront consignées sur un livret sanitaire individuel, ce qui permettra d'écarter ces malades du service des bureaux et de prendre à leur égard les mesures nécessaires tant pour les faire bénéficier d'un traitement approprié (dans un sanatorium spécial) que pour protéger les autres agents de l'administration.

ANGLETERRE

~~~ Nous avons signalé à plusieurs reprises l'existence de la peste à Alexandrie (Egypte) ; de temps à autre il se produit un cas, suivi ou non de décès; on établit alors la quarantaine, puis, dix jours s'étant écoulés sans qu'on ait constaté de nouveaux cas, il est délivré derechef patente nette, et cela se passe ainsi depuis environ deux ans. D'après les déclarations officielles, la peste sévit d'une manière très intermittente à Alexandrie, mais le danger n'en subsiste pas moins pour les bateaux qui touchent à ce port, même pendant la période où les autorités sanitaires délivrent patente nette. La preuve en est dans un fait qui vient de se passer dernièrement et sur lequel nous avons reçu des détails précis.

Un bateau du port de Cardiff était parti pour Alexandrie où il était arrivé le 10 décembre 1900, sans qu'il se fût produit à bord le moindre cas de maladie. Il quitta ce dernier port le 22 décembre, fit escale à Alger le 30, où le capitaine descendit seul à terre, et arriva à Hull le 10 janvier 1901. Au cours de la traversée, et peu après le départ d'Alexandrie, on avait trouvé à bord des rats morts; un chat et un chien appartenant à l'équipage furent malades, ainsi qu'un homme du bord qui succomba un peu avant la fin du voyage. A l'arrivée, le médecin de la santé examina tous les hommes de l'équipage et les trouva bien portants. Mais le 13 janvier il fut de nouveau appelé parce que deux matelots se trouvaient malades depuis la veille; il porta le diagnostic d'influenza, qui fut confirmé le lendemain par un médecin de la ville, M. le docteur F. Wilson, lequel constata l'existence de complications pulmonaires. L'état de ces malades empira rapidement et ils succombèrent l'un le 15 et l'autre le 16 janvier; le médecin de la santé et le docteur Wilson en firent l'autopsie; une partie des poumons et des autres viscères fut envoyée à deux laboratoires de bactériologie et l'examen fit voir qu'il s'agissait de pneumonie pesteuse. Sur ces entrefaites, d'autres hommes du bord tombèrent malades et présentèrent tous les symptômes de cette maladie; quatre d'entre eux sont morts, ce qui porte à 7 le total des décès. Fait à noter, le docteur F. Wilson, qui avait soigné les premiers malades et avait pratiqué l'autopsie des deux individus morts le 15 et le 16 janvier, fut à son tour atteint de pneumonie pesteuse et, après une période critique, il se trouve aujourd'hui dans un état qui fait prévoir une guérison très prochaine.

SUÈDE

~~~ A en juger d'après la statistique établie par M. le docteur U. Quensel (de Stockholm) au moyen des chiffres officiels, la mortalité par cancer serait en progression constante depuis vingt-cinq ans dans les villes de la Suède. En effet, alors que pendant la période quinquennale 1875-79 elle n'était que de 8 pour 10,000 habitants, elle s'est élevée, durant la période 1895-99, à 9.76. De même, tandis que les décès dus aux affections cancéreuses ne représentaient, pour la première de ces périodes, que 3.57 % de la mortalité totale, ils en constituent, pour la dernière, 6.27 %.

Un fait intéressant est la proportion respective de ces décès dans les deux sexes; de 1875 à 1879, les femmes étaient presque deux fois plus frappées que les hommes (192 : 100); actuellement, la différence n'est plus que d'un tiers en plus pour le sexe féminin (150 : 100).

Enfin, M. Quensel a étudié les rapports de la mortalité cancéreuse avec la densité de la population : exception faite pour les villes de plus de 100,000 habitants — il n'y en a que deux en Suède, Stockholm et Gothembourg — où elle atteint 9.55 pour 10,000, cette mortalité est en raison inverse du chiffre de la population : de 10.05 pour 10,000 dans les agglomérations de moins de 2,000 habitants, elle n'est plus que de 9.08 pour 10,000 dans les villes de 2,000 à 10,000 habitants, et s'abaisse à 8.53 pour 10,000 dans les centres dont la population est comprise entre 10,000 et 100,000 habitants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

MÉDECINE

Eichhorst (H.). Ueber Darmgries. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 1-2.) — Sur le sable intestinal.

Fáry (B.). Peliosis rheumatica mit schweren gastro-intestinalen Erscheinungen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 26 août.) — Rhumatisme noueux avec troubles gastro-intestinaux graves.

Gavala (S.). Ein Fall von maligner Endocarditis mit zahlreichen Metastasen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 août.)

Golesceano. Ophtalmoplégie transitoire et incomplète dans le cours du diabète. (*Bull. de la Soc. méd. des bureaux de bienfaisance de Paris*, nov.)

Gottstein (A.). Beiträge zur Prognose der Lungenschwindsucht. (*Therap. Monatsh.*, août.) — Sur le pronostic de la phtisie pulmonaire.

Hädke (M.). Ueber metatraumatische alimentäre Glykosurie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 août.)

Hammerschlag (V.). Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Meningitis serosa. (*Wien. med. Wochensch.*, 25 août.)

Mayet (L.). Etude sur la répartition géographique du goitre en France. (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Meyer (A.). Diät und Salzsäuresekretion; ein Beitrag zur Frage nach der Diät bei Peracidität. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 3.) — Du régime alimentaire qui convient aux hyperchlorhydriques.

Ott (A.). Zur Bedeutung der eosinophilen Zellen im Phthisikersputum. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 1-2.)

Péhu. De l'hyperexcitabilité musculaire dans les altérations pleurales chroniques. (*Lyon méd.*, 12 août.)

Remlinger (P.). L'hépatite aiguë dysentérique; son traitement par la saignée du foie. (*Rev. de méd.*, août.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

De Buck (D.) et **De Moor** (L.). La neuronophagie. (*Journ. de neurol.*, 20 juillet.)

Féré (Ch.). Le sadisme aux courses de taureaux. (*Rev. de méd.*, août.)

Förster (O.). Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis im präataktischen Stadium und über den Einfluss der Opticusatrophie auf den Gang der Krankheit. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, juillet et août.) — De la séméiologie du tabes à la période préataxique et de l'influence exercée par l'atrophie des nerfs optiques sur la marche de cette maladie.

Frenkel et **Förster.** Untersuchungen über die Störungen der Sensibilität bei der Tabes dorsalis. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 1 et 2.) — Recherches sur les troubles de la sensibilité dans le tabes.

Gebhardt (F. von). Ueber Sensibilitätsstörungen bei Sclerosis polyinsularis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 1-2.) — Des troubles de la sensibilité dans la sclérose en plaques.

Grebner (F.). De l'hypoesthésie cutanée chez les tabétiques (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. med. i bakteriol.*, juin.)

Guttmann. Ueber Gehirn-Lähmungserscheinungen nach Influenza. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er août.) — Troubles cérébraux consécutifs à la grippe.

Halipré (A.). Troubles trophiques chez les hémiplégiques. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 août.)

Hänel (H.). Beitrag zur Kenntnis der Syphilis des Centralnervensystems. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 2.) — De la syphilis des centres nerveux.

Heilbronner. Ueber die Beziehungen zwischen Demenz und Aphasie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 2.) — Des rapports existant entre la démence et l'aphasie.

Hunter (W.). The microscopic appearances of the motor ganglion cells in 5 cases of peripheral neuritis. (*Lancet*, 25 août.)

Kattwinkel. Ein Beitrag zur Lehre von der pathologisch-anatomischen Grundlage der Huntington'schen Chorea. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 1-2.) — Sur le substratum anatomo-pathologique de la chorée de Huntington.

Köppen (M.). Ueber Veränderungen der Hirnrinde unter einem subduralen Hämatom. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 2.) — Des lésions de l'écorce cérébrale, sous-jacentes à un hématome sous-dure-mérien.

Kozowsky (A.). Zur Frage von den anatomischen Veränderungen des Gehirns im Anfangsstadium der progressiven Paralyse. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 2.) — Des lésions anatomiques du cerveau à la période initiale de la paralysie générale.

Liebmann (A.). Sprachstörung und Sprachentwickelung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er août.) — Troubles de la parole et développement du langage.
~~~

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Herxheimer (K.). Ueber Xeroderma pigmentosum. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 août.)

Iványi (E.). Ueber die Therapie des Ulcus venerum (weicher Schanker) und seiner Complicationen, auf Grund von 543 Fällen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 5 août.)

Kiss (J.). Bemerkungen zur Rolle der mechanischen Antisepsis in der Behandlung der Gonorrhoe. (*Pest. med.-chir. Presse*, 12 août.)

Lesage et **Thiercelin**. Note sur un cas de lèpre anesthésique. (*Rev. neurol.*, 30 juillet.)

Lohnstein (H.). Ueber Spüldehnungen bei chronischer infiltrirender Urethritis. (*Monatsb. über die Krankh. des Harn-und Sexual-Apparates*, V, 8.) — Dilatation de l'urèthre au moyen de lavages contre la blennorrhée avec infiltration uréthrale.

Luithlen (F.). Ueber Behandlung der nekrotisirenden Akne mit Meersalzlösung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 août.) — Traitement de l'acné ulcéreuse par les applications de sel marin.

Möhlau (F.). Die rationelle Behandlung der chronischen Gonorrhoe mit Massage. (*Therap. Monatsh.*, août.)

Philippson (A.). Ambulante Behandlung in der dermatologischen Praxis. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 15 août.) — De quelques moyens de traitement ambulatoire des affections cutanées.

Portucalis. La prophylaxie des maladies vénériennes par la religion musulmane. In-8°, 52 p.

Pospelov (A.). Un cas de transmission héréditaire de la syphilis à la troisième génération (en russe). (*Vratch*, 29 juillet.)

Sauton (J.). La lèpre au point de vue de l'assistance publique et de la bienfaisance privée. In-4°, 24 p.

CHIRURGIE

Lotheissen (G.). Zur Behandlung der Pseudarthrosen durch Osteoplastik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 3.)

Martin (Cl.). De la simplification des méthodes de traitement des fractures du maxillaire inférieur. (*Province méd.*, 11 août.)

Meyer (G.). Ueber die Anwendung von entzündungserregenden Mitteln bei der Wundbehandlung. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 11 août.) — Sur l'emploi de substances irritantes dans le traitement des plaies.

Mintz (W.). Zur Casuistik der primären Magensarkome. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 août.) — Sarcomes primitifs de l'estomac.

Mynter (H.). Appendicitis and its surgical treatment, with a report of 185 operated cases. 3e éd. In-8°, 231 p. Londres. J. B. Lippincott.

Paul (Th.) et **Sarwey** (O.). Experimentaluntersuchungen über Händedesinfection. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 et 19 déc. 1899; 3, 10, 17, 24 et 31 juillet.) — Recherches expérimentales sur la désinfection des mains.

Payr (E.). Beiträge zur Frage der « totalen Darmausschaltung ». (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 et 9 août.) — De l'exclusion complète de l'intestin.

Phocas. La pseudo-coxalgie d'origine herniaire. (*Nord méd.*, 1er août.)

Rodman (W.). Gastric hemorrhage. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 juin.)

Roncali (D.). Saggio di una nuova dottrina sopra la commozione dell'encefalo. (*Policlinico*, 15 juillet.)

Rouville (G. de) et **Braquehaye** (J.). Consultations chirurgicales à l'usage des praticiens. In-8°, 351 p.

OPHTALMOLOGIE

Buller (F.). Excision of the eyeball and some alternative operations. (*Montreal Med. Journ.*, mai.)

Czermak (W.). Arbeiten aus der deutschen Universitäts-Augenklinik zu Prag, herausgegeben anlässlich der Eröffnung der neuen klinischen Räume im Kaiser Franz Josef-Pavillon des allgemeinen Krankenhauses. In-8°, 208 p. avec fig. Berlin. — Travaux de la clinique ophtalmologique de la Faculté allemande de médecine de Prague.

Etiévant. Quelques résultats donnés par les injections sous-conjonctivales. (*Province méd.*, 18 août.)

Glauning (E.). Ueber die Behandlung inficirter perforirender Bulbuswunden. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 juillet.) — Du traitement des plaies pénétrantes du globe oculaire.

Guende (Ch.). La myopie traumatique par distension de la zonule de Zinn. (*Marseille méd.*, 1er août.)

Hauenschild (W.). Ein Fall von spontan auftretender intraocularer Blutung, die zur Bulbusruptur führte. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 juillet.) — Hémorrhagie intra-oculaire spontanée ayant déterminé une rupture du globe de l'œil.

Jackson (E.). Manual of diagnosis and treatment of the diseases of the eye. In-8°, 604 p. avec fig. Philadelphie. — Diagnostic et traitement des maladies des yeux.

Keschmann (R.). Zur Lehre vom pulsirenden Exophthalmus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 août.) — De l'exophtalmie pulsatile.

Königstein (L.). Beitrag zur Klinik des Herpes zoster ophthalmicus. (*Wien. med. Presse*, 29 juillet.)

Mayer (G.). Zur Kenntnis der Infection vom Conjunctivalsack aus. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 août.) — Recherches sur les infections ayant le sac conjonctival pour point de départ.

Wecker (L. de). Le glaucome en Orient. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bröse (P.). Ueber Exstirpatio vaginae. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 2.)

Burrage (W.). The remote results of conservative operations on the ovaries and tubes; an analysis of 85 cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Caturani (M.). Indicazioni ginecologiche della sterilizzazione della donna. (*Arch. ital. di ginecol.*, avril.)

Cooke (J. B.). A manual of obstetrical technique as applied to private practice. In-8°, 170 p. Philadelphie.

Cumston (Ch.). Posterior colpocœliotomy for lesions of the adnexa and uterus; its indication and technique. (*Med. Record*, 18 août.)

Davis (E.) et **Harris** (H.). Syncytioma malignum and ectopic gestation causing pernicious nausea. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Edebohls (G.). Migrated ovarian and parovarian tumors. (*Med. Record*, 18 août.)

Fischer (I.). Zur Frage der Erhaltung von Ovarialresten. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 août.) — Des avantages que présente la conservation de restes de tissu ovarien.

Franqué (O. von). Ovarialcyste (Hydrops folliculi) mit Abdrehung des Stiels beim Neugeborenen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 2.) — Kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule chez une enfant nouveau-née.

Gerstenberg. Die Erfolge der Formoltherapie bei uterinen Blutungen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 août.) — Le formol contre les hémorrhagies utérines.

Glitsch (R.). Ein Beitrag zur Klärung der Frage nach der Entstehung der Stirnlagen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Sur la pathogénie des présentations du front.

Herzog (M.). The pathology of tubal pregnancy: a summary of the study of 40 cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Jacobs (C.). Résultats éloignés de l'hystérectomie abdominale avec évidement pelvien dans le cancer du col utérin. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, juillet-août.)

Jensen (J.). Om atmokausis og zestokausis. (*Hospitalstidende*, 12 et 19 déc.)

Keith (S.). Gynæcological operations: exclusive of those interfering with the peritoneal cavity. In-8°, 130 p. avec fig. Londres.

Klein (G.). Zur vergleichenden Anatomie und Physiologie der weiblichen Genitalien. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 2.) — Anatomie et physiologie comparées des organes génitaux de la femme.

Kleinwächter (L.). Einige Worte über die Complication von Uterusmyom und Diabetes. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 2.)

Kreis (O.). Ueber Medullarnarkose bei Gebärenden. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 juillet.) — Anesthésie obstétricale par cocaïnisation de la moelle.

Madlener (M.). Zucker als wehenverstärkendes Mittel. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 août.) — Le sucre comme moyen de renforcer l'énergie des contractions utérines pendant l'accouchement.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Fein (J.). Die Behandlung der typischen Pachydermia laryngis mit Salicylsäure. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 août.) — Un cas de pachydermie laryngienne guéri par les applications d'acide salicylique.

Fischbein. Beitrag zur Behandlung des Stimmritzenkrampfes. (*Deutsche Aerzte-Zeitung*, 15 déc.) — Sur le traitement du spasme de la glotte.

Friedrich (E. P.). Rhinology, laryngology, otology: their significance in general medicine. (Trad. de l'allemand par H. Holbrook Curtis.) In-8°, 348 p. Philadelphie.

Garel (J.). Le chancre syphilitique intra-nasal. (*Lyon méd.*, 5 août.)

Gomperz (B.). Zur Therapie der Verwachsungen im Mittelohr. (*Wien. med. Wochensch.*, 11, 18 et 25 août.) — Traitement des adhérences au niveau de la caisse du tympan.

Halle (M.). Zur Behandlung des Empyems der Highmorshöhle. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 août.) — Traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore.

Hartmann (A.). Atlas der Anatomie der Stirnhöhle, der vorderen Siebbeinzellen und des Ductus nasofrontalis, mit erläuterndem Texte und Bemerkungen über die Behandlung der Stirnhöhleneiterungen. In-4°, 12 planches avec texte explicatif. Wiesbaden. — Atlas d'anatomie du sinus frontal, des cellules ethmoïdales antérieures et du ductus nasofrontalis; avec notes sur les applications au traitement de l'empyème du sinus frontal.

Heine. Ueber die besondere Gefährlichkeit acuter eitriger Mittelohrentzündungen im höheren Alter. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 août.) — Du danger que présentent, chez les vieillards, les otites moyennes aiguës purulentes.

Jürgens (E.). Parotitis im Zusammenhang mit Gehörgangserkrankung. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, juillet.) — Un cas de parotidite d'origine otique avec septicémie mortelle.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Arnold (J.) et **Wood** (H.). A comparative study of digitalis and its derivatives. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Borgherini (A.). Gli arsenicali nella cura della tubercolosi. (*Supplem. al Policlinico*, 11 août.)

Carulla Margenat (V.). Consideraciones sobre el arte de formular. In-8°, 66 p. Barcelone.

Chatin (P.) et **Guinard** (L.). Contribution à l'étude pharmacodynamique de certains produits salicylés: salicylate de méthyle sodé et salicylate de méthyle. (*Lyon méd.*, 5, 12 et 19 août.)

Eljasz-Radzikowski (S. von). Die Behandlung der Ischias durch äussere Application von Salzsäure. (*Therap. Monatsh.*, août.) — Traitement de la sciatique par les applications d'acide chlorhydrique.

Finkelstein (A.). De l'usage thérapeutique du suc gastrique naturel (en russe). (*Vratch*, 5 août.)

Gouzien (P.). Note complémentaire sur l'emploi de la sérothérapie artificielle dans le traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique; relevés statistiques. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Kolipinski (L.). Chronic enteritis and tuberculous enteritis treated with hypodermic injections of arsenic. (*Med. News*, 11 août.)

Loomis (H.). The treatment of acute alcoholism by large doses of digitalis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 août.)

HÉMONEUROL COGNET

Combinaison granulée nouvelle

Oxyhémoglobine, Kolanine, Glycérophosphate de Chaux

RÉGÉNÉRATEUR ORGANIQUE, RÉPARATEUR DES GLOBULES SANGUINS
NUTRIMENT DES SUBSTANCES NERVEUSE ET OSSEUSE

Anémie, Chlorose, Neurasthénie, Lymphatisme, Tuberculoses, Maladies osseuses, Cachexies, Rachitisme, Scrofules, Albuminurie, Phosphaturie, Névralgies.

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, Paris, et toutes Pharmacies.

Chloro-Anémie
CONVALESCENCES
ATONIE

DRAGÉES DE FER COGNET

Protoxalate de Fer et Quassine Cristallisée.

Le plus Actif des Ferrugineux

PARIS — 43, Rue de Saintonge, ET PHARMACIES.

TUBERCULOSE PULMONAIRE
BRONCHITES AIGUËS ET CHRONIQUES
DILATATION DES BRONCHES
PLEURÉSIES

CAPSULES COGNET

Eucalyptol absolu Iodoformo-créosoté.

Antiseptique Pulmonaire Incomparable

PARIS — 43, Rue de Saintonge, ET PHARMACIES.

Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900.

Granules de Catillon

à 1 milligr. d'Extrait Titré de

STROPHANTUS

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les expérimentations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide**, *relèvent vite le* **cœur affaibli**, *atténuent ou dissipent*

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.

Effet immédiat, innocuité (usage continu tonifie l'estomac), pas d'intolérance, pas de vasoconstriction.

Granules de Catillon

A 1/10 MILLIGR. **STROPHANTINE** CRISTALL.

Tonique du Cœur non diurétique

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exiger les Vrais Granules de CATILLON.

Paris, 3, Boul^d St-Martin et Pharmacies.

Officiellement adoptée dans les Hopitaux de Paris et de la Marine. — Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900.

Poudre de PEPTONE CATILLON

Produit ***supérieur, pur, inaltérable, Agréable au goût, on ne peut plus nutritif et assimilable.*** Représente **10** fois son poids de viande de bœuf.

ALIMENT des malades qui ne peuvent **DIGÉRER** ou qu'on veut **SURALIMENTER.**
Remplace la **VIANDE CRUE**, fait tolérer le **RÉGIME LACTÉ.**

Les faits prouvent qu'on nourrit tous les malades (aigus, chroniques, opérés) avec 3 à 6 fois par jour, Grog, Bouillon ou ***Lait 1 bol,*** **POUDRE** de **PEPTONE CATILLON** ***1 cuiller.***

LAVEMENT NUTRITIF : *2 cuillers, 5 gout. laudanum, 125 gr. d'eau, 1 jaune d'œuf.*

On soutient leurs forces, on leur permet de résister à la maladie et on abrège la convalescence.

On remplace ainsi le bouillon, qui ne nourrit pas, par un aliment puissant.

La **Peptone** *est un produit* **français**, *ce sont les expériences scientifiques de* M. CATILLON *qui ont démontré sa valeur et le* **Codex** *a adopté sa formule (***V. Bull.** *de thérapeut. et* **Bull.** *de l'***Académie de Médecine 1880***). Nous le rappelons pour réagir contre l'invasion des produits exotiques, acides, de qualité moindre et vendus plus cher.*

VIN DE PEPTONE CATILLON

30 *gr.* **viande** *et* 0,40 **Glycérophosphates assimilables** *par verre a madère.*

Rétablit les Forces, l'Appétit, les Digestions. *Très utile à tous les* **Malades affaiblis.**
Maladies d'Estomac, Diarrhée chronique, Consomption, Inappétence, Enfants, Convalescents, etc.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Pharmacies.

Kola-Peptone Catillon

SACCHARURE dans lequel la PEPTONE remplace le sucre des KOLAS granulés.

Le meilleur mode d'administrer le Kola, l'aliment complétant le tonique-stimulant.

La dose de 5 gr. ou 2 cuill. à café représente : Viande assimilable 20 gr.; Extrait complet de Kola titré, 1.50

Se fait aussi en CROQUETTES, *utiles aux enfants, marcheurs, cyclistes, etc.*

Élixir de Kola Glycérophosphaté DE CATILLON

Tonique Reconstituant contenant par verre à liqueur
Phosphoglycérates de chaux, potasse et soude, 0g25
Extrait complet de Kola titré, 1.50

Ces produits contiennent tous les principes du Kola, y compris le Rouge, tonique essentiel. Pour constater sa présence, on étend d'eau, le rouge se sépare, le liquide se trouble.

Pure, Inodore, Agréable au Goût, se Conserve bien

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

Boite de 500 gr., 6 fr. 50; 1/2 Boite, 3 fr. 50; Kilo, 12 fr.

POUDRE ALIMENTAIRE

(VIANDE & LENTILLES)
Aliment complet, azoté et hydrocarboné.
Boite de 500 gr., 5 fr. 50; 1/2 Boite, 3 fr.; Kilo, 10 fr.

CRÉOSOTE DE HÊTRE purifiée — **PILULES** à 0,10 **CRÉOSOTE** purifiée — **HUILE CRÉOSOTÉE** au 1/10ᵉ injectable — **APPAREIL** pour Injections.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE DE CATILLON

0 gr. 20 de *Créosote purifiée par cuiller.* — **Reconstituant antiseptique** précieux.

Remplace l'huile de ***Morue*** avec avantage, bien tolérée pendant les chaleurs, fait cesser l'***Expectoration*** et la ***Toux.***

VIN de CATILLON à la Glycérine et au Quinquina. Effets de l'Huile de Morue et des Meilleurs Quinquinas. Combat la **constipation** au lieu de la créer. *Inappétence, Débilité, Consomption, Diabète, etc.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON, à la Glycérine et au Quina. *0 gr. 25 de Fer par cuillerée,* Quina et Fer à haute dose sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

VIN TRI-PHOSPHATÉ de CATILLON à la Glycérine et au Quinquina. *Un verre à liqueur contient 0 gr. 60 des trois phosphates de Chaux, Potasse et Soude.* Remplace huile de morue, quina et phosphates.

ÉLIXIR de PEPSINE et DIASTASE à la **GLYCÉRINE** de **CATILLON**. Puissant digestif reconstituant, plus actif que la pepsine ordinaire. Rétablit les fonctions de l'intestin et de l'estomac.

Tablettes de Catillon à 0 gr. 25 DE CORPS. Prix : 3 fr.

THYROÏDE

OBESITE
MYXŒDÈME, GOITRE
Herpétisme, etc.

Titré, Stérilisé. Goût agréable. Tolérance parfaite. Efficacité certaine. 2 à 8 par jour.

Neurasthénie, Ataxie, Débilité sénile, etc.

SUC TESTICULAIRE

CONCENTRÉ, STERILISÉ, de CONSERVATION ASSUREE
Fl. de **15** gr.: **6** fr.; **40** gr.: **12** fr.

IODO-THYROÏDINE, principe iodé, même usage. PRIX : **3** fr. — **CATILLON**, 3, Boulev^d St-Martin, PARIS. — ***Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900.***

21e ANNÉE. — N° 7. | Vingt centimes le numéro. | 13 FÉVRIER 1901.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs P. Bolognini (*pédiatrie*); Fochessati (*orthopédie*).

Faculté de médecine de Gênes. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Eugenio Gerolamo Terrile (*pathologie médicale*); T. Della Vedova (*oto-rhino-laryngologie*).

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur A. von Hippel, professeur à la Faculté de médecine de Halle, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie, en remplacement de M. Schmidt-Rimpler.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur H. Schmidt-Rimpler, professeur à la Faculté de médecine de Gœttingue, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie, en remplacement de M. von Hippel.

Faculté de médecine de Kiev. — M. le docteur A. Mouratov, professeur à la Faculté de médecine de Youriev, est nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. G. Rein.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Giuseppe Pagano est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Costanzo Zenoni, privatdocent à la Faculté de médecine de Turin, est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Rostock. — M. le docteur Friedrich Reinke, privatdocent d'anatomie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur B. Morpurgo, professeur extraordinaire de pathologie générale, est nommé professeur ordinaire.

VARIA

Congrès allemand de chirurgie en 1901.

Le trentième Congrès de la Société allemande de chirurgie se tiendra à Berlin du 10 au 13 avril prochain.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Max von Pettenkofer, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur J. Ch. Lehmann, président du Conseil de santé du Danemark. — M. le docteur V. Pachoutine, ancien professeur de pathologie expérimentale et directeur de l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur A. H. Jacob, professeur d'ophtalmologie au Collège royal des chirurgiens de Dublin. — M. le docteur B. J. Vernon, lecteur d'ophtalmologie à St. Bartholomew's Hospital and College de Londres. — M. le docteur R. B. Cole, professeur d'obstétrique et de gynécologie au Medical Department of the University of California de San Francisco.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Audic. Contribution à l'étude de la scoliose de l'adolescence.

Barrois (P.). Contribution à l'étude de la maladie de Dühring infantile.

Besserve (P.). Contribution à l'étude du traitement des abcès urineux.

Blotin (R.). De l'emploi de l'eau oxygénée en thérapeutique infantile.

Buneau (Ch.-H.). Des arrachements du cuir chevelu et de leur traitement.

Chaillous (J.). L'opération de Krönlein dans les affections de l'orbite.

Chofardet (J.-B.-A.). La péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite.

Collard (J.). Essai sur l'hygiène dentaire publique.

Curie (A.). Traitement du spina-bifida.

Dumont (L.). Du traitement des différentes formes du paludisme et en particulier de la forme bilieuse hémoglobinurique par le bleu de méthylène.

Foulon (E.). Etude sur la forme curable probablement rhumatismale de la pachyméningite cervicale hypertrophique.

Housquains (A.). La fièvre jaune (épidémiologie, pathogénie, prophylaxie).

Jacowski (R.). Essai statistique sur l'influence de l'altitude au point de vue de l'accroissement en poids et des affections gastro-intestinales des enfants du premier âge.

Kaplan (J.). Contribution à l'étude du charbon; son état actuel en Beauce.

Leveillé (G.). Syndrome de Maurice Raynaud et péricardites.

Liron (A.). Etude chimique, physiologique et clinique sur l'aspirine (acide acétylsalicylique).

Luling (A.-F.). Mortalité des nourrissons en rapport avec la modalité de leur alimentation (travail statistique de la clinique Baudelocque).

Luys (G.). Considérations sur les lésions traumatiques des sinus de la dure-mère.

Malinsky (M.). Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la tuberculose testiculaire.

Martial (R.). De l'hémiplégie traumatique.

Mayeur (J.). Techniques et résultats de l'examen extérieur du foie chez les dyspeptiques d'après 560 cas observés à l'hôpital Andral.

Meunier (P.). Mesures de quelques modifications physiologiques provoquées chez les aliénés par l'alitement thérapeutique.

Moret (A.). Contribution à l'étude clinique des tuberculoses osseuses et ostéo-articulaires chez les vieillards.

Morhange (G.). Contribution à l'étude de la gingivite expulsive et de son traitement.

Moulin (C.). Hydrothérapie domestique; hygiène de la peau.

Perrier (G.). Sur l'alimentation par voie souscutanée.

Poirault (F.). La mort subite par inhibition.

Robineau (G.). Contribution à l'étude des courants de haute fréquence et de leurs applications médicales.

Saint-Cène (A.). Des abcès latents de la prostate au cours de l'hypertrophie prostatique.

Saint-Martin (G.). Contribution à l'étude de la dystocie par excès de volume de la poitrine et des épaules du fœtus dans l'accouchement par le sommet.

Touraille (E.). De l'épilepsie fonctionnelle, primitive et héréditaire, particulièrement de cause et d'origine alcoolique; de son traitement médical par le bromure de strontium et un régime adjuvant approprié.

Weiss (E.). Contribution à l'étude des méthodes servant à déterminer le pouvoir antiseptique.

Wintrebert (Ch.). Des luxations de l'astragale par rotation.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Arnold (J.). Ueber Siderosis und siderofere Zellen, zugleich ein Beitrag zur « Granulalehre ». (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 2.)

Emanuel (C.). Ein Fall von Gliom der Pars ciliaris retinae nebst Bemerkungen zur Lehre von den Netzhaut-Tumoren. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 2.)

Fabris (A.). Contributo allo studio dei gliomi del cervello. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 2.)

Lewy (B.). Ueber Charcot-Leyden'sche Krystalle und Sperma-Krystalle. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 août.)

Porcile (V.). Sul valore semeiologico della reazione iodofila nei corpuscoli purulenti. (*Gazz. degli Osped.*, 26 août.)

Sternberg (C.). Endarteriitis und Endophlebitis obliterans und ihr Verhältnis zur Spontan-Gangrän. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 2.)

Westenryk (von). Zur Casuistik der Mediastinalcysten. (*Prag. med. Wochensch.*, 9 août.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Ascher (L.). Ueber Rhodomyces erubescens nebst einem Beitrag zur Lehre von der Disposition. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIV, 3.) — Recherches sur le rhodomyces erubescens et sur la doctrine de la prédisposition morbide.

Bienstock. Du rôle des bactéries de l'intestin. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

Bouchard (Ch.). Traité de pathologie générale. T. V. In-8°, 1183 p. avec fig.

Erben (F.). Die chemische Zusammensetzung des Blutes bei perniciöser Anämie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 3-4.) — De la composition chimique du sang dans l'anémie pernicieuse.

Hager (O.). Zur Pathogenese der Gicht. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 août.) — La pathogénie de la goutte.

Savtchenko (I.). Recherches expérimentales sur l'immunité (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. med. i bakteriol.*, juin.)

MÉDECINE

Robinson (B.). Minor forms of cardiac dilatation. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Saitta (S.). Contributo alla patogenesi dell'ulcera gastrica. (*Gazz. degli Osped.*, 13 mai.)

Schütz (R.). Ein eigenartiges Symptomenbild des Magencarcinoms, zugleich Beitrag zur Frage der Atonie des Oesophagus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 août.) — Cancer de l'estomac ayant provoqué un syndrome clinique insolite.

Van Ryn. Les sanatoria populaires à l'étranger (étude critique). (*Scalpel*, nov.-déc.)

Weisz (E.). Ueber das gegenseitige Verhältnis zwischen acutem und chronischem Gelenkrheumatismus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 1-2.) — Rapports réciproques de l'arthrite rhumatismale aiguë et du rhumatisme articulaire chronique.

Williamson (R.). A blood reaction in diabetes mellitus; its cause and diagnostic value. (*Lancet*, 4 août.) — De la réaction spéciale du bleu de méthylène sur le sang des diabétiques.

Wright (A.). On the pathology and therapeutics of scurvy. (*Lancet*, 25 août.) — Pathologie et traitement du scorbut.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Meyer (E.). Wesen und Bedeutung der Ganglienzellenveränderungen, insbesondere bei Psychosen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 août.) — Nature et signification des altérations des cellules des ganglions nerveux, notamment dans les psychoses.

Monakow (von). Ueber Neurofibrome der hinteren Schädelgrube. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 août.) — Des neurofibromes de la fosse crânienne postérieure.

Murray (G.) et **Hardcastle** (W.). A case of meningo-myelitis with bacteriological examination of the spinal cord. (*Lancet*, 4 août.)

Näcke (P.). Die Rolle der erblichen Belastung bei der progressiven Paralyse der Irren. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 août.) — Rôle de l'hérédité dans l'étiologie de la paralysie générale.

Nonne. Ueber einen Fall von intramedullärem ascendirendem Sarcom, sowie drei Fälle von Zerstörung des Halsmarks. Weitere Beiträge zur Lehre vom Verhalten der Sehnenreflexe bei hoher Querläsion des Rückenmarks. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 2.) — Recherches sur l'état des réflexes tendineux dans les lésions transversales de la partie supérieure de la moelle, basées sur l'étude d'un cas de sarcome intramédullaire à marche ascendante et de trois cas de destruction de la moelle cervicale.

Oppenheim (H.). Diseases of the nervous system. (Trad. de l'allemand par E. Mayer.) In-8°, 900 p. avec fig. Philadelphie.

Paoli (G.). La trinitrina nella melancolia ansiosa. (*Riforma med.*, 28 et 30 juillet.)

Personali (S.). Contributo alle localizzazioni cerebellari; studio clinico e anatomo-patologico. (*Riforma med.*, 17, 18 et 20 août.)

Placzek. Idiopathische passagere Bewusstseinstrübung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 août.) — Trouble idiopathique passager de la conscience.

Putnam (J.) et **Pfaff** (F.). Experimental research showing that uric acid secretion is not regularly diminished in the period preceding epileptic seizures. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Sur l'excrétion de l'acide urique avant les attaques épileptiques.

Robertson (W. F.). Text-book of pathology in relation to mental diseases. In-8°, 396 p. avec fig. Edimbourg.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Schütz (J.). Ein Fall von Spindelhaaren (Pili moniliformes), Aplasia pilorum intermittens - Virchow, Monilethrix - Crocker, nodose hair-Smith. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIII, 1.)

Sobel (J.). Vaccination eruptions. (*Med. News*, 11 août.)

Stern (E.). Initialsclerose am Halse. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIII, 1.) — Accident syphilitique primitif localisé au cou.

Sufrin (S.). Doue casuri de purpura (studiu clinic din punct de vedere etiologic). (*Romania med.*, 15 mars.)

Thibierge (G.) et **Pagniez** (F.). L'acné chlorique. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, juillet.)

Tommasoli (P.). L'origine alloxurique de l'eczéma. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, juillet.)

Ullmann (K.). Zur Entstehung und Behandlung furunculöser und septischer Hautentzündungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 juillet, 11, 18 et 25 août.) — Pathogénie et traitement des dermatites d'origine furonculeuse et septique.

Vincent (H.). Examen bactériologique d'un cas d'ulcère des pays chauds (ulcère de la Guadeloupe). (*Ann. de dermatol. et de syph.*, juillet.)

Weidenfeld (S.). Zur Physiologie der Blasenbildung. I. Mitteilung. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIII, 1.) — La physiologie pathologique de l'éruption bulleuse.

Whitfield (A.). On the origin of the so-called nævus cells of soft moles and the formation of the malignant growths derived from them. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, août.)

Winternitz (W.). Heilung von Ekzemen im rothen Sonnenlichte; eine vorläufige Mitteilung. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, juillet-août.) — Traitement de l'eczéma par la lumière solaire rouge.

CHIRURGIE

Noble (Ch.). Proctorrhaphy: the suspension of the rectum for the cure of intractable prolapse and inversion of that organ. (*Amer. Gynæcol. and Obstet. Journ.*, déc.)

Rydygier (L.). Mein ältester bis jetzt am Leben gebliebener Fall von Pylorusresektion. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 11 août.) — Survie après une résection du pylore datant actuellement de dix-neuf ans.

Samfirescu (Z.). Amputations ostéoplastiques appliquées dans la continuité des os longs des extrémités. (*Rev. de chir.*, août.)

Samter (O.). Zur operativen Behandlung der habituellen Schulterverrenkung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 1.) — Traitement opératoire de la luxation récidivante de l'épaule.

Schulz (J.). Weitere Erfahrungen über traumatische Wirbelerkrankungen (Spondylitis traumatica) und die diesen verwandten Affectionen der Wirbelsäule. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 2.)

Seggel (R.). Ueber die Naht der Arterien. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 et 14 août.) — De la suture artérielle.

Semon (Sir F.). The indications of thyrotomy. (*Lancet*, 11 août.)

Senn (N.). Pathology and surgical treatment of tumours. 2e éd. In-8°, 718 p. avec fig. Philadelphie.

Stieda (A.). Magenphlegmone nach Gastroenterostomie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 3-4.) — Gastrite phlegmoneuse consécutive à la gastro-entérostomie.

Sudeck (P.). Ueber die acute entzündliche Knochenatrophie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 1.) — De l'atrophie osseuse aiguë d'origine inflammatoire.

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Mars (A. von). Ein Fibromyom des rechten Mutterbandes im Leistenkanal. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Un fibromyome du ligament rond (droit) au niveau du canal inguinal.

Meyer-Ruegg (H.). Die künstliche Erweiterung des Muttermundes unter der Geburt (Metreuryse). (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 août.) — La dilatation artificielle de l'orifice du col au cours du travail.

Michel (G.). De l'embolie pulmonaire après les opérations pour tumeurs fibreuses de l'utérus, en particulier après l'hystérectomie totale ou subtotale. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, juillet-août.)

Mitteilungen aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. T. III, fasc. 2. In-8°, p. 99 à 218, avec fig. Berlin.

Noto (A.). Sinfisiti pelviche. (*Riforma med.*, 1er, 2 et 3 août.)

Peters (C.). Die Alexander-Adams'sche Operation bei Retroflexio uteri mobilis. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 août.)

Petit (P.). Aponévrose ombilico-pelvienne ou cache-vaisseaux. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, juillet-août.)

Prochownick (L.). Die Anzeigestellung zum chirurgischen Eingreifen bei extrauteriner Schwangerschaft. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 et 14 août.) — Des indications opératoires dans la grossesse extra-utérine.

Schmitt (Ch.) et **Labeyrie** (G.). Deux cas d'hémorrhagie par rupture du sinus circulaire. (*Gaz. méd. de Nantes*, 25 août.)

PÉDIATRIE

Beck (C.). Contribution to the therapy of encephalocele. (*Internation. Med. Magazine*, août.)

Cima (F.). Un caso di morbo di Barlow o affezione scorbutiforme infantile in un bambino lattante. (*Pediatria*, juillet.)

Galli (P.). Corea del cuore. (*Gazz. degli Osped.*, 11 nov.)

Gregor (K.). Casuistischer Beitrag zur Frage der erregenden Wirkung des Alkohols. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, 1.) — De l'action excitante de l'alcool sur les enfants.

Japha (A.). Die Leukocyten beim gesunden und kranken Säugling : Die Verdauungsleukocytose. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, 2.) — La leucocytose de la digestion chez les nourrissons.

Lelimouzin (E.). Rapports sur le service des enfants assistés, de la protection du premier âge et des enfants moralement abandonnés. In-8°, 104 p. Nantes.

Morkovitine (A.). Des modifications du poids chez les nourrissons tuberculeux (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. med. i bakteriol.*, juin.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Kayser (R.). Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen-, und Ohrenkrankheiten. In-8°, 169 p. avec fig. Berlin. — Leçons sur le diagnostic et le traitement des maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Klemperer (F.). Die Ozaena und ihre Behandlung. (*Therapie der Gegenwart*, août.) — L'ozène et son traitement.

Majewski (Th.). Ein Fall von Sclerom der Luftwege. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, juillet.) — Sclérome des voies respiratoires.

Meier (E.). Ueber Luftembolie bei Sinusoperationen. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLIX, 4.) — Embolie gazeuse au cours des opérations pratiquées sur les sinus crâniens.

Möller (J.). Ein Fall von labyrinthärer Angioneurose, von Auftreten des Menière'schen Symptomencomplexes begleitet. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLIX, 4.)

Muck (O.). Ueber das Vorkommen von Rhodan im Nasen- und Conjunctivalsecret. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 août.)

Neisser (E.) et **Kahnert**. Ueber eine Gruppe klinisch und ätiologisch zusammengehöriger Fälle von chronischer Erkrankung der oberen Luftwege. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 août.) — Sur une affection chronique des voies respiratoires supérieures avec présence de bacilles de Löffler au niveau des parties atteintes.

Rojo (G.). Algunas consideraciones sobre tres casos de cura radical de supuración crónica del oído medio y anexos. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, oct.)

Shurley (E. L.). Treatise on diseases of nose and throat. In-8°, 762 p. avec fig. Londres. — Traité des maladies du nez et de la gorge.

Zaalberg (P. J.). Een geval van otogene pyaemie zonder sinusthrombose, geendigd in genezing. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 déc.)

HYGIÈNE

Arnaud (O.). Etude générale sur l'assainissement des établissements collectifs (casernes, hôpitaux, crèches, asiles, écoles et lycées). In 8°, 247 p. Limoges.

Auffret. La tuberculose dans l'arsenal maritime de Brest; étiologie, prophylaxie. (*Arch. de méd. navale*, juin.)

Badaloni (G.). La cura della pellagra nella provincia di Bologna. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, déc.)

Delorme (E.). Désinfection des puits par le permanganate de potasse. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

Di Mattei (E.). La profilassi malarica colla protezione dell'uomo dalle zanzare. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 2.)

Enjoy (P. d'). La santé aux colonies; manuel d'hygiène et de prophylaxie climatologiques; médecine coloniale. In-18, 250 p.

Fermi (Cl.) et **Tonsini**. Die Prophylaxis der Malaria und die Vernichtung der Mosquitos auf der Insel Asinara. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIV, 3.) — La prophylaxie de la malaria et la destruction des moustiques dans l'île d'Asinara.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Alezais. Les anciens chirurgiens et barbiers de Marseille. In-8°, 216 p. avec fig.

Bloch (Adolphe). Galien anthropologiste. (*Bull. de la Soc. d'anthropol. de Paris*, II, 1.)

Fajarnés (E.). Ensayo de una bibliografía-Orfila. (*Rev. balear de cienc. méd.*, 20 et 30 juin.)

Pergens (E.). Fragments ophtalmologiques de divers auteurs chez Rhazes. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

Prins (K.). De ligatuur vóór Ambroise Paré; kritisch-historische bijdrage tot de geschiedenis der bloedstelping. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 24 nov.)

Schulz (H.). Historische Notizen zur Organo- und Immunisirungstherapie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 juin.)

Vallery-Radot (R.). La vie de Pasteur. In 8°, 692 p. avec portrait.

GÉNÉRALITÉS

Black (J.). Forty years in the medical profession (1858-1898). In-8°, 498 p. Philadelphie.

Boyé. Les colonnes contre Samory dans la région sud du Soudan français (septembre 1897 à octobre 1898). (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Dorland (W. A. N.). American illustrated medical dictionary. In-8°, 770 p. Philadelphie.

Encyclopædia medica. T. V et VI. In-8°, 1110 p. Londres.

Frumerie (de). La pratique du massage (conférences faites aux écoles d'infirmiers et infirmières des hôpitaux de Paris). In-18, 148 p. avec fig. Vigot frères.

Gaide. Notes médicales sur la Chine. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Guttstadt (A.). Krankenhaus-Lexikon für das Deutsche Reich. Die Anstaltsfürsorge für Kranke und Gebrechliche und die hygienischen Einrichtungen der Städte im Deutschen Reich am Anfang des 20. Jahrhunderts. In-8°, 939 p. Berlin. — L'assistance hospitalière et l'hygiène publique des villes d'Allemagne au commencement du vingtième siècle.

Mauriac (E.). La défense du vin et la lutte contre l'alcoolisme. In-8°, 113 p.

Panel (G.). Démographie et statistique médicale de la ville de Rouen pour l'année 1899. In-8°, 59 p. Rouen.

Procès-verbaux de la commission internationale chargée de reviser la nomenclature des causes de décès, classification Bertillon (du 18 au 21 août 1900). In-4°, 203 p.

Quantin (E.). L'Hôtel-Dieu de Beaune (description sommaire). In-8°, 56 p. avec fig. Beaune.

Saulieu (J.) et **Dubois** (A.). Conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris. In-8°, 370 p. avec fig.

Strauss (P.). Dépopulation et puériculture. In-8°, 308 p.

Viard (J.). La messe pour la peste. In-8°, 6 p. Nogent-le-Rotrou.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte, par M. E. Barié.

Comme l'indique son titre même, le livre de M. Barié a été écrit dans un but essentiellement pratique, et les questions intéressant le diagnostic et le traitement y occupent la plus large part.

Rien de particulier dans les deux premiers chapitres consacrés à l'étude anatomique et physiologique du muscle cardiaque, ainsi qu'à la séméiologie du cœur et des vaisseaux. Pour les trois autres parties, dans lesquelles l'auteur passe en revue les maladies du péricarde, de l'endocarde et du myocarde, il y a lieu de signaler quelques études sur des points nouveaux ou, du moins, peu connus, tels que le cœur dans la grossesse, le cœur des bossus, des diabétiques, des tuberculeux, le cœur sénile, le cœur des obèses, des tabétiques, etc., et une remarquable étude de l'asystolie et de ses diverses variétés étiologiques. Dans le reste de l'ouvrage, on trouvera une mise au point très nette de ce qui est relatif aux troubles fonctionnels du cœur, aux complications des affections cardiaques, aux coronarites et aux maladies de l'aorte. Enfin, la dernière partie est un « résumé de thérapeutique ». M. Barié, outre les notices consacrées aux agents médicamenteux ayant une action sur le cœur ou la tension artérielle, s'y occupe de plusieurs questions d'un haut intérêt pratique, concernant l'hygiène des cardiaques, telles que le régime alimentaire, les exercices physiques, la possibilité du mariage et des grossesses, etc.

Un des mérites particuliers de ce traité est l'existence, à la fin des chapitres importants, de courts résumés qui constituent, comme le dit le professeur Potain dans la préface, « une sorte de manuel annexé au livre, ... singulièrement utile à quiconque tient à ne point quitter une question sans en avoir classé les points principaux dans sa mémoire ».

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Augusto da Rocha, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Coïmbre. — M. le docteur Leopold Weiss, professeur extraordinaire d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur H. Chapiro, professeur de diagnostic des maladies internes à l'Institut clinique de la Grande-Duchesse Hélène Pavlona de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur H. J. Herrick, professeur d'hygiène au Medical Department of the Western Reserve University de Cleveland.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Alverphe (E.). Traitement des hémorrhagies dans les corps fibreux et les polypes de l'utérus.

Bacaloglu (C.). Le cœur dans la fièvre typhoïde.

Bahuaud (A.). Contribution à l'étude des tumeurs conjonctives du rein chez l'adulte.

Berry (A.). Contribution à l'étude du traitement des douleurs d'origine gastrique.

Bonnefond (L.). Contribution à l'étude de l'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale et de son traitement.

Bricet (Ch.). Traitement des kystes hydatiques par la réduction sans drainage (procédé de Pierre Delbet).

Bucaille (P.). De l'importance des injections intra-utérines de sublimé au millième dans la prophylaxie des septicémies puerpérales.

Castellon (H.). De l'embryotomie sur l'enfant vivant dans ses rapports avec quelques opérations conservatrices (étude critique).

Cat (A.). L'alcoolisme chez la femme.

Chantemille (L.). Contribution à l'étude des rapports de l'alcoolisme et de la paralysie générale.

Charbonnier (A.). Le cancer aigu du sein.

Chatin (A.). Les chancres simples extra-génitaux.

Cruveilhier (L.). Sur les causes de la mort après la ligature brusque de la veine porte.

Demaldent (A.). Contribution à l'étude de la mucocèle du sinus frontal.

Diemer (Th.). Contribution à l'étude clinique de la polynévrite grippale.

Donzeau (Mme S.). Contribution à l'étude de la contagion directe de la fièvre typhoïde, principalement chez les enfants.

Durazzo (J.). Contribution à l'étude du lupus du larynx.

Ferraud (Ch.). Le service médical dans les crèches.

Ferry (A.). Etude clinique sur les adénopathies péri-appendiculaires.

Franchet (J.). Tares nerveuses et nævi pigmentaires ; maladie de Recklinghausen et tumeurs malignes, d'emblée généralisées.

Gaube (J.-J.). Essai de statique minérale du placenta et du fœtus humain.

Gorce (E.). Contribution à l'étude de l'œsophagisme.

Granel (A.). Rétrécissements larges et uréthrites chroniques.

Housselot (G.). De la thérapeutique chez les nourrices dans ses rapports avec la sécrétion lactée.

Jaucent (H.). Le tabac (étude historique et pathologique).

Javal (A.). De l'obésité; hygiène et traitement.

Jeannet (X.). Sutures et ligatures à fils métalliques perdus.

Jehanno (J.). Contribution à l'étude des phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur.

Kahn (G.). Contribution à l'étude de la tuberculose de la clavicule et de son traitement par la résection totale sous-périostée de cet os.

Lancelin (E.-J.). Des ossifications de la dure-mère; leurs rapports avec la grossesse.

Lauvinerie (A.). Traitement non sanglant des luxations congénitales de la hanche (méthode de Paci-Lorenz).

Lécureuil. Contribution à l'étude des fistules entéro-cutanées consécutives à l'appendicite.

Lefèvre (P.). Contribution à l'étude du bruit de galop dans la néphrite interstitielle.

Leh (A.-T.). Considérations générales sur la structure et la pathogénie des sarcomes.

Petit (G.). Des accidents liés aux déplacements du coccyx consécutifs aux fractures et aux luxations anciennes de cet os.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Aichel (O.). Zur Kenntnis der Nebennieren. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 sept.) — Contribution à l'étude des capsules surrénales.

Benda (C.). Erfahrungen über Neurogliafärbungen und eine neue Färbungsmethode. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.) — Sur un nouveau procédé de coloration de la névroglie.

Donaggio (A.). Sui rapporti tra capsula pericellulare e vasi sanguigni nei gangli spinali dell'uomo. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 2-3.)

Immelmann (M.). Röntgen-Atlas des normalen menschlichen Körpers. In-folio, 28 planches en couleurs avec texte explicatif. Berlin.

Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der Anatomie und Physiologie (1899). In-8°, 241 p. Berlin. — Compte rendu des travaux sur l'anatomie et la physiologie publiés pendant l'année 1899.

Probst (M.). Ueber den Verlauf der Sehnervenfasern und deren Endigung im Zwischen- und Mittelhirn. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, sept.) — Sur le trajet des fibres du nerf optique et leur terminaison dans le cerveau intermédiaire et le cerveau moyen.

Strohmayer (W.). Anatomische Untersuchung über die Lage und Ausdehnung der spinalen Nervencentren der Vorderarm- und Handmuskulatur. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, sept.) — Localisation et étendue des centres nerveux médullaires des muscles de l'avant-bras et de la main.

PHYSIOLOGIE

Ascoli (G.). Sul ricambio azotato intermedio e l'ureopoiesi vitale. (*Gazz. degli Osped.*, 23 sept.)

Bach (L.). Experimentelle Untersuchungen und Studien über den Verlauf der Pupillar-und Sehfasern nebst Erörterungen über die Physiologie und Pathologie der Pupillarbewegung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 5-6.) — Sur le parcours des fibres pupillaires et visuelles et sur les mouvements des pupilles.

Bocci (B.) et **Moscucci** (A.). Il primo tono del cuore nei suoi rapporti colla pressione ventricolare; se sia diastolico l'ictus. (*Policlinico*, 1er sept.)

Caselli (A.). Sui rapporti funzionali della glandola pituitaria coll'apparecchio tiroparatiroideo. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 2-3.)

Chanoz (M.) et **Doyon** (M.). Action saponifiante du foie sur l'éther amyl-salicylique. (*Lyon méd.*, 12 août.)

Hagen (A.). Die sexuelle Osphresiologie; die Beziehungen des Geruchsinnes und der Gerüche zur menschlichen Geschlechtsthätigkeit. In-folio, 290 p. Charlottenburg. — Influence des sensations olfactives sur l'activité sexuelle chez l'homme.

Hecht (A.) et **Langstein** (L.). Zur Kenntnis der Rechts- und Linkshändigkeit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 août.) — Recherches physiologiques sur les droitiers et les gauchers.

Kassowitz. Wirkt Alkohol nährend oder toxisch ? (*Deutsche med. Wochensch.*, 9, 16 et 23 août.) — L'alcool est-il un aliment ou un poison ?

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Barbacci (O.). Dell'adenoma solitario del fegato. (*Clinica moderna*, 19 sept.)

Caselli (A.). Sulla permanenza del canale craniofaringeo nell'uomo. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 2-3.)

Escalier (J. M.). Tuberculosis de los ganglios del mediastino; esclerosis y parálisis viscerales. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, août.)

Giordano (V.). I più importanti reperti anatomopatologici nella anemia perniciosa progressiva con una osservazione propria riguardante alterazioni del simpatico. (*Gazz. degli Osped.*, 23 sept.)

Israel-Rosenthal. Bidrag til det primäre plevrasarkoms klinik. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 2.) — Deux cas de sarcome primitif de la plèvre.

MÉDECINE

Abrams (A.). A new physical sign in dislocation of the heart; gastrectatic dyspnœa and pseudo-angina. (*Med. Record*, 8 sept.) — Sur un nouveau signe physique de déplacement du cœur dans les cas de dilatation de l'estomac.

Aron (E.). Die Mechanik des geschlossenen Pneumothorax beim Menschen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 3.) — Les conditions mécaniques du pneumothorax fermé.

Becker (Ph.). Bemerkungen zur prognostischen Bedeutung der Diazoreaction Tuberculöser. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 août.)

Beyfuss (G.). Ueber sogenannte idiopathische Leberabscesse in Bezug auf ihre Aetiologie und Nomenclatur. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 3.) — Etiologie et dénomination des abcès dits idiopathiques du foie.

Collet (F.-J.) et **Péhu**. Pleurésie putride primitive; pyopneumothorax sans perforation; contingence du signe de Pfuhl. (*Lyon méd.*, 9 sept.)

Coulhon (F.). Le diabétographe. (*Arch. gén. de méd.*, sept.)

Dennig (A.). Ueber acute Leukaemie. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 sept.)

Duplant (F.). Le pneumothorax à soupape (pathogénie et physiologie pathologique). (*Rev. de méd.*, sept.)

Edel (P.) et **Volhard** (F.). Ueber die Queirolo'sche Methode zur Bestimmung der Magengrenzen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 août.) — La méthode de Queirolo pour déterminer les limites de l'estomac.

Einhorn (M.). Idiopathic dilatation of the œsophagus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Fleiner (W.). Ueber Gallenblasenentzündung und davon abhängige Magendarmstörungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 sept.) — De la cholécystite et des troubles gastro-intestinaux qui en résultent.

Holzknecht (G.). Zur Diagnose der Oesophagusstenose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 sept.)

MALADIES INFECTIEUSES

Ausset (E.). Un cas de récidive de diphtérie. (*Echo méd. du Nord*, 30 sept.)

Berliner (A.) et **Cohn** (M.). Klinische Beiträge zur Diagnose des Abdominal-Typhus. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 sept.)

Celli (A.). Contributo allo studio sull'epidemiologia della malaria secondo le recenti vedute etiologiche; terza comunicazione preventiva. (*Supplem. al Policlinico*, 29 sept.)

Class (W.). The etiology of scarlet fever. (*Lancet*, 29 sept.)

Courmont (J.) et **Montagard** (V.). Essais de sérothérapie dans la variole. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Edel (P.). Ein eigenartiger Fall von Purpura rheumatica. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 sept.)

Fornario (G.). La malaria nell'ospedale Europeo di Cairo; nota preventiva. (*Supplem. al Policlinico*, 29 sept.)

Grassi (B.). Primo resoconto sommario dell'esperimento fatto ad Albanella contro la malaria. (*Supplem. al Policlinico*, 29 sept.)

Manson (P.). Experimental proof of the mosquito-malaria theory. (*Lancet*, 29 sept.) — Nouvelle preuve expérimentale de la transmission par les moustiques de la malaria à l'homme.

Mosny et **Bordas**. L'épidémie de fièvre typhoïde de Chemillé. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

Szegö (K.). Bemerkungen über die Form krampfartigen Niesens bei Pertussis. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXIX, 3-4.) — L'éternuement spasmodique dans la coqueluche.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Roncoroni (L.). Sulle cellule nervose con prolungamenti protoplasmatici a ramificazione distale. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 2.)

Rumpf (Th.). Bemerkungen zu der Epilepsiebehandlung nach Toulouse und Richet. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 août.) — A propos du traitement de l'épilepsie d'après la méthode de Toulouse et Richet.

Séglas (J.) et **Heitz**. Le traitement de l'épilepsie par la méthode de Flechsig. (*Arch. de neurol.*, août.)

Seiffer (W.). Ueber Migräne mit recidivirender Augenmuskellähmung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 juillet.) — Migraine ophtalmoplégique.

Stein (J.). Psychische Störungen nach Osteomyelitis acuta. (*Prag. med. Wochensch.*, 16 août.) — Troubles psychiques consécutifs à l'ostéomyélite aiguë.

Stekel (W.) Migräne und Wärmebildung. (*Wien. med. Wochensch.*, 4, 11 et 18 août.) — Migraine et thermogenèse.

Thilo (O.). Méthode d'exercice et de mouvements proposée comme cure de maladies des nerfs. (*Arch. de neurol.*, août.)

Thoma (E.). Zur pathologischen Histologie der multiplen Sklerose. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 3-4.)

Van Gehuchten (A.). Un cas d'atrophie segmentaire ou atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne. (*Journ. de neurol.*, 20 juillet.)

Voss (G. von). Ueber Tetanie und myotonische Störungen bei dieser Erkrankung. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, août.) — De la tétanie et des troubles myotoniques qui l'accompagnent.

Wertheim Salomonson (J.). Tromoparalysis tabioformis (cum dementia). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 août.)

CHIRURGIE

Sudsuki (K.). Ueber Divertikel am S romanum. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 3.)

Tillaux (P.). Traité de chirurgie clinique. 5e éd. T. Ier. In-8o, 799 p. avec fig.

Tornu (A.). La chirurgia del cuore (rassegna sintetica sullo stato attuale della chirurgia cardiaca). (*Gazz. med. di Roma*, 1er et 15 janv., 1er mars, 1er avril, 1er et 15 mai.)

Turck (F.). The care of patients during surgical operations; with some methods of preventing shock and infection. (*Med. Record*, 11 août.) — Les soins à donner au cours des interventions opératoires et les moyens de prévenir le shock et l'infection chirurgicale.

Wiemann. Mitteilung einiger Fälle von Meningea-Blutungen, nebst Bemerkungen über die Technik der Eröffnung des Schädels bei denselben. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 3-4.) — Sur l'hémorrhagie méningée et sur son traitement par la trépanation du crâne; technique de l'opération.

Wolff (H.). Ueber die Radicaloperation des Mastdarmkrebses. (*Arch. f. klin Chir.*, LXII, 1.) — La cure radicale du cancer du rectum.

Zuppinger (H.). Ueber Torsionsfrakturen speziell des Unterschenkels. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 3.) — Les fractures par torsion, spécialement à la jambe.

PÉDIATRIE

Löwenberg (W.). Syphilis haemorrhagica neonatorum. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 8 et 15 juillet.)

Morquio (L.). Sobre una forma de eritema infeccioso en los niños. (*Rev. méd. del Uruguay*, oct.)

Péters (de). Sur les maladies de la moelle épinière chez les nouveau-nés et les enfants à la mamelle hérédo-syphilitiques. (*Rev. de méd.*, août.)

Seitz (C.). Kurzgefasstes Lehrbuch der Kinderheilkunde. 2e éd. In-8o, 499 p. Berlin. — Traité de pathologie infantile.

Taillens. Sur la guérison sans opération des hernies de la première enfance. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août.)

Werewkina (Marie). Ueber Venenthrombose im Rückenmark. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXIX, 3-4.) — De la thrombose veineuse dans la moelle.

TÉRATOLOGIE

Ballantyne (J.). A problem in antenatal pathology : recurrent monstriparity. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Guinard (L.) et **Porcher** (Ch.). Observation et étude radiographique d'un type remarquable d'ectrodactylie. (*Echo méd. de Lyon*, juillet.)

Palleske. Geburt eines Thoracopagus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.)

Riss (R.). Un cas de malformation cardiaque congénitale. (*Marseille méd.*, 1er juillet.)

HYGIÈNE

Kermorgant (A.) et **Reynaud** (G.). Précautions hygiéniques à prendre pour les expéditions et les explorations aux pays chauds. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Merveilleux. Morbidité et mortalité à la Réunion en 1899. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Paul (G.). Jahresbericht der k. k. Impfstoffgewinnungsanstalt in Wien über das Betriebsjahr 1899. (*Oesterreich. Sanitätswesen*, 36, 37, 39 et 40.) — Rapport sur l'Institut impérioroyal de vaccine à Vienne pendant l'année 1899.

Pazzi (M.). Bologna alla esposizione nazionale d'igiene in Napoli (Aprile-Ottobre 1900). In-8o, 379 p. avec fig. Bologne.

Questions d'assistance et d'hygiène publiques traitées dans les conseils généraux [de France] en 1899. In-8o, 174 p.

Rapport sur les travaux : 1o du conseil central d'hygiène publique et de salubrité de la ville de Nantes et du département de la Loire-Inférieure; 2o des conseils d'hygiène des arrondissements; 3o des médecins des épidémies, etc., pendant l'année 1899. In-8o, 319 p. avec fig. Nantes.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Beck (G.). Zwei Lysolvergiftungen in Folge Verwechselung mit Ergotinlösung. (*Therap. Monatsh.*, août.) — Deux empoisonnements par le lysol dus à la confusion de ce médicament avec une solution d'ergotine.

Di Mattei (E.). Ricerca microbiologica dell'arsenico nei cadaveri in putrefazione. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 2.)

Ferrai (C.). Sulla digestione post-mortale; ricerche sperimentali (comunicazione preventiva). (*Riv. di med. legale e giurisprud. med.*, juin.)

Greenley (T.). Local paralysis due to an overdose of camphor. (*Amer. Practitioner and News*, 15 juillet.) — Paralysie locale due à une dose trop élevée de camphre.

Pollak (E.). Ein Fall von Paraphenylendiaminvergiftung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 août.) — Empoisonnement par la paraphénylène-diamine.

Roussel. Un cas d'empoisonnement par la santonine. (*Loire méd.*, août.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Datos para la materia médica mexicana. 3e partie. In-8o, 152 p. avec fig. Mexico.

Krokiewicz (A.). Weitere Fälle von Tetanus traumaticus, welche mit subcutanen Injectionen von Gehirnemulsion behandelt wurden. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 août) — Deux nouveaux cas de tétanos traumatique traités par les injections sous-cutanées de substance cérébrale.

Niessen (W.). Ueber die Behandlung des Diabetes insipidus mit Amylenhydrat. (*Therap. Monatsh.*, août.)

Remy (S.). De l'hémoptysie à répétition; un cas de guérison par le sérum gélatiné. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.)

Rivet. Des injections intracérébrales de sérum antitétanique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 4 août.)

Seifert (O.). Die Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel. (*Würzburger Abhandl. aus dem Gesamtgebiet der prakt. Med.*, I, 1.) — Les actions secondaires des médicaments modernes.

Ullmann (K.). Die Behandlung von Geschwürsformen mit trockener Heissluft; erste und vorläufige Mitteilung. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 et 11 août.) — Du traitement des plaies par l'air sec surchauffé.

Walsh (D.). The hot-air treatment of eczematous, gouty, rheumatic, and other affections. (*Lancet*, 18 août.) — L'air chaud contre l'eczéma, la goutte et le rhumatisme.

Ziemssen (O.). Die Magenpumpe als Peristalticum. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 août.) — L'emploi de la pompe stomacale pour stimuler le péristaltisme intestinal dans la constipation habituelle.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Béclère (A.). Sur une machine statique propre à l'examen radioscopique au domicile des malades. (*Arch. d'électricité méd.*, juillet.)

Bernheim (A.). Behandlung von Aneurysmen mit Elektrolyse durch eingeführten Draht. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 août.) — Traitement des anévrysmes par l'électrolyse à travers un ressort introduit dans le sac anévrysmal.

Bertin-Sans (H.). Nouvel appareil pour repérer sur les clichés radiographiques la position de la source des rayons de Röntgen. (*Arch. d'électricité méd.*, juillet.)

Cohn (T.). Therapeutische Versuche mit Wechselströmen hoher Frequenz und Spannung (Tesla-Strömen). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 août.) — Recherches sur les effets thérapeutiques des courants de haute fréquence et de haute tension.

Doumer (E.) et **Rançon** (L.). Traitement de la diarrhée chez les tuberculeux par la faradisation abdominale. (*Nord méd.*, 1er juillet.)

Durante (D.). La faradizzazione addominale nella diarrea estiva dei bambini; nota preventiva. (*Pediatria*, juillet.)

Guilleminot (H.). Procédé commode pour connaître instantanément l'incidence au cours des examens radioscopiques. (*Arch. d'électricité méd.*, juillet.)

Larat (J.). Traité pratique d'électricité médicale. In-8o, 875 p.

Leduc (S.). Rhéostat oscillant pour la production des courants ondulés. (*Arch. d'électricité méd.*, juillet.)

Löwy (A.) et **Cohn** (T.). Ueber die Wirkung der Teslaströme auf den Stoffwechsel. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 août.) — Action des courants de haute fréquence et de haute tension sur les échanges intra-organiques.

Marie (T.) et **Ribaut** (H.). Nouvelles recherches sur les mesures de distances en stéréoscopie, et plus particulièrement en radiographie stéréoscopique. (*Arch. d'électricité méd.*, juillet.)

Zimmern (A.). Traitement des fibromes par l'électricité : étude physiologique, anatomo-pathologique; essai de synthèse. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, juillet-août.)

BACTÉRIOLOGIE

Ford (W.). Varieties of colon bacilli isolated from man. (*Montreal Med. Journ.*, nov.)

Hobbs (J.) et **Denier**. Les essences et le pouvoir chromogène des bactéries. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

Macé (E.). Traité pratique de bactériologie. 4e éd. In-8o, 1196 p. avec fig.

McCrae (J.). Notes of 300 agglutination tests with B. coli communis. (*Montreal Med. Journ.*, mai.)

Neufeld (F.). Ueber eine specifische bakteriolytische Wirkung der Galle. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIV, 3.) — Sur une action bactériolytique spéciale de la bile.

Radzievsky (A.). Beitrag zur Kenntnis des Bacterium coli (Biologie, Agglutination, Infection und Immunität). (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIV, 3.)

Schattenfroh (A.) et **Grassberger** (R.). Ueber Buttersäurebacillen und ihre Beziehungen zu der Gasphlegmone. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 et 31 juillet.) — Le bacille de la fermentation butyrique dans ses rapports avec le phlegmon gazeux.

Sternberg (C.). Zur Verwertbarkeit der Agglutination für die Diagnose der Typhusbacillen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIV, 3.)

Vogelius (F.). Studier over den Friedländer'ske bacil. (*Thèse de Copenhague.*)

Yersin. Fonctionnement de l'Institut Pasteur de Nha-Trang (Annam). (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

21e ANNÉE. — N° 9. Vingt centimes le numéro. 27 FÉVRIER 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bâle. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Fritz Egger (*médecine interne*); Carl Hägler (*chirurgie*).

Faculté de médecine de Genève. — M. le docteur H. Cristiani, privatdocent de bactériologie, est nommé professeur ordinaire d'hygiène, en remplacement de M. Vincent, démissionnaire.

Faculté de médecine de Gœttingue. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur H. Boruttau, privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur Adam Solowij est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur C. J. Rossander, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Stockholm. — M. le docteur Ercole Sacchi, privatdocent de médecine opératoire et de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur von Heusinger, professeur extraordinaire de médecine légale et de pédiatrie à la Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Th. Husemann, professeur extraordinaire de pharmacologie à la Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur N. Tolmatchev, professeur extraordinaire de pédiatrie à la Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur W. H. Nevison, professeur adjoint de chirurgie au Medical Department of the Western Reserve University de Cleveland.

VARIA

A propos du centenaire de l'Internat des hôpitaux de Paris.

D'après les renseignements fournis par l'*Annuaire de l'Internat des hôpitaux de Paris*, l'institution de l'Internat daterait du 23 février 1802; c'est en raison de cette date que l'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris a décidé récemment que le centenaire de cette institution sera célébré solennellement l'année prochaine. A cet effet, il a été nommé une commission de cent membres, comprenant des Français habitant Paris et la province ainsi que des étrangers, avec mission de choisir les moyens qui lui paraîtront les meilleurs pour célébrer dignement ce fait mémorable.

Voici comment est conçu le premier paragraphe de la notice placée en tête de l'*Annuaire :*

« L'internat, dans les hôpitaux de Paris, est d'origine ancienne, mais il avait été d'abord établi sur des bases imparfaites, et son organisation actuelle ne remonte pas au delà du commencement de ce siècle. Avant la Révolution, les médecins et chirurgiens, chefs des services hospitaliers, étaient nommés directement par l'Administration et choisissaient eux-mêmes les élèves, soit externes, soit internes, les premiers en nombre illimité, les seconds au nombre de treize seulement, un premier interne et douze internes ordinaires, tous investis de leurs fonctions pour un temps indéterminé. Cet état de choses se maintint pendant toute la période révolutionnaire et dura jusqu'au 4 ventôse an IX (1) (23 février 1802). C'est alors que fut rendu, sur le rapport d'une commission composée des citoyens Gastaldy, Deschamps, Thauraux, Pelletan, Cullerier et Thouret, l'arrêté qui constitua sur des bases nouvelles le service de santé; et l'on peut dire que, de ce jour, date l'institution de l'Internat. »

De ce texte il résulte que durant les neuf premières années de la République, c'est-à-dire du 20 septembre 1792 jusqu'au 23 février 1802, les internes auraient été choisis par les chefs des services hospitaliers. Or, M. A. Prévost, rédacteur au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, vient de nous communiquer un document important qu'il a découvert tout récemment dans le registre des délibérations de la Faculté, dénommée à cette époque « Ecole de santé », lequel document montre que le concours pour les places d'élèves chirurgiens dans les hospices de Paris existait déjà en l'an VI (1798). En voici la reproduction textuelle :

« *9 pluviôse an VI.* — Le ministre consulte l'Ecole sur une plainte qu'il a reçue du cit. Marcus, relativement au concours pour l'admission aux places d'élèves chirurgiens dans les hospices. Il la charge à cette occasion d'examiner cette question d'une manière générale et de lui faire connaître les avantages et les inconvénients que peut avoir ce mode d'admission des élèves.

» Une commission composée des cit. Thouret, Pelletan, Boyer est chargée d'examiner cette question et d'en rendre incessamment compte à l'assemblée. »

Il faut donc reconnaître que l'institution du concours pour l'admission des élèves chirurgiens dans les hôpitaux de Paris est antérieure à l'année 1798, puisque à ce moment un nommé Marcus avait adressé une plainte au ministère de l'intérieur au sujet dudit concours.

L'Ecole de santé (Faculté de médecine) s'occupa à nouveau, dix jours après sa première délibération sur ce sujet, de la demande du ministre, et voici le second document que M. A. Prévost a bien voulu nous communiquer :

« *19 pluviôse an VI.* — Les citoyens Pelletan, Thouret et Boyer font leur rapport sur l'avis demandé à l'Ecole par le ministre de l'intérieur.

» Il l'avait consultée sur les avantages ou inconvénients du concours pour l'admission des élèves chirurgiens dans les hospices.

» Les conclusions de ce rapport sont : premièrement, que la durée de la jouissance de ces places doit être temporaire et limitée à six années; 2° qu'il doit y avoir des élèves internes et des élèves externes en nombre égal; 3° que toutes les places doivent être données au concours, celles d'internes aux externes seulement, et celles d'externes à quiconque s'y présentera; 4° que les concurrents pour les places d'externes doivent avoir dix-huit ans au moins; 5° qu'il doit y avoir des différences de grade et de traitement entre les internes; 6° que chaque place vacante doit être donnée au concours aux élèves de grades inférieurs; 7° qu'il doit être permis à ceux qui ont déjà rempli pendant quatre années les fonctions d'élève interne dans un hospice de concourir pour les places vacantes dans d'autres hospices, et d'y rester deux années; 8° qu'il doit être permis aux élèves placés dans les hospices les plus éloignés du centre de Paris, et par conséquent du foyer de l'instruction, de passer aux places devenues vacantes dans les hospices plus rapprochés, et la place qu'ils laisseront ainsi vacante mise au concours.

» Ce rapport est adopté et sera en conséquence envoyé au ministre au nom de l'Ecole. »

Des faits que nous venons d'exposer avec des documents inédits, on peut conclure en toute assurance que l'institution de l'Internat dans les hôpitaux de Paris et le recrutement des internes par la voie du concours sont antérieurs à l'année 1802: selon toute vraisemblance ils datent l'un et l'autre d'une époque rapprochée de l'ouverture de l'Ecole de santé, qui eut lieu en l'an III. L'arrêté du 4 ventôse an X (23 février 1802) n'a fait que réorganiser ce service.

(1) C'est à tort que la dernière édition de l'*Annuaire* indique 4 ventôse an IX, au lieu de 4 ventôse an X, comme date de l'arrêté relatif au service de santé; cette erreur se trouve déjà dans les éditions précédentes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Andrieu (C.). Aubrac; climat et sanatorium.

Duparc (J.). De quelques anomalies de structure de la paroi stomacale: pancréas accessoires aberrants, glandes de Brunner aberrantes.

Heurtebise (Ch.). Contribution à l'étude de la laryngite sèche chronique ozéneuse.

Lemarchand (A.). Contribution à l'étude de la gastrostomie; ses résultats fonctionnels; orifice étroit sans suture de la muqueuse.

Lenoir (L.). Des crises épileptiques au cours de la fièvre typhoïde; leur influence sur la courbe thermique.

Leroy (E.). Etude clinique des polypes du méat urinaire chez la femme.

Marcus (J.). Etude médico-légale du meurtre rituel.

Mazin (P.). Les poudreuses des fabriques de porcelaine (intoxication saturnine professionnelle).

Métoz (J.). Du déciduome malin.

Michaut (F.). Des albuminuries massives dans la diphtérie.

Michel (P.). Contribution à l'étude clinique des pleurésies typhoïdes.

Mirande (P.-A.). Syndrome appendiculaire sans lésions de l'appendice dans les affections thoraciques (étude clinique et pathogénique).

Moineau (H.). Contusion et déchirure du rein.

Monthioux (A.). Contribution à l'étude du cancer bilatéral du sein.

Morand (O.). Contribution à l'étude de la pleurésie séro-fibrineuse chez le vieillard.

Mourre (J.). Le purpura dit hépatique.

Neveu-Lemaire (M.). Les hématozoaires du paludisme; historique, connaissances actuelles, application des découvertes récentes à la prophylaxie du paludisme.

Nicolaenkoff (A.). L'anesthésie par la cocaïnisation de la moelle.

Osty (E.). De l'appendicite herniaire.

Pellizza (H.). Quelques considérations sur les plaies de l'échancrure sciatique.

Perrossier (P.). La procidence et le procubitus du cordon ombilical à la clinique Baudelocque du 10 mai 1893 au 1er janvier 1900.

Petit (L.-A.). De l'étranglement du duodénum au niveau de la racine du mésentère.

Peyrot (J.). Quelques considérations sur le fonctionnement des services dentaires dans les hôpitaux.

Pignot (M.). Etude clinique des teignes; hygiène publique et prophylaxie des teignes tondantes en 1900 à Paris et dans sa banlieue.

Raskine (A.). Sur les mouvements athétosiques dans le tabes dorsalis.

Remoussenard (F.). Des battements du cœur à droite, en particulier dans la sclérose pulmonaire droite.

Rouault (H.). Ankylose de la hanche; ostéotomie, résection orthopédique, interposition musculaire.

Sigallas (A.). Contribution à l'étude de l'acné hypertrophique du nez.

Silvy (L.-A.). Du traitement des ulcères variqueux par la dissociation fasciculaire du nerf sciatique.

Trégoat (A.-G.). L'immigration bretonne à Paris; son importance, ses causes, ses conséquences intéressantes au point de vue médical; de quelques moyens propres à la diminuer.

Triau. Action de l'ergot de seigle sur les sécrétions de la peau.

Vallée (P.-H.). Situation du cæcum et de l'appendice chez l'enfant (étude basée sur 100 examens de cadavres).

Villard (V.). Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de la conjonctive palpébrale; carcinome réticulé.

Welcker (P.). Contribution à l'étude des ruptures musculaires.

PHYSIOLOGIE

Isenberg et **Vogt** (O.). Zur Kenntnis des Einflusses einiger psychischer Zustände auf die Atmung. (*Zeitsch. f. Hypnotismus*, X, 3.) — Influence exercée par certains états psychiques sur la respiration.

Langlois (J.-P.) et **Richet** (Ch.). De la proportion des chlorures dans les tissus de l'organisme; influence de l'alimentation et des autres conditions biologiques. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Langowoy (A.). Ueber den Einfluss der Körperlage auf die Frequenz der Herzcontractionen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 3-4.) — Influence de l'attitude du corps sur la fréquence des contractions cardiaques.

Rehfisch (E.). Ueber die Innervation der Harnblase. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 3.) — L'innervation de la vessie.

Riegel (F.). Ueber den Einfluss des Morphiums auf die Magensaftsecretion. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 5-6.) — Influence de la morphine sur la sécrétion du suc gastrique.

Schäfer (E. A.). Text-book of physiology. T. II. In-8°, 1392 p. Londres.

Strauss (H.) et **Philippsohn** (H.). Ueber die Ausscheidung enterogener Zersetzungsproducte im Urin bei constanter Diät (ein Beitrag zur Frage der Autointoxicationen). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 5 6.) — L'élimination par les urines des produits de décomposition intestinale sous l'influence d'un régime alimentaire constant.

Umber (F.). Das Nucleoproteid des Pankreas. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 5-6.)

Vaschide (N.) et **Marchand** (L.). Ufficio che le condizioni mentali hanno sulle modificazioni della respirazione e della circolazione periferica; ricerche sperimentali. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 2-3.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Kaplan (L.) et **Finkelnburg** (R.). Anatomischer Befund bei traumatischer Psychose mit Bulbärerscheinungen (zugleich Beitrag zur Kenntnis des hinteren Längsbündels). (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, sept.) — Sur les lésions anatomiques dans les psychoses d'origine traumatique avec troubles bulbaires et sur le faisceau longitudinal postérieur.

Lefas (E.). Etude anatomique de la tuberculose du pancréas. (*Arch. gén. de méd.*, sept.)

Neumann. Das Pigment der braunen Lungen-Induration. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 3.) — Le pigment de l'induration brune du poumon.

Quensel (U.). Ein Fall von accessorischer, rudimentärer Lunge. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 2.)

Schmieden (V.). Ueber den Bau und die Genese der Lebercavernome. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 3.) — Structure et pathogénie des cavernes du foie.

Vyssotzky (A.). Etude anatomo pathologique d'un cas d'éléphantiasis du membre supérieur consécutif à un cancer du sein (en russe). (*Méd. Obozr.*, août.)

Warthin (A.). Multiple traumatic hemorrhages of the liver associated with multiple pulmonary emboli of liver-cells and giant-cells resembling bone-marrow cells. (*Med. News*, 15 sept.) — Hémorrhagies traumatiques multiples du foie avec embolies pulmonaires multiples.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Burci (E.) et **Lippi** (U.). Nuove ricerche sperimentali sugli effetti del denudamento e delle lesioni estese non penetranti dei grossi vasi sanguigni. (*Riforma med.*, 4, 5, 6, 7 et 10 sept.)

Chatin (P.) et **Guinard** (L.). Essais d'injection de sérum de la veine thyroïde chez les animaux éthyroïdés. (*Lyon méd.*, 30 sept.)

De Dominicis (N.). Iniezioni di colture virulente e sterilizzate direttamente nella milza e comparativamente nel fegato e nel sangue. (*Gazz. degli Osped.*, 23 sept.)

Drucbert (J.). Etude expérimentale sur la suppression du gros intestin par l'iléosigmoïdostomie. (*Echo méd. du Nord*, 30 sept.)

Leclainche (E.) et **Vallée** (H.). Recherches expérimentales sur le charbon symptomatique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril et août.)

Lewandowsky (M.). Zur Lehre von der Cerebrospinalflüssigkeit. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 5 6.) — Recherches sur le liquide céphalorachidien.

Mignot et **Mally**. Recherches expérimentales sur les amyotrophies réflexes. (*Arch. gén. de méd.*, sept.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Becker (E.). Hämatologische Untersuchungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 août et 6 sept.)

Browicz. Pathogenese des Ikterus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 août.)

Ceni (C.). Influenza del sangue dei maniaci e dei lipomaniaci sullo sviluppo embrionale con speciali fenomeni teratologici. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 2-3.)

Gautier (A.). Mécanisme de l'influence exercée sur le fonctionnement vital par des doses minimes de certains principes. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Grawitz (E.). Granular degeneration of the erythrocytes, and its significance in clinical pathology. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Grober (J.). Die Infectionswege der Pleura. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 3-4.) — Les voies de l'infection pleurale.

Jawein (G.). Ueber die Ursache des acuten Milztumors bei Vergiftungen und acuten Infectionskrankheiten; physiologische Function der Milz. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 3.) — Sur la cause de la splénomégalie aiguë de la rate dans les empoisonnements et les maladies infectieuses aiguës; rôle physiologique de la rate.

Lucatello (L.). Sul valore ematopoietico di speciali emolisine. (*Gazz. degli Osped.*, 2 sept.)

Metalnikoff (S.). Etudes sur la spermotoxine. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Schur (H.) et **Löwy** (H.). Ueber das Verhalten des Knochenmarks in Krankheiten und seine Beziehungen zur Blutbildung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 5-6.) — L'état de la moelle osseuse dans les maladies; ses rapports avec l'hématopoïèse.

Strauss. Zur Frage des diagnostischen Wertes der Untersuchung auf die Gährungsintensität der Fäces (nach Schmidt). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 3-4.) — Sur la détermination du degré de la fermentation fécale.

MÉDECINE

Grande (E.). La posizione alla Quincke in un caso di emopiopneumotorace seguito da guarigione. (*Riforma med.*, 7 déc.)

Guillain (G.). Sclérose hépato-pancréatique hypertrophique avec hypersplénomégalie. (*Rev. de méd.*, sept.)

Hirsch (C.). Ueber die Beziehungen zwischen dem Herzmuskel und der Körpermuskulatur und über sein Verhalten bei Herzhypertrophie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 1-2 et 3-4.) — L'état du myocarde dans l'hypertrophie cardiaque.

Israel-Rosenthal. Om renale komplikationer ved gigtfeberen og deres betydning for behandlingen. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 4-5.) — Les complications rénales du rhumatisme et leur importance au point de vue du traitement.

Kelling (G.). Ueber die Entstehung des nervösen Reizzustandes des Magens bei Hernia epigastrica und über einen zweiten epigastrischen nervösen Druckpunkt. (*Wien. med. Wochensch.*, 29 sept.) — Sur les causes de l'hyperirritabilité nerveuse de l'estomac dans la hernie de l'épigastre et sur un second point douloureux épigastrique.

Kolisch (R.). Lehrbuch der diätetischen Therapie chronischer Krankheiten. 2e partie. In-8°, 333 p. Vienne. — Traitement diététique des maladies chroniques.

Kühn (A.). Beitrag zur Lehre von der ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 sept.) — De la spondylose rhizomélique.

Levy-Dorn. Zur zweckmässigen Untersuchung der Brust mittels Röntgenstrahlen und einige Ergebnisse. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 et 13 sept.) — Des procédés d'examen radiographique des organes thoraciques.

Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon (année 1899). T. XXXIX In-8°, 499 p. avec fig. Lyon.

MALADIES INFECTIEUSES

Elgart (J.). Ein Beitrag zur Kenntnis des Scharlachs und der Masern. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 sept.) — Des pulvérisations de la gorge comme moyen prophylactique contre la rougeole et la scarlatine chez les enfants.

Giacchi (F.). Setticemia erisipelatosa in un caso di mania grave. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 2-3.)

Hirsh (J.). A contribution to the significance of Koplik's spots in the diagnosis of measles. (*Philadelphia Med. Journ.*, 25 août.) — Valeur des taches de Koplik pour le diagnostic de la rougeole.

Métin. Quelques expériences sur la peste à Porto. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Myers (B.). Some points about post-diphtheritic paralyses. (*Lancet*, 22 sept.)

Petrucci (G.). Ein Beitrag zur Casuistik der Hämorrhagien bei Influenza. (*Wien. med. Presse*, 23 sept.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Baumstark (R.). Ueber Polyneuritis nach Malaria und Landry'sche Paralyse. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 et 17 sept.)

Bechterev (V. von). Ueber acut auftretende Störungen der Motilität mit den Merkmalen cerebellarer Ataxie bei Alkoholikern. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 sept.) — Troubles aigus de la motilité, chez les alcooliques, présentant les caractères de l'ataxie cérébelleuse.

Bregman (L.). Zur Klinik der Akromegalie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 5-6.)

De Buck et **De Moor** (L.). Un cas de lipomatose symétrique par métaplasie graisseuse du muscle. (*Journ. de neurol.*, 5 août.)

De Sanctis (S.). Miopatia progressiva e insufficienza mentale. (*Riv. mens. di neuropatol. e psichiatria*, août.)

Düms (F. A.). Handbuch der Militärkrankheiten. III. Band : Die Krankheiten der Sinnesorgane und des Nervensystems einschliesslich der Militärpsychosen. In-8°, 662 p. avec fig. Leipzig. — Traité de médecine militaire.

CHIRURGIE

Anschütz (W.). Ein Beitrag zur Lehre von der Iodoformvergiftung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 1.) — Contribution à l'étude de l'intoxication par l'iodoforme.

Bergmann (A. von). Zur Diagnose und Behandlung der Darmocclusionen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 4.) — Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale.

Bier (A.). Bemerkungen zur Cocainisirung des Rückenmarkes. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 sept.) — A propos de la cocaïnisation de la moelle.

Binaghi (R.). La teoria di Flügge e le sue applicazioni alla chirurgia. (*Riforma med.*, 22, 24 et 25 sept.)

Carwardine (T.). Operative and practical surgery. In-8°, 682 p. avec fig. Londres.

Chlumsky (V.). Ueber die Wiederherstellung der Beweglichkeit des Gelenkes bei Ankylose. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 15 sept.) — Des moyens de rétablir la mobilité des articulations ankylosées.

Cotton (F.). The pathology of fracture of the lower extremity of the radius. (*Ann. of Surgery*, août et sept.)

De Francesco (D.). Innesti cutanei di pollo. (*Gazz. degli Osped.*, 2 sept.) — Greffes de peau de poule.

Dominici (E.). Operazione cosmetica sulla mammella. (*Gazz. degli Osped.*, 12 août.)

Ehrich (E.). Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntnis des Morbus Basedowii. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 1.)

Eichel. Ueber Osteomyelitis acuta des Atlas. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 août.)

Ernberg (H.). Bidrag till kännedomen om de s. k. « ganglierna ». (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 6.) — Des kystes synoviaux.

Finkelstein (B.). Traitement des incurvations latérales du membre inférieur par l'ostéotomie (en russe). (*Vratch*, 2 sept.)

Fischer (H.). Vade-mecum de thérapeutique chirurgicale des médecins-praticiens. In-12, 328 p. L. Boyer.

Josephson (C. D.). Bidrag till den konserverande njurkirurgien. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 4-5.) — Chirurgie conservatrice du rein.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Breus (C.) et **Kolisko** (A.). Die pathologischen Beckenformen. III. Band, 1. Teil : Spondylolisthesis-, Kyphosen-, Skoliosen- und Kyphoskoliosen-Becken. In-8°, 359 p. avec fig. Vienne. — Les diverses formes pathologiques du bassin.

Campione (F.). Corea e gravidanza. (*Arch. di ostet. e ginecol.*, déc.)

Cesaris-Demel (A.). Sopra un caso di miofibrosarcoadenoma dell'utero. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, août.)

Gottschalk. Zur Verhütung und Behandlung der Bauchnarbenbrüche nach Laparotomien. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 2.) — Prophylaxie et traitement des hernies consécutives à la laparotomie.

Mironov (M.). Abouchement des trompes avec le vagin dans les annexites inflammatoires (en russe). (*Méd. Obozr.*, août.)

Müller (A.). Ueber die Ursachen der Ungleichheit und Unklarheit in der Benennung und Einteilung der Kindeslagen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août et sept.) — Les causes des obscurités dans la dénomination des présentations.

Ott (D. von). Ueber die operative Behandlung des Gebärmutterkrebses. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — Le traitement opératoire du cancer de l'utérus.

Ringsted (H. C.). Diagnose og behandling af placenta prævia. (*Thèse de Copenhague.*)

Rose (E.). Der vordere Scheidenbruch. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 5-6.) — La hernie vaginale antérieure.

Schmit (H.). Ein Beitrag zur Therapie der Uterusruptur. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

21e ANNÉE. — N° 10. Vingt centimes le numéro. 6 MARS 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'hygiène des chemins de fer en France.

D'après un décret du président de la République française, en date du 1er mars 1901, modifiant l'ordonnance de 1846 sur la police, la sûreté et l'exploitation des chemins de fer, les personnes atteintes visiblement ou notoirement de maladies dont la contagion serait à redouter pour les voyageurs pourront être exclues des compartiments affectés au public. Les compartiments dans lesquels ces malades auront pris place seront, dès l'arrivée, soumis à la désinfection.

Ajoutons que dans les salles d'attente ainsi que dans les voitures, il est défendu de cracher ailleurs que dans les crachoirs disposés à cet effet.

Le nouveau règlement prévoit des instructions ministérielles pour coordonner un ensemble de mesures qu'il est permis au ministre des travaux publics de prendre : lavage des wagons, interdiction de soulever les poussières accumulées en cours de route, désinfection des dortoirs des agents, etc.

Enfin, il est spécifié qu'à des gares désignées, les Compagnies entretiendront les médicaments et moyens de secours nécessaires en cas d'accident.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur E. Bumm, professeur à la Faculté de médecine de Bâle, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. Fehling.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur A. Monari est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur P. A. Minakov, privatdocent de médecine légale, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Pio Marfori, professeur extraordinaire de matière médicale et de pharmacologie expérimentale, est nommé professeur ordinaire.

M. le docteur F. Folli est nommé privatdocent de médecine légale.

Faculté de médecine de Valladolid. — M. le docteur Raimundo García Quintero, professeur à la Faculté de médecine de Saragosse, est nommé professeur de pathologie chirurgicale.

King's College de Londres. — M. le docteur Arthur Robinson, lecteur à Middlesex Hospital Medical School de Londres, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. A. W. Hughes, décédé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Aubry. Contribution à l'étude de la torsion pédiculaire des kystes ovariens.

Barge (P.). Contribution au traitement chirurgical des fistules à l'anus (résection et suture).

Bernheim (F.). De l'aphasie motrice (étude anatomo-clinique et physiologique).

Bömçhis (I.-A.). Du hoquet dans le cours de la fièvre typhoïde.

Borderie. Essai sur les indications thérapeutiques dans les appendicites non spécifiques.

Brizard (G.). Du ralentissement de la nutrition dans le diabète.

Bufnoir (C.-M.). De la cure radicale des hernies inguinales par le procédé myoplastique (indications, manuel opératoire, résultats éloignés).

Bussard (E.). De la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde.

Caratzalis (A.). Des applications thérapeutiques de l'ozone.

Chauveau (E.). De la balnéation froide dans la fièvre typhoïde des enfants.

Coste (R.-L.). Etude de quelques cas rares d'hématomes de la fosse iliaque droite ayant simulé l'appendicite.

Danthez. Contribution à l'étude de la métrite hémorrhagique dite essentielle.

Delattre (J.). Du traitement des nodules isolés de lupus par la dilacération suivie d'attouchements au chlorure de zinc cristallisé.

Ferrier (P.). Relations de nutrition entre le squelette et les dents; odontocie et ostéocie.

Gantois (G.). De l'extirpation précoce dans les synovites tuberculeuses.

Gigon (A.). De l'appendicite d'origine cæcale (typhlo-appendicite).

Godon (Ch.). L'évolution de l'art dentaire; l'école dentaire, son histoire, son action, son avenir.

Guilbert (A.). Contribution à l'étude de la respiration stridoreuse chez les nouveau-nés.

Guny (P.). De la douleur des orteils dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Haranchipy (M.). De l'hydrorrhée nasale vraie; sa pathogénie, son traitement.

Herbécourt (J.-E. d'). De la voie vaginale sans hystérectomie; indications, résultats opératoires.

Hurault (R.). Etude sur les lipomes congénitaux ostéo-périostiques.

Joccotton. Etude des paralysies dans les pleurésies purulentes non suivies de l'opération de l'empyème.

Kaplansky (Mlle H.). Traitement de la tuberculose infantile par le thiocol.

Labeyrie (G.). La tuberculose du pubis et de la symphyse pubienne.

Légier (G.). Contribution à l'étude de la mortalité infantile; les lois actuelles ne protègent pas toujours suffisamment l'enfant en bas âge.

Leprince (H.). Contribution à l'étude de la main bote congénitale.

Maillard (E.-H.). Quelques cas d'épithéliomas étendus de la face; ablations et autoplasties consécutives.

Masbrenier (J.-L.). De l'emploi des procédés de laboratoire dans le diagnostic pratique de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

Morin (L.). Etude sur un procédé simple de gastrostomie.

Naquet (P.). Contribution à l'étude des hernies de l'appendice vermiculaire et de leurs complications.

Naudet (B.-Ch.). De l'incision cruciale dans la laparotomie.

Orion (M.). Traitement de la septicémie gazeuse par l'oxygène (gaz oxygène, eau oxygénée).

Pettit (A.). Diagnostic histologique des curettages utérins.

Saint-Aubin (H.). Injections hypodermiques d'huile de vaseline et de jaune d'œuf (médication stimulante).

Saint-Maurice (G.). De la méthode de l'eau camphrée pour la mesure de l'odorat; quelques-unes de ses applications cliniques et scientifiques.

Salmon (E.). De l'analgésie par les injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne; applications à la chirurgie des voies urinaires.

Sémeril (F.). Du rôle du plexus rénal dans la pathogénie de l'œdème brightique et de quelques symptômes des néphrites.

Vignat (M.). Contribution à l'étude de la méthode de Cerny-Trunecek.

MÉDECINE

Ferrari (E.) et **Cominotti** (V.). Zur Kenntnis der eigenartigen unter dem Bilde der Pseudoleukaemie verlaufenden Tuberculose (Tuberculosis pseudoleukaemica). (*Wien. klin. Rundschau*, 30 déc.)

Neumann (F.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Hämophilie. (*Prag. med. Wochensch.*, 20 sept.) — Une famille d'hémophiliques.

Poynton (F.) et **Paine** (A.). The etiology of rheumatic fever. (*Lancet*, 22 et 29 sept.)

Quensel (U.). Om mortaliteten i kräfta i Sveriges städer under aaren 1875-1899. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 6.) — La mortalité par cancer dans les villes de Suède pendant les années 1875-1899.

Reibmayr (A.). Il massaggio e la sua applicazione nelle varie discipline della medicina pratica. (Trad. de l'allemand par O. Manganotti.) In-8°, 144 p. Milan. F. Vallardi.

Rosin (H.). Ein Fall von diffusem chronischen Hautoedem. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 sept.) — Œdème chronique généralisé de la peau.

Schill (E.). Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik im Jahre 1899. In-8°, 232 p. Leipzig. — Les progrès réalisés en 1899 au point de vue du diagnostic des maladies.

Shufflebotham (F.). The chemical examination of gastric contents. (*Lancet*, 15 sept.)

Squire (J. E.). Essays on consumption; clinical observations and remarks on pneumonia. In-8°, 322 p. Londres.

Strümpell (A.). Ueber Vorkommen und Diagnose der Gicht. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 sept.) — Fréquence et diagnostic de la goutte.

Valenza (P.). Dermatosi, tetania, desquamazione ed edema da grave auto-intossicazione di origine alimentare. (*Gazz. degli Osped.*, 16 sept.)

Van Voornveld (H. J.). Ueber die Resultate von Sputumuntersuchungen bei Lungentuberculose. (*Thèse de Zurich.*) — Résultats de l'examen des crachats des tuberculeux.

Winkler (K.). Das Myelom in anatomischer und klinischer Beziehung. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 2 et 3.)

Zunz (E.). La diazo-réaction d'Ehrlich. (*Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, 28 juillet.)

MALADIES INFECTIEUSES

Salanoue-Ipin. Le paludisme et les moustiques. (*Arch. de méd. navale*, juillet.)

Tartakovsky (M.). Recherches épidémiologiques sur la peste de Kolobovka (en russe). (*Vratch*, 29 juillet et 12 août.)

Toussaint. De l'unité pathogénique, clinique et thérapeutique du choléra nostras et du choléra indien. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 sept.)

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. 17. Heft : Entstehung, Verhütung und Bekämpfung des Typhus bei den im Felde stehenden Armeen. In-8°, 112 p. Berlin.

Weissenberger (Adele). Diphtherieserumtherapie und Intubation im Kinderspital in Basel. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, 3.) — La sérothérapie antidiphtérique et le tubage du larynx à l'hôpital des enfants de Bâle.

Zollikofer (R.). Ueber den klinischen Verlauf der Diphtherie bei Serumanwendung unter besonderer Berücksichtigung der Albuminurie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 sept.) — L'évolution clinique de la diphtérie sous l'influence du traitement sérothérapique, surtout au point de vue de l'albuminurie.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Duse (G.) et **Astolfoni** (G.). Di un caso di miotonia essenziale. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 2-3.)

Ewald (C.). Ein weiterer Fall von Polyneuritis nach Malaria. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 sept.)

Hänel (H.). Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Erkrankungen des Hirnschenkels. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 5-6.) — Sur les lésions du pédoncule cérébral.

Köppen (M.). Ueber Erkrankung des Gehirns nach Trauma. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 2.) — Les affections du cerveau consécutives aux traumatismes.

Liepmann (H.). Das Krankheitsbild der Apraxie (« motorische Asymbolie ») auf Grund eines Falles von einseitiger Apraxie. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, juillet, août et sept.)

Masetti (E.). Di un fascio anomalo nel pavimento del IVe ventricolo. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 2-3.)

Mott (F. W.) et **Tredgold** (A. F.). Hemiatrophy of the brain and its results on the cerebellum, medulla, and spinal cord. (*Brain*, XC.)

Nalbandoff (S.). Zur Symptomatologie der trophischen Störungen bei der Syringomyelie (Osteomalacie). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 5-6.) — De quelques troubles trophiques dans la syringomyélie.

Obersteiner (H.). Arbeiten aus dem neurologischen Institute (Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems) an der Wiener Universität. Fasc. 7. In-8°, 316 p. avec fig. Vienne.

Obici (G.). Osservazioni nosologiche e cliniche sul così detto « delirio di negazione ». (*Riv. sperim. di freniatr. e di med leg.*, XXVI, 1 et 2-3.)

Pagenstecher. Todesfall durch psychischen Insult, nebst Bemerkungen über Delirium nervosum Dupuytren und Operationspsychosen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 sept.) — Sur un cas de mort par shock psychique et sur le délire nerveux de Dupuytren et les psychoses post-opératoires.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Almkvist (J.) et **Welander** (E.). Ueber die Behandlung der Psoriasis mit intravenösen Arsenikinjectionen. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 4-5.)

Bermann (M.). Zwei Fälle von Syphilis des Centralnervensystems. (*Wien. med. Wochensch.*, 29 sept.) — Un cas de pseudo-tabes syphilitique et un cas de spasme de la langue dû à la syphilis.

Ebstein (W.) et **Schwalbe** (J.). Handbuch der praktischen Medicin. III. Band, 1. Teil : Die Krankheiten der Harnorgane und des männlichen Geschlechtsapparates. Venerische Krankheiten. In-8°, 703 p. avec fig. Stuttgart. — Traité de médecine pratique. T. III, 1re partie : maladies des organes génitaux-urinaires chez l'homme; maladies vénériennes.

Galloway (J.) et **Eyre** (J. W.). A study of certain staphylococci producing white cultures found in eczema. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, sept.) — Recherches sur certains staphylocoques de l'eczéma donnant lieu au développement de cultures blanches.

Gastou (P.). Essai de création d'un laboratoire central à l'hôpital Saint-Louis (fonctionnement, résultats d'octobre 1899 à novembre 1900). In-8°, 11 p. Le Havre.

Müller (J.). Beitrag zur örtlichen Behandlung der Syphilis ulcerosa. (*Therap. Monatsh.*, sept.) — Traitement des syphilides ulcéreuses par les irrigations avec une solution chaude de permanganate de potasse.

Rubinstein (F.). Ueber gonorrhoische Gelenkentzündung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 sept.) — L'arthrite blennorrhagique.

Veliamovitch (V.). Traitement de l'épididymite blennorrhagique par les badigeonnages avec le salicylate de méthyle ou l'alcool gaïacolé, associés à la compression au moyen de bandelettes de diachylon (en russe). (*Méd. Obozr.*, août.)

PARASITOLOGIE

Barbagallo (P.). Sull'ossiuriasi cutanea. (*Gazz. degli Osped.*, 16 sept.) — Dermatite provoquée par des oxyures.

Bra. Le cancer et son parasite ; action thérapeutique des produits solubles du champignon. In-8°, 135 p. avec fig.

Hausmann (Th.). Zur Symptomatologie und Therapie der durch den Trichocephalus dispar verursachten Gesundheitsstörungen. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 5 août.)

Jägerskiöld (L.). Levinsenia (Distomum) pygmaea Levinsen, ein genitalnapftragendes Distomum. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 9 juin.)

Lieblein (V.). Ueber die Aktinomykose der Haut. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 3.) — L'actinomycose de la peau.

Papi (D.). Di una non commune manifestazione nel decorso dell'elmintiasi intestinale. (*Gazz. degli Osped.*, 10 juin.)

Posselt (A.). Die geographische Verbreitung des Blasenwurmleidens insbesondere des Alveolar-echinococcus der Leber und dessen Casuistik seit 1886. In-8°, 334 p. Stuttgart. — Répartition géographique des kystes hydatiques du foie.

Reverdin (J.-L.) et **Julliard** (Ch.). Un cas de botryomycose humaine. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

CHIRURGIE

Broquet (Ch.). Contribution à l'étude du cancer de l'estomac ; résultats de 52 opérations (pylorectomie) pour cancer de l'estomac. (*Thèse de Berne.*)

Gibney (V.). A simple and efficient treatment of talipes calcaneus paralyticus in young children. (*Med. News*, 15 sept.) — Un traitement simple et efficace du pied bot paralytique chez les petits enfants.

Gräf. Die Einrichtung der vorderen Schulterverrenkung nach Riedel. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 sept.) — La réduction de la luxation antérieure de l'épaule d'après la méthode de Riedel.

Gunning (Johanna). Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Aethernarkose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 1.)

Harms (W.). Ueber Lage und Gestalt des menschlichen Darmes und über Eingeweidebrüche. Ein kritischer Versuch auf Grund von 58 Leichenöffnungen. In-8°, 88 p. Berlin. — La situation et la forme de l'intestin dans leurs rapports avec les hernies viscérales.

Harrington (F.). Hernia of the bladder through the pelvic floor from the traction of a subperitoneal fibroma. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Cystocèle à travers le plancher pelvien due à la traction exercée par un fibrome sous-péritonéal.

Heinricius (G.). Ueber retroperitoneale Lipome. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 5-6.)

Keen (W.). A case of ligature of the abdominal aorta just below the diaphragm, the patient surviving for forty-eight days; with a proposed instrument for the treatment of aneurisms of the abdominal aorta by temporary compression. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.) — Ligature de l'aorte abdominale avec survie de quarante-huit jours.

König. Aseptik der Hände? Operation ohne direkte Berührung der Wunde mit Finger und Hand. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 8 sept.) — Sur l'asepsie des mains.

Könitzer. Ueber multiple Echinokokken der Leber. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 5-6.) — Des kystes hydatiques multiples du foie.

Laache (S. B.). Om appendicitis. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 4-5.)

Langemak. Zur Casuistik der Darmlipome. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 1.) — Deux cas de lipomes de l'intestin.

Lennander (K. G.) et **Scheel** (V.). Fyra fall af kronisk, serös (ej tuberkulös) peritonit. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 4-5.)

Lewschin (L. von). Ueber einen Fall von gelungener Extraction einer Kugel, die 2 3/4 Jahre im Gehirn lag. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 25 août.) — Extraction d'une balle ayant séjourné dans le cerveau pendant deux ans et neuf mois; guérison.

Libman (E.). Sarcoma of the small intestine. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.) — Quatre cas de sarcome de l'intestin grêle.

Lorenz (H.). Casuistische Beiträge zur Kenntnis der Mikrognathie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 1-2.)

Manz (O.). Die Ursachen der statischen Schenkelhalsverbiegung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 1.) — Des causes de la coxa vara.

UROLOGIE

Claude (H.) et **Balthazard** (V.). Cryoscopie des urines dans les affections compliquées du cœur et des reins. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Jaboulay. Nouvelle observation d'ablation de la prostate hypertrophiée par la voie trans-ano-rectale médiane. (*Lyon méd.*, 30 sept.)

Mankiewicz. Ueber Nierenoperationen bei Mangel oder Erkrankung der zweiten Niere. (*Monatsb. über die Krankh. des Harn- und Sexual-Apparates*, V, 9.) — Des opérations pratiquées sur l'un des reins, l'autre étant malade.

Prior (S.). Om de diagnostiske hjælpemidler ved urinorganernes sygdomme, med særligt hensyn til cystoskopien. (*Ugeskrift for Læger*, 7 et 14 déc.)

Verrière (A.). Deux cas de leucoplasie de la muqueuse vésicale. (*Lyon méd.*, 23 sept.)

Wood (A.). The results of castration and vasectomy in hypertrophy of the prostate gland. (*Ann. of Surgery*, sept.)

OPHTALMOLOGIE

Magnus (H.). Augenärztliche Unterrichtstafeln. Fasc. 18 à 22. In-8°, 51 planches avec texte explicatif. Breslau.

Puccioni (G.). Sarcoma epibulbare; contributo clinico ed anatomo-patologico. (*Boll. dell'Accad. med. di Roma*, XXVI, 7.)

Schiele (A.). Ein Fall von Subluxatio lentis mit akutem Glaukom. (*Wochensch. f. Therapie u. Hyg. des Auges*, IV, 1.)

Schirmer (O.). Sympathische Augenerkrankungen. 2e éd. In-8°, 212 p. Leipzig. — Ophtalmies sympathiques.

Wernicke (O.). Ruptura directa de la esclerótica. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, oct.)

Wilbrand (H.) et **Sänger** (A.). Die Neurologie des Auges. T. Ier, 2e partie. In-8°, p. 307 à 696, avec fig. Wiesbaden.

PÉDIATRIE

Adsersen (H.). Indvirkninger af födestedets beliggenhed paa nyfödte börns legemlige udvikling. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 4-5.) — Influence de la situation géographique du lieu de naissance sur le développement physique des nouveau-nés.

Bruin (J. de). Over de stijfheid van jonge zuigelingen, arthrogryposis (Strümpell). (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 28 juillet.)

Freund (W.). Ueber einen Fall von cardiopulmonalem Geräusch im Säuglingsalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, 3.) — Souffle cardiopulmonaire chez un nourrisson.

Gregor (K.). Ueber die Verwendung des Mehles in der Säuglingsernährung und über den Einfluss der Kohlehydrate auf die Magendarmerkrankungen und die Constitutionsanomalien des frühen Kindesalters. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXIX, 1-2.) — L'emploi des farineux dans l'alimentation des nourrissons.

Kohts (O.). Ueber Lumbalpunctionen bei Kindern. (*Therap. Monatsh.*, sept.) — De la ponction lombaire chez les enfants.

Monrad (S.). Den akutte gastro-enteritis hos spæde börn, med særligt henblik paa patogenesen og terapien. (*Bibliotek for Læger*, juillet.)

Oppenheim (H.). Ueber allgemeine und localisierte Atonie der Muskulatur (Myatonie) im frühen Kindesalter; vorläufige Mitteilung. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, sept.)

Orr (J.). Sarcoma of suprarenal capsules in a child æt. seven weeks. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.) — Sarcome des capsules surrénales chez un enfant âgé de sept semaines.

Strjelbitzky (I.). Diathèse hémorrhagique transitoire chez deux frères (en russe). (*Méd. Obozr.*, août.)

Van Bruggen (A. C.). Een geval van congenitaal myxoedeem. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 juillet.)

HYGIÈNE

Arnould (J.). Nouveaux éléments d'hygiène. 1re partie : sol, eau, atmosphère, habitation. 4e éd. In-8°, 384 p. avec fig.

Baginsky (A.). Handbuch der Schulhygiene. 3e éd. T. II. In-8°, 428 p. avec fig. Stuttgart. — Manuel d'hygiène scolaire.

Ferrati (E.). Alcune ricerche sulla tossicità del mais invaso da « penicillium glaucum »; contributo alla etiologia della pellagra. (*Policlinico*, 1er sept.)

Garnisonsbeschreibungen vom Standpunkt der Gesundheitspflege : Augsburg. In-8°, 174 p. avec fig. Munich. — Rapports sanitaires sur les villes de garnison [de l'Allemagne] : Augsbourg. (Publication du ministère de la guerre.)

Kabrhel (G.). Theorie und Praxis der Trinkwasser-Beurteilung. In-8°, 234 p. Munich. — L'eau potable.

Plumert (A.). Gesundheitspflege auf Kriegs-Schiffen. 2e éd. In-8°, 503 p. avec fig. Vienne. — L'hygiène sur les vaisseaux de guerre.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Di Mattei (E.). Ricerca microbiologica dell'arsenico nei visceri conservati in alcool e in formalina; nota preliminare. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 2.)

Foulis (J.). 2 cases of poisoning by cannabis indica. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

Krafft-Ebing (R. von). Médecine légale des aliénés. Fasc. 2 : partie civile. (Trad. de l'allemand et annoté par le professeur A. Rémond.) In-8°, p. 545 à 748. Toulouse. Gimet-Pisseau.

Langmann (G.). Poisonus snakes and snake poison. (*Med. Record*, 15 sept.) — Recherches sur les serpents venimeux et sur leur venin.

Meltzer (S.) et **Langmann** (G.). Wird Strychnin durch lebendes thierisches Gewebe entgiftet? (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 15 sept.) — La strychnine est-elle neutralisée par les tissus de l'organisme animal vivant?

DÉONTOLOGIE

Altmann (F.). Aerztliche Ehrengerichte und ärztliche Standesorganisation in Preussen. Das preussische Gesetz betr. die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern vom 25. November 1899 zum praktischen Handgebrauch erläutert. In-8°, 218 p. Berlin. — Les tribunaux disciplinaires pour les médecins en Prusse.

Glover (J.). Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale. Compte rendu de la première session tenue à Paris en juillet 1900. Procès-verbaux, documents officiels et divers. In-8°, 697 p.

GÉNÉRALITÉS

Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. XVII, 1er fasc. In-8°, 214 p. avec fig. Berlin. — Travaux de l'Office sanitaire impérial [allemand].

Bertrand (C. E.). Souvenirs de 1870; notes d'un aide-major auxiliaire. In-16, 220 p.

Boyce (R.) et **Sherrington** (C. S.). The Thompson Yates laboratories report. T. III, 1re partie. In-4°, 115 p. avec fig. Liverpool.

Bulletin de la Société de médecine de Paris (1899). T. VII, 4e série. In-8°, 287 p. avec fig.

Calot (F.). L'hôpital N. de Rothschild, à Berck-sur-Mer. In-16, 86 p. avec fig.

Krieger (J.). Jahrbuch der Medicinal-Verwaltung in Elsass-Lothringen (1900). T. XII. In-8°, 264 p. Strasbourg.

Preussische Statistik. 162. Heft : Die Sterblichkeit nach Todesursachen und Altersklassen der Gestorbenen, sowie die Selbstmorde und die tödtlichen Verunglückungen im preussischen Staate während des Jahres 1898. In-4°, 256 p. Berlin. — La mortalité en Prusse pendant l'année 1898.

21e ANNÉE. — N° 11. **Vingt centimes le numéro.** 13 MARS 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

En France, la carrière médicale restera fermée aux bacheliers de l'enseignement moderne.

Nous avons la satisfaction d'apprendre à nos lecteurs que ce n'est pas en pure perte que nous avons signalé à maintes reprises les inconvénients qui résulteraient, au point de vue scientifique et professionnel, de l'admission dans les Facultés de médecine des jeunes gens pourvus du baccalauréat moderne. Alors que cette question reste encore pendante dans plusieurs pays étrangers, entre autres en Allemagne, on peut la considérer comme définitivement réglée en France. En effet, pour bien préciser l'objet de la préparation auquel l'enseignement moderne a désormais mission de pourvoir, le Conseil supérieur de l'instruction publique, dans sa dernière session tenue sous la présidence du ministre lui-même, a décidé que *le diplôme de baccalauréat moderne, étant donnés le caractère et la destination de l'enseignement moderne, ne devra pas ouvrir l'accès des Facultés des lettres, de droit, de médecine.*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De la responsabilité des médecins dans l'application des rayons de Röntgen.

Il y a deux mois environ nous avons publié à cette même place le texte d'un jugement rendu par le tribunal civil de la Seine qui ordonnait une expertise médico-légale dans une instance civile exercée contre un médecin de Paris pour application imprudente ou maladroite des rayons X (Voir *Semaine Médicale*, 1901, Annexes, p. VI).

Une autre expertise du même genre était déjà en cours à propos d'une instance analogue exercée par une femme qui, ayant été jugée atteinte d'une ostéite crurale, s'était fait radiographier par le docteur X... pour éclairer le diagnostic de son médecin traitant. A cet effet, trois séances furent imposées à la malade : la première, de quarante-cinq minutes; la deuxième, de quarante-cinq minutes huit jours après; la troisième, d'une heure et quart, quinze jours après la précédente. Ces trois séances, absolument négatives au point de vue du but poursuivi — celui d'une épreuve radiographique de la malade — eurent ce résultat fâcheux de produire sur le bas-ventre et la cuisse une brûlure profonde qui procura des souffrances à la malade et nécessita un traitement de plus de deux années.

Le tribunal avait commis M. le professeur Brouardel pour visiter la malade et indiquer si les lésions dont Mme Y... était atteinte avaient eu pour cause certaine et unique des applications trop multiples, trop rapprochées ou trop longues des rayons X et, dans l'affirmative, dire s'il est possible de juger, en l'état actuel de la science, que l'accident était le résultat d'une faute opératoire imputable au docteur X....

L'expert ayant déposé son rapport, l'affaire est revenue devant la première chambre du tribunal civil de la Seine, qui, après plaidoiries, a rendu le 8 mars 1901 un jugement longuement motivé et dont voici le texte :

« Attendu qu'il convient, pour le tribunal, d'examiner en détail le rapport de l'expert, dont la conclusion ne semble pas conforme aux faits relevés;

» Attendu que l'expert constate que la demanderesse porte au niveau du pli de l'aine et de la partie externe de la hanche gauche une cicatrice occupant une surface d'environ 12 centimètres sur 16, qu'il ajoute ce qui suit : « L'aspect actuel de la plaie cicatrisée ne permet pas de déterminer quelle en a été l'origine première, mais les divers renseignements recueillis ne laissent aucun doute sur ce point. La description qui nous a été donnée des accidents survenus à la suite des trois séances de radiographie concorde bien avec la plupart des indications des auteurs au sujet des lésions dues à la radiographie : irritation, rougeur de la peau, production de vésicules et d'ampoules, chute de l'épiderme, eschare consécutive d'une élimination très lente, telles sont les principales lésions signalées, tels sont aussi les accidents qu'a présentés Mme Y... d'après ses déclarations et celles des médecins qui l'ont soignée. D'autre part, il est établi — M. X... ne conteste pas ce point — qu'une certaine rougeur, un léger érythème existait déjà avant la troisième séance. Les opérations radiographiques successives semblent donc bien avoir été la cause première des accidents »;

« Attendu que l'expert étudie ensuite la question de la faute imputable au docteur X... et discute successivement les divers griefs invoqués par les demandeurs;

» *En ce qui concerne la mauvaise installation de la patiente ;*

» Attendu que l'expert reconnaît que le docteur X... a purement et simplement placé la dame Y... sur le plancher de son cabinet, la calant avec des livres pour la tenir immobile pendant les longues séances qu'il lui imposait; que le tribunal ne peut partager l'extrême indulgence de l'expert pour une méthode que celui-ci reconnaît peu confortable, mais qui pouvait, d'après lui, obtenir le résultat d'immobilité cherché; qu'en effet, il est plus que surprenant qu'un médecin, se donnant pour un spécialiste radiographe, n'ait pas été muni d'un fauteuil spécial ou tout au moins d'une table appropriée, instruments professionnels élémentaires, et qu'il ait dû recourir à une installation aussi primitive;

» *En ce qui concerne l'emploi du courant du secteur :*

» Attendu que l'expert reconnaît que le docteur X... s'est servi du courant du secteur; qu'il ajoute, il est vrai, que, d'après l'affirmation de l'intéressé, ce courant ne lui servirait qu'à charger des accumulateurs actionnant ensuite directement la bobine d'induction; mais que l'expert ne prend pas la responsabilité de cette affirmation et se borne à déclarer que, si le courant du secteur avait été utilisé directement, il aurait pu détériorer en peu d'instants la bobine d'induction; mais que cette présomption est sans valeur, l'expert ajoutant ensuite que si l'opérateur avait affecté directement les 110 volts du courant du secteur à une bobine qui pouvait fonctionner avec 4 à 20 volts, cette action directe aurait nécessité une surveillance très attentive;

» Attendu que ces hypothèses ne contredisent aucunement l'affirmation de la demanderesse, et que la brûlure incontestée qui a suivi les séances est la preuve évidente d'un accident dont l'emploi du courant du secteur a pu être l'un des facteurs; que l'expert ne dément pas cette hypothèse puisqu'il ajoute ce commentaire caractéristique : « Il est d'ailleurs *plus simple* de croire que M. X... se servait d'accumulateurs et non directement du secteur, dont l'emploi paraît moins pratique pour des motifs tout à fait étrangers à la question qui nous occupe »;

» Qu'ainsi l'expert n'ose pas affirmer que l'opérateur se soit servi d'accumulateurs; d'où il suit que le grief de la demanderesse n'est pas sérieusement contredit, l'expert n'ayant pas cru devoir s'expliquer sur ce point, cependant si intéressant, de savoir si l'emploi d'un courant de 110 volts substitué à un courant de 4 à 20 volts ne pouvait pas augmenter les dangers de l'opération;

» *En ce qui concerne le rapprochement de l'ampoule :*

» Attendu que l'expert constate que d'après les affirmations du docteur X..., en partie confirmées par le médecin traitant, qui a seulement assisté à la première séance, la distance du tube générateur des rayons X à la peau aurait été normale, c'est-à-dire de 40 à 50 centimètres; mais qu'il ne semble pas s'associer à ces affirmations, puisqu'il croit devoir expliquer que des applications beaucoup plus rapprochées et même tentées dans des cavités naturelles n'ont produit aucun désordre;

» Attendu, d'ailleurs, que la justice n'est pas là : qu'elle consiste uniquement à savoir si, dans l'espèce, le tube a été placé à une proximité dangereuse; que l'expert ne conteste pas cette hypothèse et qu'il se borne à déclarer qu'il n'y aurait pas eu là une faute opératoire *grave*, ce qui implique qu'il y a pu avoir une faute opératoire simple; qu'au surplus les conclusions de l'expert semblent contredites par lui-même; qu'en effet, il affirme que la brûlure ne peut résulter que des effluves et non des rayons X et que ces effluves sont sans action à une distance de 25 à 40 centimètres, d'où il suit que puisque la brûlure a été réalisée, le tube était évidemment à une distance correspondante à la zone dangereuse, c'est-à-dire à 40 centimètres, extrême maximum;

» *En ce qui concerne le temps de pose :*

» Attendu que l'expert constate « que ces poses sont fort longues »; que sans doute il indique que par suite de la défectuosité du tube, l'anticathode rougissait, ce qui nécessitait des interruptions et a pu réduire la pose réelle au tiers du temps de la séance, mais qu'ainsi évalué ce temps de pose est encore assez considérable; qu'il ajoute : « nous serions porté à admettre que les poses ont été, en effet, trop longues...; c'est, croyons-nous, l'opinion de M. X... lui-même... qu'il y a eu plutôt un excès de pose »;

» Attendu qu'après cette constatation, l'expert se demande encore s'il y a eu une faute très lourde et qu'il se répond négativement, et cela pas seulement par des considérations générales sur l'état d'enfance où se trouverait encore la science radiographique;

» Attendu qu'après une étude des appareils employés, il conclut : « En somme, M. X... a, en outre, entre les mains un appareil qui avait été certainement bon, mais qui était devenu mauvais... M. X... a fait poser trop longtemps, étant donné l'appareil dont il disposait; mais il était parfaitement excusable de se tromper sur ce point »;

» Attendu que le tribunal ne saurait s'associer à cette façon de comprendre la responsabilité d'un spécialiste qui, se donnant comme tel, ne saurait en aucune façon être excusable de ne mettre que des appareils mauvais au service de la clientèle dont il provoque la confiance particulière, alors que surtout, comme le constate l'expert, il existait à cette époque des appareils qui auraient pu donner une radiographie de la cuisse et du bassin dans un temps moins long;

» *En ce qui concerne la répétition trop rapprochée des poses :*

» Attendu que là encore, après avoir déclaré qu'il n'est pas juste de dire que les poses ont été trop rapprochées, l'expert rappelle qu'après la seconde séance le docteur X... avait constaté des accidents légers d'érythème et que ces lésions étaient encore visibles au moment où l'on a procédé à la troisième radiographie, « ce que M. X... reconnaît » et qu'il continue : « On doit évidemment regretter que cette troisième séance n'ait pas été renvoyée à une date ultérieure, après la guérison complète des accidents observés. Nous ne savons pas, d'ailleurs, quelle eût été l'évolution de la brûlure consécutive à la deuxième pose, en admettant que la troisième n'eût pas eu lieu. Peut-être les accidents auraient eu la même gravité. On peut croire, cependant, que la troisième pose a dû contribuer à aggraver l'état de Mme Y... »; mais, ajoute l'expert, « doit-on dire que c'était un devoir formel pour M. X... de s'arrêter à ce moment et de ne pas procéder à un troisième essai? C'est ce qu'il est bien difficile d'affirmer... M. X..., ayant aperçu les accidents légers d'érythème consécutifs à la deuxième séance, n'a-t-il pu croire qu'il pouvait, sans inconvénients graves, procéder à une troisième pose? Il y a là une question d'appréciation fort délicate..... cette thèse ne serait pas soutenable, si M. X... avait pu prévoir les accidents que devait éprouver, par la suite, Mme Y... »;

» *En ce qui concerne la précaution que le docteur X... aurait négligé de prendre, notamment sur l'emploi de machines électriques et l'interposition d'une feuille d'aluminium :*

» Attendu que l'expert se borne à déclarer qu'en négligeant ces précautions M. X... faisait ce que faisaient alors et ce que font encore ceux qui s'occupent de radiographie, mais que la question intéressante et à laquelle ne répond pas l'expert, était celle de savoir dans quelle mesure on a le droit de négliger des précautions connues, en présence des dangers que peut entraîner l'absence de ces garanties;

» Attendu que la conclusion du rapport est qu'on ne peut considérer M. X... comme ayant commis une faute professionnelle grave;

» Attendu, tout d'abord, que cette réponse ne correspond pas à la question du tribunal, à savoir si l'accident est le résultat d'une faute opératoire, sans autre qualificatif;

» Et attendu que toutes les constatations du rapport démontrent d'une façon saisissante la faute opératoire; qu'il ne s'agit, en effet, que de cela, X... ayant été requis non comme docteur, titre que l'expert s'applique à ne pas lui donner, mais comme spécialiste électricien; que, néanmoins, son titre médical devait attirer, d'une façon particulière, la confiance des clients, justement fondés à penser que ce titre les garantissait contre les conséquences possibles d'une intervention presque industrielle;

» Attendu qu'il est démontré que le docteur X... n'avait ni fauteuil spécial, ni table où installer la patiente; que cette organisation par trop rudimentaire éclaire d'un jour particulier et l'absence probable d'accumulateurs, dont l'expert n'a pu affirmer l'emploi, et, en tout cas, l'absence des moyens scientifiques de préservation, alors connus de tous les radiographes, et le maintien en service d'un tube dont les défectuosités sem-

blent plutôt invoquées, ce qui est étrange, comme un élément d'atténuation de la responsabilité encourue;

» Attendu qu'il est constaté que les poses ont été trop longues, ce qui est la source de l'une des causes irréfutables de l'accident;

» Attendu qu'il est inadmissible qu'un opérateur, n'eût-il pas été médecin, ait cru pouvoir, sans engager absolument sa responsabilité, soumettre sa cliente à une nouvelle pose portée à une heure un quart, alors qu'il constatait les traces irrémédiables des brûlures produites par une séance de quarante-cinq minutes; que le plus élémentaire bon sens suffisait à indiquer que si cette dernière avait altéré des tissus sains, une pose portée à près du double et pratiquée sur des tissus compromis ne pouvait qu'aggraver le mal; qu'eût-il été fondé à juger utile une troisième tentative, malgré le complet insuccès des deux premières, il était élémentaire d'ajourner cette nouvelle épreuve après guérison complète de la lésion constatée; que se crût-il autorisé à commettre une aussi grave audace, averti par l'expérience même en ce qui concernait la prétendue idiosyncrasie du sujet, il devait considérer comme un devoir étroit de s'entourer de tous les éléments de précaution, de renoncer à des appareils qu'il savait défectueux et de ne pas augmenter la durée de la pose, que la seconde épreuve, par ses conséquences visibles et menaçantes, démontrait avoir été exagérée;

» Attendu, dans ces conditions, que la faute opératoire apparaît, non seulement comme ordinaire, ce qui était la seule préoccupation du jugement avant faire droit, mais comme particulièrement grave;

» Attendu, au surplus, que la faute grave et même la faute simple n'est pas nécessaire pour engager la responsabilité du docteur X...; qu'en effet, dans l'état actuel des faits révélés par le rapport et les débats, ce dernier avait agi, non comme un médecin, pour lequel certaines écoles voudraient admettre une sorte d'irresponsabilité scientifique même dans les plus grandes audaces ou les plus évidentes erreurs, mais comme un industriel d'un ordre particulier, responsable non seulement de sa faute légère, mais, d'après les principes généraux du droit, de tout fait causant à autrui un préjudice;

» Or, attendu que le fait est certain, que le préjudice est incontestable et que la somme réclamée par la demanderesse constitue une évaluation très modérée des dépenses considérables et des souffrances cruelles que lui a occasionné la brûlure due aux imprudences du docteur X...;

» Par ces motifs, dit ce dernier responsable de l'accident survenu à la dame Y..., le condamne à payer aux demandeurs la somme de 5,000 fr. à titre de dommages-intérêts, le condamne à tous les dépens, y compris ceux du jugement avant faire droit et de l'expertise. »

Tous les considérants de ce jugement méritent l'attention du Corps médical, car, à notre époque, la thérapeutique physique prend une extension chaque jour grandissante. Or, les médecins de tous les pays ne doivent pas ignorer que lorsqu'ils se livrent à l'application de ces moyens nouveaux ils sortent du rôle proprement dit de médecin pour tomber dans le droit commun. Comme le constate le jugement ci-dessus rapporté, dans l'espèce une faute n'est pas nécessaire pour engager la responsabilité du médecin, il suffit que l'application des moyens physiques ait causé au sujet un préjudice pour que le médecin qui s'est livré à cette application soit condamné à des dommages-intérêts. C'est là le point nouveau. Reste à savoir si, en cas d'appel, la Cour confirmera la thèse des premiers juges. D'ores et déjà, nous croyons cependant devoir engager ceux de nos confrères qui se livrent ou désirent se liver à la pratique de la thérapeutique physique à agir avec prudence pour ne pas se voir exposés à des procès qui leur occasionneraient des désagréments de toute sorte et seraient susceptibles de nuire à leur réputation professionnelle. Au temps où nous vivons, la justice n'est pas tendre pour le Corps médical, et la manière dont le tribunal de la Seine a apprécié le rapport de l'expert qu'il avait désigné en est une preuve évidente.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Neisser (M.) et **Wechsberg** (F.). Ueber eine neue einfache Methode zur Beobachtung von Schädigungen lebender Zellen und Organismen (Bioskopie). (*Münch. med. Wochensch.*, 11 sept.) — Procédé pour observer les lésions des cellules et des organismes à l'état vivant.

Petersson (O. V.). Kliniskt-experimentela studier öfver lungtuberkulosen. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 4-5 et 6.) — Étude clinique et expérimentale sur la tuberculose pulmonaire.

Santesson (C. G.). Einige Beobachtungen über die Wirkungen des Diphtherietoxins. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 4-5.)

Spangaro (S.). Come decorre il digiuno degli animali emiscerebrati e scerebrati in confronto di quello degli animali normali; contributo sperimentale alla fisiopatologia del digiuno. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 1 et 2-3.)

Willebrand (A. von). Zur Kenntnis der Blutveränderungen nach Aderlässen; eine experimentelle Studie. In-8°, 92 p. Berlin. — Sur les modifications du sang après la saignée.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Piltz (J.). Sur les nouveaux signes pupillaires dans le tabes dorsal. (*Rev. neurol.*, 15 juillet.)

Preussische Statistik. 163. Heft : Die Irrenanstalten im preussischen Staate während der Jahre 1895 bis 1897. In-4°, 82 p. Berlin. — Les asiles d'aliénés de la Prusse pendant les années 1895-1897.

Proust (A.) et **Ballet** (G.). L'hygiène du neurasthénique. 2e éd. In-16, 293 p.

Ransohoff (A.). Ueber Veränderungen im Centralnervensystem in einem Fall tödtlicher Blasenblutung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 5-6.) — Lésions du système nerveux central dans un cas d'hémorrhagie vésicale mortelle.

Sander (M.). Untersuchungen über die Altersveränderungen im Rückenmark. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 5-6.) — Sur les altérations séniles de la moelle.

Soukhanoff (S.). Sur la folie gémellaire. (*Ann. médico-psychol.*, sept.-oct.)

CHIRURGIE

Mayo (W.). The ileocæcal orifice and its bearing on chronic constipation, with report of two cases relieved by operation. (*Ann. of Surgery*, sept.) — L'orifice iléo-cæcal et son action sur la constipation chronique.

Müller (P.). Ueber acute postoperative Magendilatation, hervorgerufen durch arteriomesenteriale Duodenalcompression. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 5-6.) — De la dilatation postopératoire aiguë de l'estomac due à la compression artério-mésentérique du duodénum.

Oberst (M.). Ein Beitrag zu der Frage von den traumatischen Wirbelerkrankungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 sept.) — Des lésions traumatiques des vertèbres.

Ochsner. Ueber Verwendung ausschliesslicher Rectalernährung in acuten Appendicitis-Fällen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 sept.) — De l'alimentation exclusive par le rectum dans l'appendicite aiguë.

O'Farrell (M. Z.). Anestesia general por inyecciones subaracnoideas de cocaina. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, août.)

Paucot. Deux cas de fracture du deuxième métatarsien. (*Arch. de méd. navale*, août.)

Ribeiro (B.). Anesthesia pelas injecçoes da cocaina no espaço subaracnoidiano lombar. (*Rev. méd. de S. Paulo*, déc.)

Roncali (D.). Sopra due casi di male perforante plantare guariti con lo stiramento dei nervi nel cui territorio avevano sede le ulceri. (*Supplem. al Policlinico*, 8 sept.)

Rotter (J.). Zur Pathologie und Therapie der Douglasabscesse bei Perityphlitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 sept. et 4 oct.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Solowij (A.) et **Krzyszkowski** (J.). Beitrag zur Chorionepitheliom- und Blasenmolenfrage. Ein neuer Fall von einer bösartigen (destruirenden) Blasenmole. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Un nouveau cas de môle vésiculaire maligne.

Stieda (A.). Cruralhernie im Labius majus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 3-4.)

Tuszkai (O.). Ueber den Zusammenhang zwischen Uterus und Magenleiden. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Des rapports entre les affections utérines et les maladies de l'estomac.

Vineberg (H.). The technique, indications, and remote results of suturing the round ligaments to the vaginal wall for retroversions and flexions of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Vogel (G.). Querlage und Wendung bei Erstgebärenden. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 2.) — La présentation du tronc et la version chez les primipares.

Weber (F.). Fall einer grossen Blasenscheidenfistel, geheilt durch Transplantation von Hautlappen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Large fistule vésico-vaginale guérie par la transplantation d'un lambeau cutané.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Einis (L.). Beitrag zur Aetiologie und Prophylaxe der Otitis media chronica. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 20 sept.)

Gässler (B. von). Ueber die Beteiligung des Mittelohres bei Scarlatina mit 12 Sectionen des Gehörorganes. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVII, 2-3.) — Sur les lésions de l'oreille moyenne dans la scarlatine.

Harmer (L.). Untersuchungen über den Tonsillotomiebelag und seine etwaigen Beziehungen zum Diphtheriebacillus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 sept.) — Recherches bactériologiques sur l'enduit consécutif à l'ablation des amygdales et ses relations possibles avec l'infection diphtérique.

Hegener (J.). Beiträge zur Klinik und Histologie sarcomatöser Geschwülste des Schläfenbeines. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVII, 2-3.) — Contribution à l'étude des tumeurs sarcomateuses de l'os temporal.

Kafemann (R.). Rhino-pharyngologische Operationslehre mit Einschluss der Elektrolyse. In-8°, 112 p. avec fig. Halle.

BACTÉRIOLOGIE

Gabritschewsky (G.). Ueber active Beweglichkeit der Bakterien. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXV, 1.) — Recherches sur les mouvements actifs des bactéries.

Kieseritzky (G.). Zur Pathogenität des Staphylococcus quadrigeminus Czaplewski. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 sept.)

Ledoux-Lebard. Le bacille pisciaire et la tuberculose de la grenouille, due à ce bacille. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Rodella (A.). Contributo allo studio dei così detti bacilli acidofili nelle feci dei lattanti; nota preliminare. (*Gazz. degli Osped.*, 9 sept.)

GÉNÉRALITÉS

Matignon (J.). Superstition, crime et misère en Chine. 2e éd. In-8°, 377 p. avec fig.

Medical and surgical reports of the Boston City Hospital. 11th series. In-8°, 254 p. avec fig. Boston.

Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (année 1899). In-8°, 467 p.

Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte. 71. Versammlung zu München, 17.-23. September 1899 : Medicinische Abteilungen. In-8°, 706 p. avec fig. Leipzig. — Comptes rendus de la 71e Assemblée des naturalistes et médecins allemands, tenue à Munich du 17 au 23 septembre 1899.

Villaret (A.). Handwörterbuch der gesamten Medizin. 2e éd. T. II. In-8°, 1180 p. Stuttgart. F. Enke. — Dictionnaire des sciences médicales.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Cagliari. — M. le docteur Giuseppe Sanna-Salaris, privatdocent à la Faculté de médecine de Naples, est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Stanislas Maziarski est nommé privatdocent d'histologie normale.

Faculté de médecine de Rome. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs A. Boari (*anatomie chirurgicale et médecine opératoire*); D. Lo Monaco (*physiologie expérimentale*); T. Jacoangeli (*pharmacologie expérimentale*); G. Bastianelli (*pathologie médicale*); A. Caselli (*pathologie chirurgicale*); G. Berghinz (*pédiatrie*).

Faculté de médecine de Zurich. — M. le docteur Ernst Heuss est nommé privatdocent de dermatologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur de Gennes, médecin des hôpitaux de Paris. — M. le docteur Dufraigne, ancien chirurgien de l'hôpital de Meaux et ancien sénateur de Seine-et-Marne. — M. le docteur Prosper Allemand, ancien député des Basses-Alpes. — M. le docteur V. Marchesano, professeur extraordinaire d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur O. von Weiss, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur V. Manasséine, rédacteur en chef du *Vratch*. — M. le docteur W. J. Fleming, ancien lecteur de physiologie à l'Ecole de médecine de l'Infirmerie royale de Glasgow. — M. le docteur W. P. Mears, ancien lecteur d'anatomie au Durham University College of Medicine de Newcastle-upon-Tyne. — M. le docteur S. C. Busey, ancien professeur de matière médicale au Medical Department of the University of Georgetown de Washington. — M. le docteur J. H. Linsley, ancien professeur de pathologie et de bactériologie au Medical Department of the University of Vermont de Burlington.

VARIA

Le nombre des étrangers étudiant la médecine en France et leur répartition d'après leur nationalité.

Après avoir subi pendant cinq années successives une certaine diminution à la suite des nouveaux règlements universitaires, le nombre des étrangers étudiant la médecine en France a augmenté sensiblement pendant la présente année scolaire, comme le montrent les relevés officiels des étudiants inscrits au 15 janvier de chaque année dans les Facultés et Ecoles de médecine de 1895 à 1901, divisés en Français et étrangers :

Années.	Français.	Etrangers.
1895	7.779	1.137
1896	7.319	1.054
1897	7.338	979
1898	7.408	908
1899	7.429	840
1900	7.413	817
1901	7.197	881

Cette augmentation de 64 unités pour les étudiants étrangers est d'autant plus significative que parallèlement le nombre des étudiants français a baissé d'une manière notable : en 1901 on en compte 216 de moins que l'année précédente.

Le tableau ci-dessous fait connaître le chiffre des étudiants étrangers par pays respectifs, de sorte qu'on peut voir comment cette augmentation s'est produite et la comparer aux diminutions annuelles de la période 1896-1900 :

	1896	1897	1898	1899	1900	1901
Afrique et îles africaines	22	19	15	16	21	17
Allemagne	16	22	32	34	23	25
Alsace-Lorraine	8	»	»	»	9	20
Amérique centrale	12	»	12	14	8	7
— du sud	35	40	19	18	15	18
Antilles	30	29	22	14	18	12
Autriche-Hongrie	8	5	6	8	12	8
Belgique	8	10	6	6	7	5
Brésil	6	5	6	8	8	4
Bulgarie	147	158	152	147	132	123
Canada	3	»	1	2	3	2
Danemark	1	»	»	»	»	»
Egypte	12	8	9	14	11	10
Espagne	6	5	6	6	8	6
Etats-Unis	14	10	6	1	5	4
Grèce	45	40	44	34	38	38
Guyane	1	1	1	»	»	»
Iles-Britanniques	17	11	12	15	10	12
Italie	11	13	9	13	11	8
Luxembourg	12	10	9	8	6	4
Mexique	7	7	3	»	3	3
Pays-Bas	3	4	4	4	6	6
Perse	5	5	4	4	3	2
Portugal	9	10	9	7	4	3
Roumanie	108	97	81	76	74	61
Russie	314	280	263	226	228	333
Serbie	6	6	7	6	6	4
Suède et Norvège	2	2	3	3	3	3
Suisse	33	28	29	22	21	23
Tunisie	2	2	»	3	3	2
Turquie	151	151	138	131	121	118
Totaux	1054	978	908	840	817	881

L'augmentation tient exclusivement à un chiffre plus élevé d'étudiants russes (333 en 1901 contre 228 en 1900). On peut dire que, à part une ou deux exceptions, tous les autres pays sont en baisse. La Roumanie, la Bulgarie et la Turquie, qui envoyaient jadis un bon contingent d'élèves en France, sont en diminution constante et progressive depuis six ans. D'après nos renseignements particuliers, ce fait tiendrait en grande partie à ce que les jeunes gens provenant de ces pays se résoudraient avec peine à faire leurs études dans les Facultés de médecine de province, où on les envoie généralement pour désencombrer la Faculté de Paris. Nous avons signalé à plusieurs reprises combien est défectueux le mode de répartition des étudiants étrangers et nous voyons avec regret cette pratique persister et même s'accentuer de plus en plus, comme le démontre fort bien le tableau que voici :

Années.	Total des étrangers.	Paris.	Province.
1896	1.054	749 soit 71 %	305 soit 29 %
1897	979	657 — 67 %	322 — 33 %
1898	908	546 — 60 %	362 — 40 %
1899	840	486 — 58 %	354 — 42 %
1900	817	478 — 58.5 %	339 — 41.5 %
1901	881	474 — 53.8 %	407 — 46.2 %

Ainsi donc, tandis que la proportion des étudiants étrangers à Paris a baissé progressivement de 71 % à 53 % en six ans, elle s'est élevée parallèlement de 29 % à 46 % dans les Facultés de province. Ci-dessous on trouvera le nombre des étudiants en médecine, Français et étrangers, inscrits dans chaque Faculté au 15 janvier 1901 :

		Français.	Etrangers.
Facultés de médecine.	Paris	3.158	474
	Bordeaux	657	17
	Lille	253	19
	Lyon	1.009	82
	Montpellier	343	193
	Nancy	198	58
	Toulouse	433	25
		6.051	868
Ecoles de médecine		1.146	13
		7.197	881

Si nous critiquons, en nous appuyant sur la statistique, la répartition des étrangers telle qu'elle se pratique depuis quelque temps, ce n'est pas, qu'on le sache bien, que nous estimions l'enseignement médical donné dans les Facultés de province inférieur à celui que l'on reçoit à Paris. La question des études proprement dites n'a rien à voir ici. Les jeunes gens qui viennent en France pour y étudier la médecine tiennent essentiellement à demeurer à Paris pendant leur séjour dans notre pays et ne consentent que difficilement à aller en province. Sachant d'avance qu'ils s'exposent à un pareil mécompte, ces étudiants ou bien restent chez eux ou bien vont se faire immatriculer dans d'autres pays. Il faut de toutes façons éviter cette situation. Combien de lettres n'avons-nous pas reçues d'étrangers nous demandant si en France on pouvait se faire inscrire dans la Faculté de son choix! Partout on estime au plus haut degré l'enseignement médical français et on ne demanderait pas mieux que de venir l'y recevoir si l'on était certain de n'avoir pas à faire ses études en province, loin des plaisirs et des agréments de la plus attrayante de toutes les villes du monde. La preuve de la bonne renommée de la science française, nous la trouvons encore dans ce fait que le nombre des étudiants inscrits pour le diplôme universitaire de docteur en médecine — lequel ne donne pas le droit de pratique en France — s'est élevé de 206 qu'il était en 1900 à 235 en 1901. Il faut que les autorités universitaires se pénètrent bien des préférences des étrangers et qu'elles apportent dans le mode de répartition de cette catégorie d'étudiants les réformes que la situation comporte.

A propos de l'admission des élèves de l'enseignement moderne dans les Facultés de médecine de l'Allemagne.

Comme nous l'avons dit dans notre dernier numéro, la question de l'admission des élèves de l'enseignement moderne aux Facultés de médecine est encore pendante en Allemagne. Dans sa séance de mercredi dernier, la Société de médecine berlinoise s'est occupée de cette affaire et, à la suite de la discussion du rapport fait à ce sujet par une commission spéciale, elle a émis l'avis que « le certificat de maturité délivré par un établissement d'enseignement classique continue à donner seul le droit d'admission aux examens médicaux ».

M. Virchow, craignant sans doute que le Conseil fédéral ne tranche la question qui lui est actuellement soumise dans un sens contraire à ce vœu et voulant éviter que la carrière médicale ne soit seule ouverte aux élèves de l'enseignement moderne, a fait voter une résolution additionnelle, portant que « l'admission des élèves de l'enseignement moderne aux études médicales soit soumise aux mêmes règles que celle desdits élèves dans les autres Facultés ».

Ces résolutions ont été transmises au Conseil fédéral, qui avait déjà reçu à ce moment des pétitions analogues émanant de plusieurs Chambres médicales, entre autres de celle de la province de Berlin-Brandebourg, laquelle, dans le but de généraliser le mouvement, a adressé une circulaire aux autres Chambres médicales, aux Facultés de médecine et aux Sociétés médicales de tout l'empire, pour les inviter à adhérer aux résolutions qu'elle a votées et qui sont conçues dans les termes que la Société de médecine berlinoise vient d'adopter.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

MÉDECINE

Bussenius (W.). Beitrag zur Frage der Aetiologie der progressiven perniciösen Anaemie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 1-4.)

Cary (Ch.) et **Lyon** (I.). Primary echinococcus cysts of the pleura. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Daland (J.). Aneurysm of the heart with thrombosis of the left coronary artery. (*Philadelphia Med. Journ.*, 10 nov.) — Anévrysme du cœur avec thrombose de l'artère coronaire gauche.

De Rossi (S.). Considerazioni cliniche e patogenetiche sopra un caso di ematuria parossistica. (*Policlinico*, 1er nov.)

Duprey (A.). The anæmia of dyspepsia consequent on dirt-eating. (*Lancet*, 27 oct.) — L'anémie par dyspepsie consécutive à l'ingestion de substances malpropres.

Edelmann (M.). Das Verhältnis der Lipomatosis universalis, der harnsauren Diathese und des Diabetes mellitus zu einander. (*Pest. med.-chir. Presse*, 28 oct.) — Rapports entre l'obésité, la diathèse urique et le diabète.

Fisch (M.). Lésions acquises des valvules de l'artère pulmonaire (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, août.)

Gobbi (G.). Il cuore umano osservato ai raggi Röntgen. (*Gazz. degli Osped.*, 16 déc.)

Gouget (A.). L'insuffisance hépatique. In-16, 203 p.

Kirikow (N.). Zur Parasitologie der Hanot'schen Krankheit (hypertrophischen icterischen Lebercirrhose). (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 16 et 23 sept.)

Landi (L.). Il metodo Queirolo-Landi per la delimitazione dell'area gastrica e per la diagnosi dell'insufficienza pilorica. (*Riforma med.*, 8 et 9 nov.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Abadie (J.). Les ostéo-arthropathies vertébrales dans le tabes. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril, mai-juin, juillet-août et sept.-oct.)

Adamkiewicz (A.). Ueber Gefühlsinterferenzen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er oct.) — Sur les interférences des sensations.

Benoit (F.). Syndrome de Basedow post-typhoïdique. (*Arch. de neurol.*, oct.)

Bikeles (G.). Darf man eine nach abwärts abnehmende Hinterstrangdegeneration ohne weiteres als eine von oben nach unten fortschreitende ansehen? (Myelitis acuta; Rückenmark nach Amputation.) (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 oct.) — Une dégénérescence des cordons postérieurs qui va en s'atténuant de haut en bas est-elle toujours descendante?

Binet (A.), **Beaunis** (H.) et **Ribot** (Th.). L'année psychologique (6e année, 1899). In-8o, 780 p. avec fig.

Blumenau (L.). Un cas de gliome de la couche optique et un cas de fibrosarcome du cervelet (en russe). (*Méd. Sbornik Varchavsk. ouyazd. voyén. gospitalia*, XIII, 1.)

Bouchaud. Sclérose en plaques avec amyotrophie. (*Journ. de neurol.*, 20 sept.)

Bregman (L.). Acute retrobulbäre Neuritis und Hysterie. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 oct.)

Bychowski (Z.). Zur Pathogenese der Epilepsie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 oct.)

Cestan (R.) et **Guillain** (G.). La paraplégie spasmodique familiale et la sclérose en plaques familiale. (*Rev. de méd.*, oct.)

Chatin (P.). Troubles trophiques et troubles de la sensibilité chez les hémiplégiques. (*Rev. de méd.*, oct.)

Chavigny. Une observation d'hystérie d'origine traumatique. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 oct.)

Strauss (C.). La maison nationale de Charenton. In-4°, 325 p. avec fig.

Strjéminsky (I.). Un cas de paralysie à répétition du moteur oculaire commun (en russe). (*Vratch*, 19 et 26 août.)

Struppler (Th.). Ueber das cavernöse Angiom des Grosshirnes. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 sept.) — L'angiome caverneux du cerveau.

Touche (R.). Cécité cérébrale; perte du sens topographique; autopsie. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Van Gehuchten (A.). Un cas d'atrophie abarticulaire. (*Journ. de neurol.*, 20 juillet.)

Wertheim Salomonson (J. K. A.). Epileptische aanvallen na het gebruik van camphora monobromata. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 sept.)

CHIRURGIE

Rothschild (O.). Ueber Myositis ossificans traumatica. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 1.)

Schou (J.). Et tilfælde af ulcustumor i ventriklen helbredet ved gastroenterostomi. (*Ugeskrift for Læger*, 3 août.)

Stieda (A.). Ein Beitrag zum sog. arterio-mesenterialen Darmverschluss an der Duodeno-Jejunalgrenze. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 3-4.) — L'occlusion artério-mésentérique de l'intestin à la limite du duodénum et du jéjunum.

Stuparich. Zwei Fälle von Thrombophlebitis der oberflächlichen Venen der oberen Extremitäten. (*Wien. med. Presse*, 23 sept.) — Deux cas de thrombophlébite des veines superficielles des membres supérieurs.

Taylor (W.). Excision of the wrist by a modification of Mynter's method. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Résection du poignet par la méthode de Mynter modifiée.

Tenderich. Ein weiterer Vorschlag zur Behandlung veralteter ungeheilter Patellarbrüche. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 5-6.) — Un procédé de traitement des fractures invétérées non consolidées de la rotule.

Tietze. Ueber das Cystadenoma mammae (Schimmelbusch) und seine Beziehungen zum Carcinom der Brustdrüse. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 5-6.)

Tricomi (E.). Contributo clinico alla gastroenterostomia. (*Policlinico*, 15 juin, 15 juillet et 15 août.)

Wegner. Erweiterung unserer Kenntnisse über Patellarfracturen ohne Diastase durch das Röntgenbild. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 1-2.) — Importance de la radiographie pour le diagnostic des fractures de la rotule sans déplacement.

Woolsey (G.). Massage in the treatment of recent periarticular fractures. (*Ann. of Surgery*, sept.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bernheim (S.). Tuberculose primitive du larynx. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, oct.)

Dor (L.). Rhinosclérome chez l'homme et « maladie du reniflement » chez le porc. (*Lyon méd.*, 7 oct.)

Fischenich (F.). Die Behandlung der katarrhalischen Adhaesivprocesse im Mittelohre mittelst intratubaler Pilocarpininjectionen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 nov.) — Injections de pilocarpine contre les inflammations catarrhales de l'oreille moyenne.

Frankenberger (O.). Erysipelas pharyngis et laryngis. (*Casopis lékaru ceskych*, 13 oct.)

Hecht (A.). Ueber Influenza- Perichondritis der Nasenscheidewand. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, oct.) — Périchondrite post-grippale de la cloison du nez.

Hessler. Zur Behandlung der chronischen Mittelohreiterung mit trockner Luft. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, L, 1-2.) — Traitement de l'otite moyenne chronique par l'air sec.

Jürgens (E.). Zur Frage der Complicationen im Gefolge acuter Ohreiterung, sowie des Zusammenhanges zwischen den Erkrankungen sämtlicher Teile des Gehörapparates. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, oct.) — Des complications de l'otorrhée aiguë.

Lewin (L.). Untersuchungen über den Wirkungsbereich auf dem Wege des äusseren Gehörgangs eingebrachter gelöster Arzneistoffe. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, L, 1-2.) — Sur les effets des solutions médicamenteuses introduites dans le conduit auditif externe.

Lexer (E.). Angeborene mediane Spaltung der Nase. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 2.) — Fissure médiane congénitale du nez.

Löwe (L.). Ueber die Ausräumung der Nasenhöhle vom Munde her und die Freilegung des entsprechenden Abschnittes der Basis cranii et cerebri. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, juillet et oct.) — L'évidement de la fosse nasale par la bouche et la dénudation des parties correspondantes de la base du crâne et du cerveau.

Peltesohn (F.). Zur Therapie der Rhinitis fibrinosa. (*Therap. Monatsh.*, sept.)

Preysing (H.). Topographie und Operationstechnik der otitischen Schläfenlappenabscesse. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVII, 2-3.) — Topographie et technique opératoire des abcès du lobe temporel d'origine otitique.

Rivière (A.). Réflexions sur 152 ablations de végétations adénoïdes pratiquées pendant une année. (*Lyon méd.*, 9 sept.)

Stenger. Zur Function der Bogengänge. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, L, 1-2.) — De la fonction des canaux semi-circulaires.

Sugár (M.). Epitheliom der Paukenhöhle mit pseudobulbär-paralytischen Symptomen. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, L, 1-2.) — Epithélioma de la caisse du tympan avec paralysie pseudo-bulbaire.

HYGIÈNE

Rapport général à M. le ministre de l'intérieur sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1898, fait au nom de la commission permanente des épidémies de l'Académie de médecine. In-4°, 108 p. Melun. Impr. admin.

Séjournet. La maladie des ardoisiers : la schistose; hygiène et prophylaxie. In-8°, 30 p. avec fig. Reims.

Travaux du conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine-Inférieure pendant l'année 1899. In-8°, 168 p. Rouen.

Verzeichnis der auf dem Gebiete der Hygiene und der sonst vom kaiserlichen Gesundheitsamte auf der Weltausstellung zu Paris 1900 vorbereiteten Vorführungen. In-8°, 143 p. Berlin. — Catalogue des objets exposés par l'office sanitaire impérial allemand à l'Exposition universelle de 1900.

Waage (H. R.). Om indflydelsen af fugtige boliger paa helbreden. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 2.) — Influence des habitations humides sur la santé.

Weissenfeld (J.). Der Befund des Bacterium coli im Wasser und das Thierexperiment sind keine brauchbaren Hülfsmittel für die hygienische Beurteilung des Wassers. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXV, 1.) — La présence du colibacille dans les eaux et les essais d'inoculation aux animaux sont insuffisants pour juger de la qualité d'une eau au point de vue hygiénique.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Anastasi (G.). Sul trattamento mercuriale nel morbo di Pott. (*Supplem. al Policlinico*, 22 sept.)

Brunet. De l'accoutumance aux médicaments opothérapiques. (*Arch. de méd. navale*, juillet.)

Fochier (A.). Abcès de fixation et de neutralisation. (*Lyon méd.*, 2 sept.)

Iwanoff (A.). Ueber die Behandlung der Malaria mit Anilinblau. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 sept.) — Traitement de la malaria par le bleu d'aniline.

Jacobæus (H.). Om antipyretika. (*Ugeskrift for Læger*, 24 et 31 août; 14, 21 et 28 sept.)

Kisch (H.). Die ärztliche Ueberwachung der Entfettungscuren. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 sept.) — De la surveillance médicale des obèses durant le traitement.

Kroupetzky (A.). Deux cas de diabète sucré traités par l'azotate d'uranium (en russe). (*Méd. Obozr.*, août.)

Lemanski. L'art pratique de formuler. In-8°, 256 p.

Lieblein (V.). Ueber die Jodkaliumbehandlung der menschlichen Aktinomykose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 1.)

Riegel (F.). Ueber die Anwendung schmerzstillender Mittel bei Magenkrankheiten. (*Zeitsch. f. prakt. Aerzte*, 10 sept.) — L'emploi des analgésiques dans les affections douloureuses de l'estomac.

Sorgo (J.). Ueber die Behandlung der Aneurysmen und Blutungen mit Gelatine. (*Therapie der Gegenwart*, sept.) — La gélatine dans le traitement des anévrysmes et des hémorrhagies.

Vallerani (V.). La frigoterapia locale con le polverizzazioni d'etere nel tumore di milza da malaria. (*Supplem. al Policlinico*, 29 sept.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Béclère (A.). L'emploi du diaphragme-iris en radioscopie et son utilité pour la détermination du point d'incidence normale. (*Arch. d'électricité méd.*, oct.)

Cowen (R. J.). Electricity in gynæcology. In-8°, 132 p. Londres.

Huet (E.). Le voltmètre doit-il être substitué au milliampèremètre dans l'exploration de l'excitabilité galvanique des nerfs et des muscles? (*Arch. d'électricité méd.*, sept.)

Machado (V.). Sur un appareil pour orienter le foyer producteur des rayons de Röntgen et mesurer sa distance au fluoroscope ou à une plaque photographique. (*Arch. d'électricité méd.*, sept.)

Vernay. L'électrolyse circulaire; résultats cliniques dans les rétrécissements du canal de l'urèthre. (*Lyon méd.*, 16 sept.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Däubler (K.). Die Grundzüge der Tropenhygiene. 2e éd. In-8°, 383 p. avec fig. Berlin.

Duvigneau. Guide médical au Congo et dans l'Afrique équatoriale. In-8°, 275 p. avec fig.

Labat (A.). Climat et eaux minérales d'Angleterre. In-8°, 86 p.

Notice sur les sources thermales et minérales de l'Algérie. In-8°, 103 p. Alger.

Oeffinger (H.). Die Kurorte und Heilquellen des Grossherzogtums Baden. 8e éd. In-8°, LIII-323 p. avec fig. Baden. — Les stations de cure et les sources hydrominérales du grand-duché de Bade.

Scheube (B.). Die Krankheiten der warmen Länder. 2e éd. In-8°, 662 p. avec fig. Iéna. — Manuel de pathologie des pays chauds.

Stations hydro-minérales, climatériques et maritimes de la France. In-8°, 454 p. avec fig.

BACTÉRIOLOGIE

Fischer (A.). Die Empfindlichkeit der Bakterienzelle und das baktericide Serum. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXV, 1.) — La sensibilité de la cellule bactérienne et le sérum bactéricide.

Kirstein (F.). Ueber die Dauer der Lebensfähigkeit der mit feinsten Tröpfchen verspritzten Mikroorganismen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXV, 1.) — Durée de la vitalité des microbes contenus dans les particules liquides projetées.

Leclainche (E.) et **Vallée** (H.). Etude comparée du vibrion septique et de la bactérie du charbon symptomatique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Lubowski (R.). Ueber einen atoxischen und avirulenten Diphtheriestamm und über die Agglutination der Diphtheriebacillen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXV, 1.) — Sur un genre non toxique et non virulent de bacille diphtérique et sur l'agglutination des bacilles de la diphtérie.

Posner (C.) et **Cohn** (J.). Ueber die Durchgängigkeit der Darmwand für Bacterien. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 sept.) — Sur la perméabilité des parois intestinales pour les bactéries.

Rémy (L.). Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde et de son bacille. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août et nov.)

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur S. Pozzi, agrégé, est nommé professeur de clinique gynécologique (fondation de la ville de Paris).

M. le docteur Kirmisson, agrégé, est nommé professeur de clinique chirurgicale des maladies des enfants (fondation de la ville de Paris).

Sont nommés, après concours, agrégés de médecine : MM. les docteurs L. Renon, Gouget, Jeanselme, F. Bezançon et Legry.

Faculté de médecine de Bordeaux. — MM. les docteurs Mongour et Cabannes sont nommés, après concours, agrégés de médecine.

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Patoir est nommé, après concours, agrégé de médecine.

Faculté de médecine de Lyon. — MM. les docteurs F.-P. Courmont et Chatin sont nommés, après concours, agrégés de médecine.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Vedel, est nommé, après concours, agrégé de médecine.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur F.-L. Spillmann est nommé, après concours, agrégé de médecine.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur Max Verworn, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine d'Iéna, est nommé professeur ordinaire de physiologie, en remplacement de M. G. Meissner, démissionnaire.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur A. Jarisch, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur F. Schenck, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Wurtzbourg, est nommé professeur ordinaire de physiologie, en remplacement de M. Kossel.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur R. Ewald, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de physiologie, en remplacement de M. Goltz, démissionnaire.

VARIA

Les lois de la population.

Dimanche dernier on a procédé en France au dénombrement de la population; en attendant d'en connaître les résultats et de pouvoir les comparer avec les précédents recensements pour en tirer quelques enseignements, il nous paraît opportun de mettre sous les yeux de nos lecteurs un résumé des lois de la population telles qu'elles ont été exposées récemment par M. G. Cauderlier (de Bruxelles), qui croit être arrivé à la connaissance de huit lois particulières se ramenant toutes à une loi générale de la population, qu'il énonce ainsi :

La nécessité et les facilités de satisfaire aux besoins de la vie règlent les mouvements de la population dans leur totalité et dans leurs éléments essentiels.

Pour M. Cauderlier, cette loi générale paraît complètement d'accord avec celle qu'a établie M. Levasseur dans son remarquable ouvrage *La population française,* savoir : « L'accroissement d'une population est subordonné à la somme de ses moyens d'existence et à la somme de ses besoins. »

Mais si sa loi générale est d'accord avec celle d'un des plus illustres représentants de la démographie française, les huit lois particulières relatives aux mariages, aux naissances, aux décès et à la population totale, diffèrent assez sensiblement des idées admises par les savants qui se sont occupés des mêmes questions.

M. Cauderlier pense que ces différences proviennent de la méthode et des coefficients employés, et c'est pourquoi il lui semble nécessaire d'exposer les raisons qui militent en faveur de sa manière de faire.

Presque tous les auteurs qui ont recherché les lois qui règlent les mouvements de la population ont comparé entre eux des coefficients constatés dans différents peuples, dans différentes provinces d'une même nation ou même dans différents quartiers d'une même ville. Cette méthode est défectueuse parce que les diverses nations de l'Europe, les diverses provinces d'une même nation, voire les divers quartiers d'une même ville, présentent entre eux des différences de race, de mœurs, de fortune, de composition sociale et de répartition démographique, qui doivent ou peuvent avoir sur les coefficients servant de base au raisonnement une influence qu'il est extrêmement difficile d'apprécier.

Il devient donc nécessaire d'éliminer cette influence perturbatrice en comparant entre eux les coefficients démographiques constatés dans des populations aussi semblables que possible, c'est-à-dire dans le même peuple ou la même province dans la suite des temps. Ce moyen a déjà été employé pour le coefficient de matrimonialité, par exemple, que l'on obtient en rapportant le nombre connu de mariages au nombre des femmes de quinze à quarante-cinq ans; mais personne ne semble l'avoir calculé année par année, pendant une longue période de temps, pour un même pays. Toutefois, ce procédé, lorsqu'il s'agit de rapprocher deux nations différentes, se montre encore défectueux. En effet, il renferme un élément d'une grande influence et dont il y a lieu de tenir compte, c'est *l'âge moyen de la femme au moment du mariage,* très variable suivant les milieux considérés.

D'une série de démonstrations faites par M. Cauderlier, il résulte que le coefficient de matrimonialité varie, d'une part, avec l'âge au moment du mariage, et, d'autre part, avec toute la série des coefficients annuels de matrimonialité qui précèdent le coefficient considéré. D'où, si l'on veut faire des comparaisons entre divers pays, la nécessité d'éliminer ces influences étrangères.

Le meilleur moyen pour y arriver consiste à établir le rapport entre le *nombre des mariages annuels de jeunes filles* et le *nombre des femmes arrivant chaque année à l'âge moyen du mariage.* C'est ce que M. Cauderlier appelle coefficient de mariabilité. Ainsi, en Belgique, les jeunes filles ont depuis quarante-cinq ans plus de chances de se marier qu'en France, tout en se mariant plus tardivement.

La mesure du coefficient de mortalité est remplacée par le mot de mortabilité, en tenant compte, dans le calcul d'une longue période d'observation, de l'âge et du sexe; puis M. Cauderlier détermine ce qu'il appelle le coefficient de fécondibilité, qui remplace celui de matrimonialité, et qui doit tenir compte non seulement de l'âge de la femme au moment du mariage, mais aussi de la durée du mariage et de l'âge de l'époux. Il conclut en énonçant la loi suivante, tirée de son étude des coefficients :

Les coefficients de mariabilité, de fécondibilité, de mortabilité et d'accroissement de population sont naturellement constants dans chaque peuple, et toutes leurs variations sont dues à des causes perturbatrices.

Il n'est pas difficile de le démontrer. Soit, en effet, une population dans une situation telle que rien ne vienne contrarier le penchant naturel au mariage et dans laquelle aucune influence économique, religieuse ou autre ne vienne diminuer le nombre des mariages; il est évident que dans cette population toutes les jeunes filles arrivant à l'âge du mariage se marieront, et le coefficient de mariabilité sera constamment égal à 1 (bien entendu, déduction faite des infirmes). Maintenant, si une cause quelconque vient troubler cette belle harmonie, le coefficient de mariabilité baissera et restera bas aussi longtemps que cette cause perturbatrice durera; mais le jour où elle cessera d'agir, il est évident que les mariages augmenteront et que le coefficient de mariabilité reviendra naturellement à sa valeur constante.

Il en est de même pour la fécondibilité et la mortabilité.

Enfin, ces différents coefficients constants une fois connus, il serait possible de calculer quel est l'accroissement naturel et constant de la population totale et, par conséquent aussi, quelle est la période de doublement minimum.

L'accroissement naturel sera évidemment une conséquence inévitable des trois coefficients ci-dessus, et, naturellement, chaque fois qu'un accroissement moindre sera constaté, on pourra affirmer l'existence d'une ou de plusieurs causes perturbatrices.

M. Cauderlier rappelle que Malthus base sa théorie sur les deux propositions suivantes :

a) « Nous pouvons tenir pour certain que, lorsque la population n'est arrêtée par aucun obstacle, elle va doublant tous les vingt-cinq ans et croît de période en période selon une progression géométrique. »

b) « Les moyens de subsistance dans les circonstances les plus favorables à l'industrie ne peuvent jamais augmenter plus rapidement que selon une progression arithmétique. »

M. A. Neymarck a fait remarquer, il est vrai, qu'aucune population des pays européens ne présente une période de doublement de vingt-cinq ans, mais ceci ne fait que restreindre la première proposition de Malthus. Peut-on dire, en effet, que pendant le dix-neuvième siècle l'accroissement naturel de la population n'a été arrêté par aucun obstacle? N'y a-t-il pas eu des guerres, des famines, des épidémies, des disettes, des crises financières et commerciales, etc., etc., qui ont arrêté l'essor de la population? Dès lors, pourquoi reprocher à Malthus les effets de causes perturbatrices qu'il a prévues lui-même?

La seconde proposition de Malthus est par contre erronée.

On ne peut savoir quelle est la loi d'accroissement des moyens de subsistance. Il est probable que cet accroissement suit de très près ou dépasse même souvent l'accroissement réel de la population, car non seulement la population augmente, mais encore ses besoins augmentent. Toutefois, un point sur lequel on sera d'accord, c'est que l'accroissement des subsistances suit une marche fort irrégulière; il augmente durant certaines périodes, puis diminue pendant d'autres, sous des influences très diverses (mauvaises récoltes, crises financières ou économiques, guerres, etc.).

Le problème se pose dès lors de savoir comment une population se comporte dans son accroissement devant cette croissance irrégulière des subsistances. Voici la solution de Malthus : 1° la population est nécessairement limitée par les moyens de subsistance; 2° la population croît partout où croissent les moyens de subsistance; 3° les obstacles qui répriment le pouvoir prépondérant (progression géométrique de la population) et forcent ainsi la population à se réduire au niveau des moyens de subsistance, peuvent tous se rapporter à ces trois chefs : la contrainte morale, le vice et le malheur.

M. Cauderlier fait remarquer que la première proposition est incontestable. Quant à la deuxième, il croit nécessaire, non pas de modifier, mais de compléter la pensée de Malthus, en disant : *la population croît partout où croissent les facilités de satisfaire aux besoins de la vie.* Il faut tenir compte, en effet, de ces besoins, très variables suivant les temps et les lieux. Il pourrait se faire qu'une population ne s'augmentât pas, si les moyens de subsistance et les besoins de la population s'accroissaient dans une même proportion. Enfin, en ce qui concerne la troisième proposition, M. Cauderlier estime que Malthus s'est trompé. Il n'a pas su comment la population se mettait au niveau des subsistances.

Elle emploie, à son sens, quatre moyens différents, et aucun de ces quatre moyens n'est celui que Malthus a indiqué. Lorsque les ressources diminuent, la population peut se mettre au niveau des ressources de la manière suivante : 1° la population restreint ses besoins; 2° la population diminue ses mariages, et par conséquent la natalité; 3° les pères de famille restreignent leur fécondité; 4° une partie de la population émigre.

Ces quatre moyens sont employés à la fois, les uns plus, les autres moins, aussitôt que la population doit se mettre au niveau de ressources insuffisantes.

Malthus n'indique aucun de ces moyens. Il croit fermement que la population n'emploie qu'un seul procédé pour se mettre au niveau des subsistances. C'est la mort, la mort sans phrases, précédée naturellement de la misère et du vice.

Si cette opinion était exacte, c'est-à-dire si la mortalité devait, à chaque instant, ramener la population dans les limites qui lui sont tracées par les subsistances, la mortalité chez les différents peuples devrait varier chaque année avec les ressources disponibles. Toutes les fois que, pour une cause quelconque, les moyens de subsistance diminuent, la mortalité devrait augmenter, et, inversement, chaque fois que les ressources nécessaires à la vie augmentent, la mortalité devrait diminuer.

Mais le nombre des mariages est la mesure exacte des facilités de se procurer les ressources nécessaires à la vie. Donc, pour justifier l'opinion de Malthus, on peut comparer la marche de la mortalité et de la nuptialité pour le plus grand nombre d'années et de pays possible. M. Cauderlier a trouvé dans l'ouvrage bien connu de Sussmilch des tableaux se rapportant à la fin du dix-septième siècle et au commencement du dix-huitième, qui permettent une comparaison. Or, si l'on examine ces tableaux, on voit que, dans un certain nombre de cas, les mariages suivent une marche opposée à celle de la mortalité, mais que, dans d'autres cas tout aussi nombreux, ils suivent une marche identique. D'autre part, si l'on compte toutes les variations, on trouve que, sur 504 années observées, 262 donnent un résultat favorable à la loi de Malthus, mais que 231 donnent un résultat contraire à cette loi; 11 années sont sans résultat. Donc les 504 années observées se séparent en deux parties presque égales. On ne peut avoir de meilleure preuve qu'il n'y a aucune relation entre les deux ordres de phénomènes, et, par conséquent, que la mortalité a varié d'une façon indépendante des moyens de subsistance.

Voici une seconde comparaison portant sur un grand nombre de peuples pour le dix-neuvième siècle. Sur 590 années observées, 290 sont en faveur de la loi de Malthus; 271 sont contraires à cette loi et 29 ne donnent aucun résultat.

Dans le dix-neuvième siècle, pas plus que dans le dix-huitième, il n'y a donc eu de relations bien définies entre la mortalité et la nuptialité, c'est-à-dire aussi entre la mortalité et le plus ou moins de facilités à se procurer les ressources nécessaires à la vie.

Enfin, dans un travail présenté au dernier

Congrès international d'hygiène et de démographie, M. Cauderlier a prouvé que la mortalité dépend beaucoup plus des progrès de l'hygiène que des circonstances économiques.

On peut donc conclure que l'opinion de Malthus, sur les causes et l'action de la mortalité, est erronée. La mort, le vice et le malheur ne sont pas chargés de réduire la population au niveau des moyens de subsistance. Or, comme il faut que la population ne dépasse pas les moyens de subsistance, il s'ensuit que les causes préventives précitées suffisent pour empêcher la population d'augmenter trop rapidement.

Bien plus, le remède que Malthus préconise est employé depuis longtemps. Depuis longtemps, les mariages varient suivant les circonstances économiques et même, depuis longtemps, les conseils des néo-malthusiens sont suivis par les pères de famille, puisque la fécondité légitime diminue lorsque les circonstances économiques deviennent plus mauvaises. Enfin, depuis longtemps, sinon toujours, quand les circonstances économiques deviennent trop mauvaises, la population émigre. M. Cauderlier remplace donc la troisième loi de Malthus par la loi suivante :

La population est ramenée au niveau des moyens de subsistance par l'émigration, la diminution volontaire des mariages et la diminution, volontaire ou non, de la fécondité légitime.

Passant ensuite à l'examen des objections qui ont été faites à ses doctrines, M. Cauderlier déclare que, contrairement à l'opinion de M. Coste, la diminution relative de la population française lui paraît due à de fâcheuses conditions économiques. Il s'appuie, pour le prouver, sur un travail récent de M. Turquan, duquel il résulte que, si l'on tient compte de l'augmentation des impôts, il n'y aurait eu en France, de 1878 à 1898, que quatorze départements où la situation économique se serait développée d'une manière satisfaisante. Entre autres objections, M. Coste voit deux lois là où M. Cauderlier n'en voit qu'une, parce qu'il distingue les besoins matériels qui règlent les mariages et les naissances d'avec les besoins d'hygiène qui règlent les décès. Il semble cependant à M. Cauderlier que sa loi générale, en parlant des *besoins de la vie*, englobe tous les cas. M. Coste enfin s'est demandé si l'émancipation de la femme n'entraîne pas une diminution de la fécondité. M. Cauderlier n'a pas besoin de recourir à cette influence pour expliquer les fluctuations de la fécondité, et, d'autre part, il lui paraît que, si cette influence existait, c'est surtout dans les grandes villes qu'elle se ferait sentir. Or, les départements français où la fécondité des mariages et la natalité ont le plus diminué ne renferment pas de grandes villes.

D'après M. le docteur J. Bertillon, la natalité et la nuptialité sont plus faibles dans les quartiers riches que dans les quartiers pauvres des grandes capitales; ce résultat n'est pas causé par la pauvreté, il serait dû à une crainte exagérée des charges qu'entraînent le mariage et la paternité. Mais M. Cauderlier estime que l'étude des coefficients de nuptialité et de natalité ne peut pas conduire ici à la connaissance de la vérité.

M. J. Bertillon a soutenu aussi que l'hygiène était une conséquence d'une bonne situation économique, puisque hygiène et richesse sont à son avis deux mots à peu près synonymes. Cependant, pour M. Cauderlier, la condition économique de l'homme de vingt à cinquante ans est meilleure que celle de la femme du même âge, ce qui n'empêche pas que la mortalité masculine, pendant cette période de temps, est plus forte que la mortalité féminine. D'autre part, les départements français où la mortalité de l'homme est le moins élevée ne sont pas les plus riches par tête d'habitant. Enfin, l'étude de la mortalité par professions, faite par Bertillon père, fournit encore un argument. La mortalité la plus basse est constatée, en effet, chez les magistrats et les prêtres qui naturellement, par profession et par tempérament, évitent les excès antihygiéniques, tandis que les rentiers, qui sont plus riches, ont une mortalité sensiblement plus élevée. Parmi la classe ouvrière, ce sont les cabaretiers qui meurent le plus, plus que les épiciers, cordonniers, tailleurs, maçons, charpentiers, forgerons, tisseurs, boulangers, domestiques de ferme, etc., etc., non pas à cause de leur excès de travail, ni de leur mauvaise condition économique, mais à cause de leur mauvaise hygiène, à cause de l'alcool.

M. Cauderlier maintient donc intégralement la loi générale :

La nécessité et les facilités de satisfaire aux besoins de la vie règlent les mouvements de la population dans leur totalité et dans leurs éléments essentiels.

Tous les mouvements de la population, des mariages, des décès, des naissances et de l'émigration sont ainsi ramenés à une cause unique qui agit en tous temps et en tous lieux. Cette cause agit aussi bien dans les grandes villes que dans les plus petits villages, et c'est de l'ensemble de son action sur les différentes agglomérations que résulte son action sur un pays tout entier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Caïré (N.). Περι των αιμορραγιων της μητρας; ιδια των εξ αποκολλησεως του πλακουντος κατα τους τρεις τελευταιους της κυησεως μηνας. In-8°, 117 p. Athènes. — Des hémorrhagies de l'utérus dues au décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Calderini (G.). Sulla diagnosi e sulla terapia del cancro del corpo dell'utero. (*Arch. di ostet. e ginecol.*, nov.)

Carr (W.). The objections to symphyseotomy and how to overcome them. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.) — Les moyens pour éviter certains inconvénients de la symphyséotomie.

Cerné. Des opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites. (*Normandie méd.*, 15 sept.)

Cohn (M.). Ueber die Dauerresultate der anteflexirenden Operationen (Alexander-Adams, Ventrifixur, Vaginifixur). (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 3.)

Congrès international de médecine tenu à Paris du 2 au 9 août 1900. Compte rendu de la section de gynécologie. In-8°, 310 p. avec fig.

De Witt (Lydia). Membranous dysmenorrhea. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Draghiescu (D.) et **Sion-Moschuna** (L.). Abort in Folge von Blennorrhoe des Uterus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 oct.) — Avortement provoqué par une blennorrhagie utérine.

Erlach (H. von) et **Wörz** (H. von). Beiträge zur Beurteilung der Bedeutung der vaginalen und sacralen Totalexstirpation des Uterus für die Radicalheilung des Gebärmutterkrebses. In-8°, 112 p. Vienne. L. W. Seidel. — Recherches sur la valeur de l'extirpation de la matrice par la voie vaginale ou par la voie sacrée au point de vue de la cure radicale du cancer de l'utérus.

Ernst (N. P.). En mild form af neuritis cruralis i puerperiet. (*Bibliotek for Læger*, oct.)

Fischel (W.). Ueber einen Fall von Cystadenoma cysticum uteri polyposum. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.)

Flandrin. L'éclampsie sans albuminurie et l'albumosurie. (*Dauphiné méd.*, sept.)

Franqué (O. von). Zur Pathologie der Nachgeburtsteile. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 3.) — De quelques états pathologiques du placenta.

Fry (H.). An indication for symphyseotomy; with report of a case. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Halban (J.). Ueber den Einfluss der Ovarien auf die Entwicklung des Genitales (Transplantation von Uterus, Tube, Ovarium). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Influence des ovaires sur le développement des organes génitaux (transplantation de l'utérus, des trompes, des ovaires.)

Hübl (H.). Weitere Untersuchungen über den queren Fundusschnitt nach Fritsch. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — L'incision transversale du fond de l'utérus.

PÉDIATRIE

Bellotti. Asma infantile epidemico da autointossicazione. (*Gazz. degli Osped.*, 7 oct.)

Brudzinski (J.). Ueber das Auftreten von Proteus vulgaris in Säuglingsstühlen nebst einem Versuch der Therapie mittelst Darreichung von Bacterienculturen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, fasc. suppl.) — De la présence du *proteus vulgaris* dans les selles des nourrissons et de quelques essais de bactériothérapie.

Carow (S.). Beitrag zur Kenntnis der Lingua geographica. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, fasc. suppl.)

Cattaneo (C.). Ueber akuten Magen-Darmkatarrh bei entwöhnten Kindern und im zweiten Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, fasc. suppl.) — Le catarrhe gastro-intestinal aigu chez les nourrissons sevrés et dans la seconde enfance.

Cook (G.). Chronic constipation of infants and young children. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Finizio (G.). Il riflesso della pianta del piede nel neonato; ricerche cliniche. (*Pediatria*, août.)

Finkelstein (H.). Zur Deutung schwerer Krämpfe bei kleinen Kindern. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, oct.) — L'interprétation clinique des convulsions graves chez les petits enfants.

Folger (C.). Hypertrophische Lebercirrhose im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, 4.)

Geissler et Japha. Anämie mit lymphämischem Blutbild. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, fasc. suppl.)

Grimsgaard (W.). Et tilfælde af kongenital morbus coeruleus. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, oct.)

HYGIÈNE

Bechmann. Notice sur le service des eaux et de l'assainissement de Paris. In-16, 528 p. avec fig.

Brähmer. Die Aufgaben und Grenzen der öffentlichen Gesundheitspflege im Eisenbahnbetriebe. (*Hyg. Rundschau*, 21.) — L'hygiène des chemins de fer.

Cathoire. Mémoire sur l'imperméabilisation hydrofuge des vêtements par les paraffines. (*Lyon méd.*, 14 et 21 oct.)

Gorez. Rapport général sur les épidémies qui ont régné dans le département du Nord pendant l'année 1899. In-8°, 40 p. Lille.

Gosio (B.). Ulteriori ricerche sulla biologia e sul chimismo delle arseniomuffe. (*Policlinico*, 1er oct.) — Recherches biologiques et chimiques sur le *Penicillium brevicaule* (moisissure qui se développe sur les tentures colorées avec des produits arsenicaux).

Heucke (K.). Die Gefahr der Quecksilbervergiftung in den Hutstoff- und Hutfabriken. In-8°, 43 p. avec fig. Francfort-sur-le-Mein. — Les dangers d'intoxication mercurielle dans les manufactures de chapeaux.

BACTÉRIOLOGIE

Bernheim (J.). Ueber meningococcenähnlich Pneumonieerreger. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 oct.) — Sur un microbe pathogène de la pneumonie ressemblant au méningocoque.

Bertarelli (E.). Sul potere battericida dell'alcool etilico. (*Policlinico*, 1er oct.)

Curtis (H. J.). Essentials of practical bacteriology : elementary laboratory book. In-8°, 308 p. Londres.

Danysz (J.). Immunisation de la bactéridie charbonneuse contre l'action du sérum du rat; formation et nature des « anticorps ». (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Hallé (J.) et **Bacaloglu** (C.). Sur la présence de microbes strictement anaérobies dans un kyste hydatique suppuré du foie. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Minervini (R.). Einige bakteriologische Untersuchungen über Luft und Wasser inmitten des Nord-Atlantischen Oceans. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXV, 2.) — Quelques recherches bactériologiques concernant l'air et l'eau du nord de l'océan Atlantique.

21e ANNÉE. — N° 14. Vingt centimes le numéro. 3 AVRIL 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bâle. — M. le docteur O. von Herff, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Halle, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. Bumm.

Faculté de médecine de Berlin. — MM. les docteurs K. Brandenburg et H. Burghart sont nommés privatdocenten de médecine interne.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs G. Daddi (*neurologie*); C. Comba (*pédiatrie*); C. Biondi (*médecine légale*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Berry (R. J.). Essentials of regional anatomy. In-8°, 494 p. Londres.

Boutigny. Tableaux synoptiques d'anatomie topographique et chirurgicale. In-8°, 176 p. avec fig.

Brühl (G.). Zur Anatomie der Nebenhöhlen der Nase. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 oct.) — Anatomie des arrière-cavités du nez.

Cannieu (A.) et **Gentes** (L.). Recherches sur l'épithélium cylindrique dit stratifié des fosses nasales. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 7 oct.)

Carstanjen (M.). Wie verhalten sich die procentischen Verhältnisse der verschiedenen Formen der weissen Blutkörperchen beim Menschen unter normalen Umständen? (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, 2, 3 et 4.) — Le pourcentage des diverses formes de leucocytes chez l'homme sain.

Dominici. Sur l'histologie de la rate normale. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Mancuso (G.). Studio sulle glandole esofagee. (*Gazz. degli Osped.*, 14 oct.)

Rabaud (E.). Anatomie élémentaire de la main et du pied. In-8°, 45 p. avec une planche coloriée.

Ramón y Cajal (S.). Studien über die Hirnrinde des Menschen. 2. Heft : Die Bewegungsrinde. (Trad. de l'espagnol par J. Bresler.) In-8°, 113 p. avec fig. Leipzig. — Etudes sur l'écorce cérébrale de l'homme. 2e fasc. : les centres moteurs.

Ranvier (L.). Travaux du laboratoire d'histologie du Collège de France (années 1898-1899). In-8°, 234 p. avec fig.

Sabrazès (J.). Procédé de coloration du sang par l'éosine et par le mélange d'éosine, bleu de méthylène-méthylal. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 14 oct.)

PHYSIOLOGIE

Bellamy (H.). On the rôle played by the spleen in the pancreatic digestion of proteids. (*Lancet*, 27 oct.) — Rôle de la rate dans la digestion pancréatique des protéides.

Hansemann (D.). Einige Zellprobleme und ihre Bedeutung für die wissenschaftliche Begründung der Organtherapie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 et 15 oct.) — Quelques problèmes de physiologie pathologique des cellules au point de vue de l'organothérapie.

Landolph (F.). Estudio sobre los jugos gástricos. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, oct. et nov.) — Etude sur le suc gastrique.

Lucibelli (G.). Alcune ricerche sull'azione del glucosio nell'organismo animale. (*Gazz. degli Osped.*, 21 oct.)

Moro (E.). Zur Charakteristik des diastatischen Enzymes in der Frauenmilch. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, fasc. suppl.) — Recherches sur le ferment diastasique du lait de femme.

Schulz (F.). Eiweiss und seine künstliche Oxydation. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 oct.) — L'albumine et son oxydation artificielle.

Tedeschi (E.) et **Ravà** (G.). Differenze funzionali fisiologiche nelle due parti simmetriche innervate dal facciale inferiore e dall'ipoglosso; statistica di mille osservazioni. (*Riv. critica di clinica medica*, 22 déc.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Baum (E.). Ueber die punktförmigen Kalkkörperchen (sogen. verkalkte Glomeruli) der Nierenrinde. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 1.) — Sur les concrétions calcaires punctiformes des reins.

Borst (M.). Zur Pathologie der serösen Deckzellen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 1.) — Sur les altérations pathologiques des cellules endothéliales.

Brosch (A.). Ueber eine eigenartige Formveränderung der Trachea und der Stammbronchien (Dilatatio paradoxa s. paralytica). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 3-4.)

Cesaris-Demel (A.). Sul sarcoma primitivo del fegato. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 3.)

Ciechanowski (S.). Ueber intracelluläre Secretionsvorgänge in Leberadenomen und - Adenocarcinomen. (*Bull. de l'Acad. des sciences de Cracovie*, juillet.)

Dickinson (W. L.) et **Fenton** (W. J.). A case of complete coarctation of the arch of the aorta; necropsy. (*Lancet*, 27 oct.)

Ford (W.). Sarcoma and cirrhosis of the liver. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — Un cas de sarcome du foie avec cirrhose.

Hartmann (F.). Eine eigenartige post-mortale Cystenbildung im Centralnervensystem. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 oct.) — Sur une production kystique dans le système nerveux central.

Lissiansky (V.). Un cas de kyste hématique du pancréas (en russe). (*Vratch*, 23 sept.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bail (M.). Die Schleimhaut des Magendarmtractus als Eingangspforte pyogener Infectionen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 2.) — La muqueuse du tube digestif comme porte d'entrée des infections pyogènes.

Baumgarten (P.). Experimentelle Studien über Pathogenese und Histologie der Hodentuberculose. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 oct.) — Pathogénie et histologie pathologique de la tuberculose du testicule.

Brosch (A.). Theoretische und experimentelle Untersuchungen zur Pathogenesis und Histogenesis der malignen Geschwülste. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 1.) — Pathogénie des tumeurs malignes.

Formanek (E.). O pusobeni chloroformu a chloralhydratu na barvivo krevni. (*Casopis lékaru ceskych*, 6 oct.) — Action du chloroforme et de l'hydrate de chloral sur la matière colorante du sang.

Giajmis (C.) et **Bazzicalupo** (G.). Il trattamento cacodilico nella tubercolosi sperimentale. (*Gazz. degli Osped.*, 7 oct.)

Kaminer (S.). Hämoglobinämische, fibrinöse Pneumonie bei Phenylhydrazin-Vergiftung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 1-4.) — Pneumonie fibrineuse hémoglobinémique dans l'intoxication par la phénylhydrazine.

MÉDECINE

Abrams (A.). Inhibition of the heart as an aid in diagnosis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 sept.) — Phénomènes d'inhibition réflexe du cœur perceptibles à l'aide de l'examen radiographique et pouvant servir de moyen adjuvant pour le diagnostic.

Bornikoel. Ueber Verätzung der Speiseröhre durch Aetzlauge. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 1-4.) — De la corrosion de l'œsophage consécutive à l'ingestion de potasse caustique.

Machard (A.). Du rôle de la péricardite métapneumonique dans la production de la pneumonie hyperplasique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, oct.)

Margulies. Ueber die Neumann'sche Modification der Fischer'schen Phenylhydrazinprobe zum Nachweise von Zucker im Harne. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er oct.) — Recherche du sucre urinaire au moyen de la phénylhydrazine d'après le procédé de Fischer, modifié par Neumann.

Mixa (M.). Pripad akutni lymphaemie. (*Casopis lékaru ceskych*, 13 oct.)

Pignatti-Morano (G.). Su di un caso di cirrosi epatica atrofica con edemi preascitici. (*Gazz. degli Osped.*, 30 sept.)

Roudzky (S.). De la guérison dans l'atrophie aiguë du foie (en russe). (*Vratch*, 28 oct.)

Roussel. Du siège de la douleur provoquée par la percussion unguéale, au cours de la tuberculose pulmonaire. (*Loire méd.*, oct.)

Schilling. Häufigkeit und Bedeutung der Krystalle im Stuhl. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 oct.) — Des cristaux dans les matières fécales.

MALADIES INFECTIEUSES

Aráoz Alfaro (G.). Las formas febriles de la coqueluche. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, oct.)

Barjon (F.) et **Lesieur** (Ch.). De la fièvre typhoïde sans lésions intestinales. (*Province méd.*, 27 oct.)

Bischoff (H.) et **Menzer** (A.). Die Schnelldiagnose des Unterleibstyphus mittels der von Piorkowski angegebenen Harngelatine. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXV, 2.) — Diagnostic rapide de la fièvre typhoïde au moyen de la gélatine additionnée d'urine, d'après la méthode de Piorkowski.

Cantlie (J.). The signs and symptoms of bubonic, pneumonic and septicæmic plague. (*Brit. Med. Journ.*, 27 oct.) — Symptomatologie de la peste bubonique, pneumonique et septicémique.

Celli (A.). La nuova profilassi della malaria nel Lazio; resoconto sommario delle esperienze. (*Supplem. al Policlinico*, 20 oct.)

Christie (Mlle M.). A note on the method of using Haffkine's prophylactic. (*Brit. Med. Journ.*, 27 oct.)

Colvin (Th.). The differential diagnosis in general practice of plague and typhoid fever. (*Lancet*, 27 oct.) — Le diagnostic différentiel de la peste d'avec la fièvre typhoïde.

Delepine (S.). Some practical notes on the bacteriological diagnosis of human plague (pestis hominis). (*Brit. Med. Journ.*, 27 oct.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

De Gueldre (L.) et **Sano** (F.). Myélite aiguë d'origine blennorrhagique suivie d'autopsie. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, oct.-nov.)

Dupré (E.) et **Devaux** (A.). Tabes trophique; arthropathies; radiographie. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, sept.-oct.)

Eulenburg (A.). Ueber gonorrhoische Nervenerkrankungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 oct.) — Des affections nerveuses d'origine blennorrhagique.

Friedländer (A.). Zur klinischen Stellung der sogen. Erythrophobie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 sept., 1er et 15 oct.)

Grebner (F.). Ueber die Localisation der tactilen Hautanästhesie Tabetischer. (*Wien. med. Presse*, 14 et 21 oct.)

Grenet (H.). Formes cliniques des paralysies du plexus brachial. (*Arch. gén. de méd.*, oct.)

Guastoni (C.) et **Lombi** (L.). Un nuovo caso di « malattia di Erb » ; myasthenia gravis pseudoparalytica; paralisi bulbare senza reperto anatomico. (*Policlinico*, 1er sept. et 1er oct.)

Hudovernig (Ch.). Un cas de paralysie bulbaire supérieure chronique. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, sept.-oct.)

Ivanov (I.). Paralysie générale à forme circulaire avec changement quotidien de l'état psychique (en russe). (*Méd. Obozr.*, oct.)

Klau (F.). Beitrag zur Lehre von der progressiven Muskelatrophie. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 oct.)

Kohnstamm (O.). Ueber die Coordinationskerne des Hirnstammes und die absteigenden Spinalbahnen, nach den Ergebnissen der combinierten Degenerationsmethode. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, oct.) — Sur les centres de coordination de l'encéphale et sur les voies médullaires descendantes.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Allworthy (S.) et **Pernet** (G.). A case of multiple carcinomata of the skin. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, oct.) — Tumeurs cancéreuses multiples de la peau.

Beck (C.). Ueber Trichorrhexis nodosa der Schamhaare, zugleich ein Beitrag zur Symbiose der Bakterien. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 oct.) — Recherches bactériologiques sur la trichorrhexie noueuse des poils des régions génitales.

Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Festschrift, gewidmet Herrn Prof. I. Neumann in Wien, zu seinem 25jährigen Professoren-Jubiläum. In-8°, 1015 p. avec fig. Vienne. — Livre jubilaire dédié à I. Neumann à l'occasion du 25e anniversaire de son professorat.

Blaschko (A.). Hygiene der Prostitution und der venerischen Krankheiten. In-8°, 128 p.

Bodin (E.). Pseudo-xanthome élastique. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, oct.)

Dubreuilh (W.) et **Venot** (A.). Tumeur d'aspect sarcomateux causée par des corps étrangers multiples. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, oct.)

Fendt (H.). Beiträge zur Kenntnis der sogenannten sarcoiden Geschwülste der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIII, 2-3.) — Les tumeurs dites sarcoïdes de la peau.

Gayme (L.). Note sur un cas de trichophytie cutanée à marche envahissante. (*Dauphiné méd.*, août.)

Jacquet (L.). Nature et traitement de la pelade. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, mai, juin et août sept.)

CHIRURGIE

Camaggio (F.). 37 laparotomie per lesioni violente dell'addome; contributo statistico di 1291 casi curati dal 1893 al settembre del 1900. (*Gazz. internazion. di med. pratica*, 15 et 31 oct.)

Cavazzani (G.). Estirpazione della porzione media del duodeno sarcomatoso. (*Riforma med.*, 24, 25, 26 et 27 oct.)

Cheyne (W.) et **Burghard** (F.). Manual of surgical treatment. Part IV: Treatment of surgical affections of joints (including excisions) and spine. In-8°, 390 p. Londres.

Corning (J.). Some conservative jottings à propos of spinal anæsthesia. (*Med. Record*, 20 oct.)

Demars. Nouveau procédé pour la cure radicale des varices. In-8°, 92 p.

Depage (A.). L'année chirurgicale. Revue encyclopédique de chirurgie générale et spéciale (2e année, 1899). In-8°, 2404 p. Bruxelles.

Dettmer (H.). Bakteriologisches zur Händedesinfection unter besonderer Berücksichtigung der Gummihandschuhe. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 2.) — Recherches bactériologiques sur la désinfection des mains et sur la valeur aseptique des gants de caoutchouc.

Dowd (Ch.). Mesenteric cysts. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Duncan (J.). Angioma, and other papers. (Ed. par J. Hodsdon.) In-8°, 194 p. avec portrait. Londres.

Dwight (Th.). Distortion of the aorta in Pott's disease. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Fisher (Ch.). Observations on the gastric functions before and after gastro-enterostomy. (*Med. Record*, 8 sept.) — L'état fonctionnel de l'estomac avant et après la gastro-entérostomie.

Frankl (O.). Beiträge zur Lehre vom Descensus testiculorum. In-8°, 158 p. avec fig. Vienne.

Grosse (L.). Zur Radicalbehandlung der Leistenhernien. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 1-2.) — Cure radicale de la hernie inguinale.

Grzes (J.). Ueber die Erfolge der Unterbindung der Vena saphena nach Trendelenburg bei Varicen der unteren Extremitäten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 2.) — Résultats de la ligature de la saphène (d'après la méthode de Trendelenburg) pour varices des membres inférieurs.

Guidone (P.). Alcune legature di vasi per ferite. (*Gazz. internazion. di med. pratica*, 15 fév.)

Hacker (V. von). Die Verwendung gestielter, mit der Hautseite gegen die Nasenhöhle gekehrter Gesichtslappen zur partiellen Rhinoplastik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 2.) — Rhinoplastie partielle au moyen de lambeaux pédiculés provenant des téguments de la face et tournés par leur surface cutanée vers la cavité nasale.

Hahn (J.). Meine Methode der Händesinfection. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 6 oct.) — Désinfection des mains.

Hutchison (J.). Excision of the right vas deferens and vesicula seminalis for secondary tubercular disease. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Jaboulay. La voie xiphoïdienne pour aborder le péricarde et le cul-de-sac antérieur de la plèvre. (*Lyon méd.*, 21 oct.)

Kabloukov (A.). Ablation d'un fibrome de la base du crâne au moyen de la résection temporaire du nez par le procédé de Chassaignac-Bruns. (en russe). (*Méd. Obozr.*, oct.)

Kaposi (H.). Weiterer statistischer Bericht über die an der Heidelberger Klinik beobachteten Appendicitisfälle. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 2.) — Les cas d'appendicite opérés à la clinique de Heidelberg.

Kehr (H.). Ueber Recidive nach Gallensteinoperationen. (*Berlin. Klinik*, oct.) — Les récidives après les opérations pratiquées pour calculs biliaires.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Alexandroff (Th.). Ein Fall von Uterusruptur während der Schwangerschaft. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Un cas de rupture de l'utérus gravide.

Andérodias (J.). Etude sur les bassins viciés par paralysie infantile. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 14 et 21 oct.)

Beck (C.). A new method of colpoplasty in a case of entire absence of the vagina. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Bunge (G. von). De l'impuissance croissante des femmes à allaiter leurs enfants. (Trad. de l'allemand par M. Legrain.) In-8°, 32 p.

Byers (J.). The prevention and treatment of postpartum hemorrhage. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Heinricius (G.). Ein Fall von Myom im rudimentären Uterus bicornis unicollis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.)

Jaja (D.). Ricerche istologiche sul tessuto muscolare e connettivo dell'utero gravido. (*Policlinico*, 15 oct.)

Jones (M.). The origin of ovarian cysts. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Jorfida (M.). Sulla tubercolosi primitiva della vagina e sopra un caso guarito con la cura chirurgica. (*Riforma med.*, 17, 18 et 19 oct.)

Knox (J.). Compression of the ureters by myomata uteri. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Koblanck. Einige klinische Beobachtungen über Störungen der physiologischen Function der weiblichen Sexualorgane. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 3.) — Sur les troubles des fonctions physiologiques des organes génitaux de la femme.

Kreutzmann (H.). Aufplatzen der Bauchwunde nach Coeliotomie, nebst Bemerkungen zur Bauchnaht. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — De l'éventration après la laparotomie, avec notes sur la suture abdominale.

Krömer. Zur Kenntnis der Lithopaedien. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 et 23 oct.)

Krönig (B.). Die Therapie beim engen Becken. Die Indikationsstellung zu operativen Eingriffen unter Zugrundelegung der in den Jahren 1891-1899 an der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig beobachteten Geburten beim engen Becken. In-8°, 213 p. Leipzig. A. Georgi. — Les indications opératoires dans les bassins rétrécis; étude basée sur les accouchements pratiqués à la clinique obstétricale de Leipzig.

Lepage (G.) et **Mouchotte**. Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque (année 1899). In-4°, 114 p.

Lindfors (A.). Fall von atrophisirender Gefässunterbindung bei einer — wahrscheinlich tuberkulösen — Salpingitis bilateralis wegen Unmöglichkeit der Exstirpation. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 oct.) — Ligature des vaisseaux pour provoquer l'atrophie dans un cas de salpingite bilatérale, probablement tuberculeuse.

PÉDIATRIE

Hoffmann (J.). Ueber die hereditäre progressive spinale Muskelatrophie im Kindesalter. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 nov.)

Knöpfelmacher (W.). Versuche über die Ausnützung des Kuhmilchcaseins. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, fasc. suppl.) — Sur l'assimilation de la caséine du lait de vache.

Leo (H.). Ueber den gasförmigen Mageninhalt bei Kindern im Säuglingsalter. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 1-4.) — Sur le contenu gazeux de l'estomac chez les nourrissons.

Lesser (E.). Ein Fall von Hypertrichosis universalis und frühzeitiger Geschlechtsreife. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 1-4.) — Hypertrichose généralisée avec puberté précoce.

Luzzatto (A.). Ueber Pneumokokken-Grippe im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, fasc. suppl.)

Mosse (M.). Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Skoliosen ersten und zweiten Grades und von Spitzeninfiltrationen im Kindesalter. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 1-4.) — Coexistence de la scoliose et de l'infiltration du sommet chez les enfants.

Rocaz. La médication cacodylique chez les enfants. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 oct.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

McBride (P.). Diseases of throat, nose, ear. 3e éd. In-8°, 760 p. avec fig. Edimbourg. — Manuel des maladies de la gorge, du nez et de l'oreille.

Modigliano (E.). Un caso di laringite difterica primitiva con diffusione ai bronchi. (*Pediatria*, oct.)

Müller (R.). Zur Lehre von den otitischen Hirnabscessen. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, L, 1-2.) — Des abcès du cerveau d'origine otique.

Piaget (R.). Deux cas d'hémorrhagie après l'amygdalotomie. (*Dauphiné méd.*, sept.)

Rabaud (E.). Anatomie élémentaire du pharynx, du larynx, de l'oreille et du nez. In-8°, 42 p. avec fig. et une planche coloriée.

Saint-Hilaire (E.). La surdi-mutité (étude médicale). In-8°, LVII-308 p.

Schmiegelow (E.). Eine neue Methode, die Quantität des Hörvermögens vermittelst Stimmgabeln zu bestimmen. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, L, 1-2.) — Sur un nouveau procédé d'exploration de l'ouïe au moyen du diapason.

Sugár (M.). Purpura rheumatica und Gehörorgan. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, L, 1-2.) — Rhumatisme noueux et oreille.

Toubert. Contribution à l'étude des complications endocrâniennes de la sinusite sphénoïdale. (*Arch. gén. de méd.*, oct.)

HYGIÈNE

Hutchison (R.). Food; principles of dietetics. In-8°, 566 p. avec fig. Londres.

Keith (G. S.). On sanitary and other matters. In-8°, 134 p. Londres.

Notter (J. L.) et **Horrocks** (W. H.). Theory and practice of hygiene. 2e éd. In-8°, 1104 p. Londres.

Pakes (W. C.). Science of hygiene; text-book of laboratory practice. In-8°, 396 p. avec fig. Londres.

Pautet (L.). Précis de l'inspection des viandes. 2e éd. In-18, 448 p. avec fig.

Pfuhl (A.). Massenerkrankung nach Wurstgenuss. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionkr.*, XXXV, 2.) — Une série de cas de botulisme par ingestion de saucissons.

Salterain (J. de). La mortalidad de la ciudad de Montevideo desde Diciembre de 1899 hasta Noviembre de 1900, inclusive. In-12, 16 p. avec tableaux. Montévidéo.

Thibaut. Rapport sur les travaux du conseil central de salubrité et des conseils d'arrondissement du département du Nord pendant l'année 1899. In-8°, XXXV-393 p. Lille.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Geill (Ch.). Den spontane og den traumatiske hjerteruptur i retsmedicinsk henseende. (*Bibliotek for Læger*, oct.) — Rupture spontanée et rupture traumatique du cœur.

Klüber (J.). Ein Fall von acuter Formalinvergiftung. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 oct.) — Un cas d'intoxication aiguë par le formol.

Lewin (L.). Untersuchungen an Kupferarbeitern. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 oct.) — Sur les effets du cuivre chez les ouvriers qui manient ce métal.

Smith (F. J.). Lectures (at London Hospital) on medical jurisprudence and toxicology. In-8°, 408 p. Londres.

Winterberg (J.). Ueber Pikrinsäure-Vergiftung. (*Wien. med. Presse*, 28 oct.) — De l'empoisonnement par l'acide picrique.

21e ANNÉE. — N° 15. Vingt centimes le numéro. 10 AVRIL 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le professeur A. Wassermann est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Breslau. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur A. Henle, privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur J. Iszlay, privatdocent d'odontologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur Dannemann est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten F. Nissl (*psychiatrie*); G. Marwedel (*chirurgie*).

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur F. Frusci, professeur extraordinaire d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire, est nommé professeur ordinaire.

Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs E. D'Ursi (*médecine opératoire*); D. Pace, G. Rossi et S. Tinozzi (*pathologie médicale*); E. Giordano, N. Longo et F. Sorrentino (*maladies d'origine traumatique*); C. Frugiuele (*ophtalmologie*).

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur L. Sala, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Ferrare, est nommé professeur ordinaire d'anatomie.

Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs B. A. Bianchi et G. Rombolotti (*ophtalmologie*); E. Ferroni (*obstétrique et gynécologie*).

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Al. Pichler est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le docteur R. Galvão est nommé professeur de bactériologie.

Faculté de médecine de Sienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs A. Saladino (*obstétrique et gynécologie*); V. Lusini (*pharmacologie*).

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur R. Wollenberg (de Hambourg), ancien professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Halle, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie, en remplacement de M. Siemerling.

Faculté de médecine de Turin. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs V. Collà et L. Fornaca (*pathologie médicale*); P. De Matteis (*parasitologie*).

Faculté de médecine de Varsovie. — M. le docteur Yachtchinsky est nommé professeur extraordinaire de chirurgie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur A. von Eiselsberg, professeur à la Faculté de médecine de Königsberg, est nommé professeur ordinaire de chirurgie, en remplacement de M. Albert, décédé.

Faculté de médecine de Wurtzbourg. — M. le docteur G. Burckhard est nommé privatdocent de gynécologie.

Université catholique de Dublin. — M. le docteur M. J. P. Dempsey est nommé professeur de matière médicale et de pharmacie, en remplacement de M. Quinlan, décédé.

Middlesex Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur P. Thompson est nommé lecteur d'anatomie.

VARIA

Nouvelles mesures contre la propagation de la lèpre.

Dernièrement, les gouvernements allemand, persan, roumain, russe et turc ont conclu une convention ayant pour but de prévenir l'importation de la lèpre par des malades provenant de l'un de ces pays et immigrant dans un des Etats ayant adhéré à ladite convention. Dans ce but, il a été décidé que les autorités des pays intéressés ne délivreraient pas de passeport pour l'étranger aux lépreux, ni même de carte de légitimation.

Congrès français de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie en 1901.

Le troisième Congrès français de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie se tiendra à Nantes du 23 au 30 septembre 1901.

Congrès de la Société allemande de gynécologie en 1901.

Le neuvième Congrès de la Société allemande de gynécologie se tiendra à Giessen du 29 mai au 1er juin 1901.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *Le cancer de l'utérus;*
2° *L'éclampsie.*

NÉCROLOGIE

M. le docteur H. Gosse, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Genève. — M. le docteur J. von Fodor, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur L. Mandelstamm, ancien privatdocent de pédiatrie à la Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur James Dunlop, ancien professeur de chirurgie à Anderson's College Medical School de Glasgow.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1900* inclusivement (18 années) absolument complètes, soit les 20 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 182 francs pour la France, 220 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1900, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1900), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale,* 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE BORDEAUX

Abadie. Les localisations fonctionnelles de la capsule interne.

Adoue. Contribution à l'étude de l'anesthésie par injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne.

Alain. Du fœticide thérapeutique.

Bellamy. Hallucinations érotiques (étude séméiologique).

Bentéjac. Contribution à l'étude de la bilharziose.

Boussenot. Contribution à l'étude des angines pseudo-membraneuses.

Braud. De l'existence du réflexe réno-rénal et de son rôle pathogénique.

Bulcam. Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur chez les enfants.

Chagnolleau. Des kystes séreux sous-dure-mériens consécutifs à des traumatismes crâniens éloignés.

Coquin. Hygiène et pathologie des pêcheurs de morue à Terre-Neuve et en Islande.

Demay de Certant. Etude sur la prophylaxie de quelques maladies infantiles, d'après les données de l'hygiène moderne.

Devillard. La sensibilité oculaire à la pression dans la paralysie générale.

Donnet. Essai sur les formes et les causes de quelques arthrites métatarso-phalangiennes du gros orteil.

Garraud. Etude de l'action de la faradisation sur le coefficient azoturique.

Gary. Historique critique de la kinésithérapie : l'œuvre de Ling; l'œuvre de Zander.

Grosfillez. Les déplacements congénitaux du cristallin.

La Folie. Une opération aseptique.

Lamoureux. La technique des injections hypodermiques de sérum artificiel pratiquées au moyen du séro-transfuseur de Lefour avec une modification additionnelle.

Léger. Hématologie de la chlorose; influences de certains agents médicamenteux sur la formule hémo-leucocytaire.

Margerie. La cure radicale du varicocèle par la décortication du scrotum (procédé du docteur Piton).

Martin. Le coefficient émulsif et la tension superficielle des urines dans leurs rapports avec les albuminoïdes urinaires.

Monmayou. De la symphyséotomie à Bordeaux.

Montel. Du rôle des leucocytes dans l'absorption de certains médicaments introduits par la voie hypodermique et péritonéale.

Roustan. De la psychicité de la femme pendant l'accouchement (étude de responsabilité).

Roux de Badilhac. Etude sur les bassins viciés par paralysie infantile, au point de vue obstétrical.

Sorel. Contribution à l'étude de la folie à deux; rôle de l'imitation dans la contagion de la folie à deux.

Souc. La réclame médicale (essai de déontologie).

Tel. De l'empyème aigu compliqué du sinus maxillaire.

Testé. Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Mannaberg (J.). Pathogenese und pathologische Anatomie der Colitis membranacea. (*Wien. med. Wochensch.*, 20 et 27 oct.)

Marschalkó (Th. von). Zur Histologie des Rhinoscleroms. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIII, 2-3 et LIV, 2-3.)

Roger (H.), **Josué** (O.) et **Weil** (E.). La moelle osseuse dans la variole. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Rosenstein (P.). Ueber Knorpel- und Knochenbildung in Herzklappen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 1.) — Des productions cartilagineuses et osseuses dans les valvules du cœur.

Schmieden (V.). Mitteilung über einen Fall von Muskel-Entartung bei chronischer Tuberculose. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXI, 3.) — Dégénérescence musculaire dans un cas de tuberculose chronique.

Socca (A.) et **Bensaude** (R.). Sur un cas de polyadénome de l'estomac à type brunnérien; périgastrite et dégénérescence cancéreuse; considérations sur l'origine congénitale de cette tumeur. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Sokoloff (A.). Ein Adeno-Carcinom mit Flimmerepithelzellen in der Leber. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 1.) — Adéno-cancer du foie avec cellules d'épithélium vibratile.

Stchéglov (M.). Etude anatomo-pathologique d'un cas de charbon à forme apoplectique chez l'homme (en russe). (*Méd. Obozr.*, sept.)

Tedeschi (A.). Ancora sui tumori del cuore. (*Riforma med.*, 20, 22 et 23 oct.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Krompecher (E.). Recherches sur le traitement des animaux tuberculeux par la méthode de Landerer et sur la virulence des bacilles tuberculeux. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

Queirolo (G. B.) et **Benvenuti** (E.). Sulla patogenesi dell'itterizia; contributo sperimentale. (*Policlinico*, 1er juillet.)

Richter (P.). Kritisches und Experimentelles über die Beziehungen zwischen Nieren und Glykosurie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 1-4.) — Rapports entre les reins et la glycosurie.

Rosenfeld (G.). Beiträge zur Pathologie des Alkohols. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 20 oct.)

Rumpf (Th.). Eiweissumsatz und Zuckerausscheidung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 oct.) — Les échanges intra-organiques des albuminoïdes et l'élimination du sucre.

Serena (M.). Ricerche sull'abitudine all'arsenico. (*Policlinico*, 1er juillet.)

Tinozzi (S.). L'abuso degli aromi nella etiologia della cirrosi volgare del fegato; ricerche sperimentali ed istologiche. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 15 oct.)

Torrisi (M.). Studi sperimentali sui corpi mobili delle articolazioni. (*Policlinico*, 15 août et 15 sept.)

Travaux du laboratoire de médecine expérimentale du Collège de France (1898-1900). In-8°, 107 p.

Zülzer (G.). Ueber experimentelle Bence-Jones-sche Albumosurie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er oct.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Albu. Zur Physiologie und Pathologie der Gallensecretion. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 sept. et 1er oct.) — La sécrétion biliaire.

Baumgarten (P.). Die Rolle der fixen Zellen in der Entzündung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 sept. et 1er oct.) — Rôle des cellules fixes dans le processus inflammatoire.

Delezenne (C.). Sérums névrotoxiques. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Kisskalt (C.). Die Erkältung als krankheitsdisponirendes Moment. (*Arch. f. Hyg.*, XXXIX, 2.) — Le refroidissement comme facteur prédisposant aux maladies.

Nolf (P.). Le mécanisme de la globulolyse. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Sabrazès (J.) et **Muratet** (L.). Formule cytologique des liquides séreux contenus normalement dans la plèvre et dans le péritoine du bœuf. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 21 oct.)

Stcherbatchev. Examen chimique d'un épanchement ascitique laiteux, mais non chyleux (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, août.)

Strauss (H.). Untersuchungen über die Resorption und den Stoffwechsel bei « Apepsia gastrica » mit besonderer Berücksichtigung der perniciösen Anämie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 1-4.) — L'absorption et les échanges intra-organiques dans l'apepsie gastrique, notamment chez les sujets atteints d'anémie pernicieuse.

Waldvogel. Die Salkowski'sche Blutalkalescenzbestimmung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 oct.) — Le dosage de l'alcalinité du sang d'après la méthode de Salkowski.

MÉDECINE

Revillet (L.). La toux nasale chez les tuberculeux. (*Lyon méd.*, 28 oct.)

Sebor (J.). Thorax en bateau; klinicka studie. (*Casopis lékaru ceskych*, 13 oct.)

Stedman (Th. L.). Twentieth century practice : International encyclopedia of modern medical science. Vol. XX : tuberculosis, yellow fever. In-8°, 914 p. avec fig. Londres.

Viannay (Ch.). Deux cas d'adénopathie inguinale précoce au cours d'un cancer viscéral. (*Lyon méd.*, 28 oct.)

Votruba (F.). Tri pripady tak zvané hemisystolie srdecni. (*Casopis lékaru ceskych*, 13 oct.)

Wolffhügel (E.). Ueber die ersten Anfänge der idiopathischen Herzvergrösserung und die Bedeutung der dilatativen Herzmuskelschwäche für die Militärdiensttauglichkeit. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 et 16 oct.) — Les premiers signes de l'hypertrophie idiopathique du cœur et la faiblesse du myocarde par suite de dilatation cardiaque chez les conscrits.

MALADIES INFECTIEUSES

Döring (H.). Ueber Infection mit Influenzabacillen und mit Bact. proteus. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 oct.)

Gotschlich (E.). Die Pest-Epidemie in Alexandrien im Jahre 1899. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXV, 2.)

Hossack (W.). Plague and influenza : mixed infection in houses. (*Brit. Med. Journ.*, 27 oct.)

Miélkikh (A.). Recherches sur la pathogénie du typhus récurrent (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, juillet.)

Otero (F.). Fiebre amarilla; estudio analítico de los síntomas en relación con el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. In-8°, 48 p. Buénos-Ayres.

Prip (H.). Studier over blandingsinfektion ved difteri. (*Thèse de Copenhague.*)

Reed (W.), **Carroll** (J.), **Agramonte** et **Lazear.** The etiology of yellow fever; a preliminary note. (*Philadelphia Med. Journ.*, 27 oct.) — L'étiologie de la fièvre jaune.

Report on the outbreak of plague at Sydney, 1900, by the Chief Medical Officer of the Government and President of the Board of Health. In-4°, 81 p. avec fig. et cartes. Sydney. — Rapport officiel sur la peste à Sydney en 1900.

Ricchi (T.). Nuova profilassi della malaria. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, déc.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Kräpelin. Ueber die Merkfähigkeit. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, oct.) — Sur l'aptitude à la conservation des souvenirs.

Libertini (G.). L'inhibition dans les maladies mentales. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Mahler (J.) et **Beck** (R.). Beiträge zur Thomsenschen Krankheit. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 déc.) — Un cas de maladie de Thomsen.

Orlovsky (A.). Un cas de névralgie ciliaire d'origine malarique (en russe). (*Vratch*, 23 sept.)

Philippe (Cl.) et **Oberthur** (J.). Contribution à l'étude de la syringomyélie et des autres affections cavitaires de la moelle épinière. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet et sept.)

Pick (A.). Ueber Pupillendifferenzen, bedingt durch differente Wirkung der directen und indirecten Beleuchtung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 oct.) — Les variations pupillaires suivant les modalités de l'éclairage direct et indirect.

Piltz (J.). Weitere Mitteilungen über die beim energischen Augenschluss stattfindende Pupillenverengerung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 sept.) — Contraction pupillaire coïncidant avec la fermeture énergique des paupières.

Préobrajensky (P.). Anatomie pathologique et pathogénie de la syringomyélie (en russe). (*Méd. Obozr.*, oct.)

Rieken. Vier Fälle mit Gleichgewichtsstörung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 oct.) — Quatre cas de troubles de l'équilibre.

Salvolini (U.). Un caso di tumore cerebrale. (*Supplem. al Policlinico*, 20 oct.)

Soreys (F.). Neuritis multiplex, nemoc Korsakovova (psychosis polyneuritica s. cerebropathia psychica toxaemica) a polioencephalitis acuta haemorrhagica superior Wernicke. (*Casopis lékaru ceskych*, 13 oct.)

Statkévitch (P.). Psychose polynévritique aiguë (de Korsakov) dans un cas de pyohémie chez un alcoolique (en russe). (*Méd. Obozr.*, oct.)

Wormser (E.) et **Bing** (R.). Ein einwandsfreier Fall von hysterischem Fieber. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 et 9 oct.) — Un cas avéré de fièvre hystérique.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Jourdanet (P.). Un cas de pityriasis rubra chronique grave (type Hebra). (*Ann. de dermatol. et de syph.*, oct.)

Merk (L.). Zur Frage der Blasenbildung in der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIII, 2-3.)

Pascal. Erythème scarlatiniforme desquamatif généralisé d'origine parasitaire. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, août-sept.)

Perrin (L.). Dermite végétante en placards chez des nourrissons séborrhéiques. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, oct.)

Stepler (A.). Ein Beitrag zur Frage der Entstehung einer acuten Nephritis bei Secundärsyphilis (Nephritis syphilitica praecox). (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 oct.)

Török (L.). Ueber das Wesen der sogenannten Angioneurosen der Haut, insbesondere über das Wesen der pathologisch-anatomischen Veränderungen der Urticaria, des Erythema multiforme und des Erythema nodosum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIII, 2-3.) — Sur la nature des troubles dits vasomoteurs de la peau.

Wolters (M.). Haemangioendothelioma tuberosum multiplex und Haemangiosarcoma cutis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIII, 2-3.)

CHIRURGIE

Filipello (G. B.). Sulla cura della tubercolosi del ginocchio. (*Arch. di ortopedia*, XVII, 3, 4 et 5.) — Traitement de la tuberculose du genou.

Kelling (G.). Studien zur Chirurgie des Magens. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 2.) — Recherches expérimentales relatives à la chirurgie de l'estomac.

Kirstein. Zur Casuistik der subcutanen Darmverletzungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 1-2.) — Blessure sous-cutanée de l'intestin.

Küster. Ueber Operationshandschuhe. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 2.) — L'emploi des gants en chirurgie.

Larsen (C. A.). Om operativ og ikke operativ behandling af tuberculosis cavitatis abdominalis, ledsaget af et par andre tilfælde af underlivskirurgi. (*Hospitalstidende*, 31 oct.)

Lennander (K.). De la laparotomie à travers l'une des gaines du grand droit de l'abdomen avec réclinaison latérale ou médiane du muscle; sa technique dans l'opération de l'appendicite à froid. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, sept.-oct.)

Lyman (Ch.). Dislocation of the humerus, complicated by fracture at or near the surgical neck. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Luxation de l'épaule avec fracture du col chirurgical de l'humérus.

Manega (U.). Sull'anestesia midollare cocainica alla Bier. (*Riforma med.*, 11 et 12 oct.)

Marcus (L.). Medullary narcosis (Corning's method): its history and development. (*Med. Record*, 13 oct.)

Martens. Zur Kenntnis der Darmverschliessungen und-verengerungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 1-2.) — Des occlusions et des rétrécissements de l'intestin.

Meisel (P.). Ueber Analfisteln mit epithelialer Auskleidung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 2.) — Sur les fistules à l'anus à revêtement épithélial.

Neck (K.). Ueber « Stauungsblutungen nach Rumpfcompression ». (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 1-2.) — Des hémorrhagies par stase consécutives à la compression du tronc.

Neumann (M.). Ueber Appendicitis und ihren Zusammenhang mit Traumen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 2.) — Des rapports de l'appendicite avec les traumatismes.

Nimier (H.) et **Laval** (E.). De l'infection en chirurgie d'armée; évolution des blessures de guerre. In-18, 404 p. avec fig.

Panné (A.). Statistique du service de chirurgie, de 1890 à 1899, de l'hôpital de Nevers. In-8°, 63 p. avec graphiques.

Patel (M.). Trois cas de cholécystogastrostomie comme traitement de la rétention biliaire au cours du cancer de la tête du pancréas. (*Lyon méd.*, 7 oct.)

Payr (E.). Ueber blutige Reposition von pathologischen und veralteten traumatischen Luxationen des Hüftgelenkes bei Erwachsenen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 1-2.) — La réduction sanglante de la luxation spontanée et invétérée de l'articulation coxo-fémorale chez l'adulte.

Prutz (W.). Bemerkungen zur Statistik der sacralen Exstirpation des Mastdarmkrebses. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 2.) — Sur l'extirpation du cancer du rectum par la voie sacrée.

Ramsay (O.). The surgical treatment of primary renal tuberculosis, with a consideration of the immediate and remote results after operation. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Remedi (V.). Rapporto costante tra idrocele ed obliterazione incompleta del processo peritoneo-vaginale. (*Clinica chirurgica*, juillet.)

Report of the Anæsthetics Committee of the British Medical Association, July, 1900. In-4°, 134 p. Londres.

Robin (A.). A contribution to the diagnosis of suppurative appendicitis. (*Med. Record*, 27 oct.)

Rovsing (Th.). Galdestenssygdommen og dens behandling. In-8°, 78 p. avec fig. Copenhague. — Traitement de la lithiase biliaire.

UROLOGIE

Cernezzi (A.). Il metodo prerettale del Nélaton nella cistotomia ed in altri atti operativi sugli organi genito-urinari. (*Clinica chirurgica*, déc.)

Ciechanowski (S.). Anatomische Untersuchungen über die sog. « Prostatahypertrophie » und verwandte Prozesse. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, VII, 2-3.)

Claude (H.) et **Balthazard** (V.). Cryoscopie des urines appliquée à l'étude des maladies du cœur. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Israel (J.). Chirurgie du rein et de l'uretère. (Trad. de l'allemand par A. G. Rodriguez.) In-8°, 218 p. avec fig.

Löblowitz (J.). Ein Fall von Pyelitis pseudomembranacea. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 oct.)

Lotheissen (G.). Zur operativen Behandlung der Blasenectopie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 2.) — De la cure opératoire de l'exstrophie de la vessie.

Lundsgaard (E.). Studier over den saakaldte hypertrophia prostatæ, særligt med hensyn til spörgsmaalet om dens ætiologi og patogenese. (*Thèse de Copenhague.*)

Mynter (H.). Remarks on the technique of prostatectomy, with report of a case. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Pousson (A.). Du rôle pathogénique du réflexe réno-rénal. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 28 oct.)

Stöckel (W.). Ureterfisteln und Ureterverletzungen. In-8°, 150 p. Leipzig. — Les fistules et les blessures de l'uretère.

Young (H.). Suprapubic retrocystic extraperitoneal resection of the seminal vesicles, vasa deferentia, and half of the bladder. (*Ann. of Surgery*, oct.)

OPHTALMOLOGIE

Ballaban (Th.). Beitrag zur Kenntnis der Erkrankungen des Glaskörpers. (*Wien. med. Wochensch.*, 13, 20 et 27 oct.) — Sur les maladies du corps vitré.

Löwegren (M. K.). Om ögonsjukdomarne och deras behandling. 2e éd. In-8°, 600 p. Stockholm. — Les maladies des yeux et leur traitement.

Lundsgaard (K.). Recherches bactériologiques sur les conjonctivites à Copenhague. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Paly (L.). Die Blinden in der Schweiz. Medizinal-statistische Untersuchungen nach den Ergebnissen der Zählung (Sondererhebung) von 1895-1896. In-4°, 170 p. Berne. — Les aveugles en Suisse.

Petit (P.). Sur la perforation précoce de la membrane de Descemet dans les kératites à hypopyon; examen anatomique d'un cas d'ulcère à hypopyon à forme clinique serpigineuse. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Rapports de la section d'ophtalmologie présentés au treizième Congrès international de médecine (Paris, du 2 au 9 août 1900). In-8°, 517 p. avec fig.

Salomonsohn (H.). Ueber Hemianopsie und ihre lokaldiagnostische Verwertung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 et 25 oct.)

Salva. Iridectomie optique partielle. (*Dauphiné méd.*, août.)

Terson (A.). Thérapeutique chirurgicale; chirurgie oculaire. In-18, 541 p. avec fig.

Zélenkovsky (Y.). Sur la profondeur de la chambre antérieure de l'œil à l'état normal et dans le glaucome, et sur la courbure de la cornée aux différents âges (en russe). (*Vratch*, 7 oct.)

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Löhlein (H.). Zur Diagnose der tuberkulösen Peritonitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 sept.)

Marx (S.). Medullary narcosis during labor. (*Med. Record*, 6 oct.) — Anesthésie obstétricale par la cocaïnisation de la moelle.

Noto (A.). Un caso di ciste dermoide della tromba. (*Arch. ital. di ginecol.*, août.)

Pastore (I.). L'oligoamnios considerato come fattore di procidenza del cordone e di sofferenze fetali. (*Riforma med.*, 10 nov.)

Perlsee (M.). Ueber Beseitigung von zurückgebliebenen Eihautresten und Behandlung der Endometritis puerperalis. (*Prag. med. Wochensch.*, 11 oct.) — Le nitrate d'argent contre la rétention des membranes et l'endométrite puerpérale.

Rossa (E.). Der Contractionsring in seinen Beziehungen zur Mechanik der Geburt. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Rapports de l'anneau de Bandl avec le mécanisme de l'accouchement.

Sänger (M.) et **Herff** (O. von). Encyklopädie der Geburtshülfe und Gynäkologie. Fasc. 12 à 25. In-8°, 544 p. Leipzig. F. C. W. Vogel.

Schröder (E.). Ueber die Häufigkeit der Retroversioflexio uteri bei Frauen ohne Genitalsymptome. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 3.) — Fréquence de la rétroversion utérine sans troubles du côté des organes génitaux.

Soloviev. Un cas de cancer primitif du vagin (en russe). (*Méd. Obozr.*, oct.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Crocq (J.). Un cas de mal perforant plantaire périphérique guéri par la faradisation du nerf tibial postérieur. (*Journ. de neurol.*, 20 nov.)

Frankenhäuser (F.). Das Faraday'sche Gesetz in der Elektrotherapie. Ein Beitrag zur wissenschaftlichen Begründung physikalischer Heilmethoden. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 1-4.) — La loi de Faraday en électrothérapie.

Moraga Porras (A.). Tratado práctico de electroterapia general y especial : galvanoterapia. T. Ier. In-8°, 194 p. avec fig. Santiago de Chili.

Villard (P.). Les courants alternatifs et la radiographie. (*Arch. d'électricité méd.*, oct.)

Weiss (M.). Zur Elektrotherapie der « rothen » Nase. (*Wien. med. Wochensch.*, 13 oct.) — Traitement électrique du « nez rouge ».

21e ANNÉE. — N° 16. Vingt centimes le numéro. 17 AVRIL 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

Nous publierons samedi prochain un numéro supplémentaire.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur G. Sanarelli est nommé professeur ordinaire d'hygiène.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur G. Port, privatdocent à la Faculté de médecine de Munich, est nommé professeur extraordinaire d'odontologie.

Faculté de médecine de Leipzig. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten F. Windscheid (*neurologie*); A. Kollmann (*chirurgie*).

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur A. Jesionek est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur I. Salvioli, professeur extraordinaire de pathologie générale, est nommé professeur ordinaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur S. Perret, médecin des hôpitaux et agrégé libre à la Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur J. Fioupe, médecin des hôpitaux de Marseille. — M. le docteur G. Bizzozero, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Turin.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1900* inclusivement (18 années) absolument complètes, soit les 20 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 182 francs pour la France, 220 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1900, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1900), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE LYON

Armeilla (G.). Le goitre lingual; étude clinique et traitement.

Battez (G.). Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite chez l'homme.

Bellissen (V.). Section du nerf radial dans les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Blain (J.). Résultats immédiats et éloignés du bouton de Murphy dans le traitement de la gangrène herniaire.

Boigey (M.). Les lésions du cœur dans la variole.

Boudin (P.). Corps étrangers de l'orbite.

Cade (A.). Etude de la constitution histologique normale et de quelques variations fonctionnelles et expérimentales des éléments sécréteurs des glandes gastriques du fond chez les animaux mammifères.

Caujole (P.). La médecine et les médecins dans l'œuvre de Balzac.

Champeaux (M.). Essais sur l'alcoolisme; causes sociales, conditions mentales, prophylaxie.

Charvet (J.). Du cœur rénal vrai et des hypertrophies scléreuses du myocarde qui doivent en être distinguées; anatomie pathologique et pathogénie.

Chevallier (P.). Nouvelle contribution à l'étude des myomes de la peau.

Clément (H.). Contribution à l'étude du sérodiagnostic de la tuberculose; son application aux cas de tuberculose chirurgicale.

Daday (P.). De l'actinomycose dans le département du Gard.

Fayolle (L.). Hémiplégie infantile; étude clinique sur l'état des membres hémiplégiques.

Feitu (R.). De l'agglutination du bacille de Koch par les épanchements tuberculeux; sérodiagnostic.

Ferran (C.). L'acétonurie et son traitement.

Gauléjac (H. de). Etude clinique et thérapeutique de la hanche paralytique chez l'enfant.

Gavard (F.). De l'intervention chirurgicale dans les suppurations pelviennes de la femme.

Gérard (R.). Des pleurésies putrides primitives avec pneumothorax.

Guffon (H.). De la phlébite gauche comme complication de l'appendicite.

Hollande (E.). Endothéliome des maxillaires.

Hugot (A.). Contribution à l'étude de la tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée (maladie d'Isambert).

Lévy (G.). Des entendants muets (alalie idiopathique de Coen).

Manaud (A.). La névrose d'angoisse (troubles nerveux d'origine sexuelle).

Nazlamov (J.). Contribution à l'étude de l'érythème induré (maladie de Bazin).

Nicollet (P.). Contribution à l'étude des réflexes dans la chorée de Sydenham.

Ovize (H.). Alcoolisme et dépopulation.

Périé (E.). Tuberculose de la conjonctive.

Perrier (S.). Des fistules hépato-bronchiques.

Plaussu (E.). Des phlegmons péri-utérins étendus à l'espace de Retzius.

Prothon (P.). Des lésions du fond de l'œil dans les infections générales aiguës.

Roy (E.). Des kystes dermoïdes du petit bassin ouverts dans la vessie.

Thomas (H.). Résultats éloignés du traitement de la tuberculose testiculaire par la castration.

Vieille (E.). La mort subite dans les affections organiques des centres nerveux; le traumatisme léger cause déterminante de la mort subite dans ces affections, au point de vue médico-légal.

Vincens (F.). De l'aérophagie et des troubles gastriques qui l'accompagnent.

Voron (J.). De la traction manuelle par les lacs dans les applications de forceps (traction sur les deux lacs, traction unilatérale).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Adolf (G.). Des rapports entre les côtes dites cervicales et certaines modifications de forme de la partie inférieure du thorax chez l'homme (en russe). (*Vratch*, 4 nov.)

Askanazy (M.). Ueber das Verhalten der Darmganglien bei Peritonitis. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 nov.) — De l'état des ganglions intestinaux dans la péritonite.

Baumgarten (P.). Ueber die histologische Differentialdiagnose zwischen den tuberculösen und syphilitischen Processen, speciell zwischen tuberculöser und gummöser Orchitis. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 nov.)

Bollinger (O.). Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie. 2e éd. T. II. In-8°, 173 p. avec 62 planches en couleurs. Munich.

Brosch (A.). Epibronchiale Pulsions-Divertikel. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 1.)

Carter (H.). Report of a case of extensive dissecting aneurysm of the aorta. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Dominici. Sur l'histologie de la rate au cours des états infectieux. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Dopter (Ch.). Sur un cas de sarcome angioplastique. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Flexner (S.). Nature and distribution of the new tissue in cirrhosis of the liver; preliminary communication. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, nov.) — Origine et distribution du tissu de nouvelle formation dans le foie cirrhotique.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Alessi (U.). Lesioni della corteccia cerebrale nelle nefriti sperimentali parenchimale e interstiziale. (*Riforma med.*, 5 et 6 nov.)

Brosch (A.). Die spontane Ruptur der Speiseröhre auf Grund neuer Untersuchungen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 1.) — Ruptures spontanées de l'œsophage.

Carrière (G.). Recherches expérimentales sur l'hérédité de la tuberculose ; influence des poisons tuberculeux. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Cristiani. Développement des greffes thyroïdiennes; analogie avec le développement embryonnaire du corps thyroïde et avec la formation du goitre hyperplasique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Garnier (L.) et **Lambert** (M.). Action des inhalations de chloroforme sur la teneur du sang en sucre. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Hitzig (E.). Ueber den Mechanismus gewisser cortikaler Sehstörungen des Hundes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 nov.) — Mécanisme de certains troubles visuels dus à des lésions de l'écorce cérébrale chez le chien.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Ascoli (G.) et **Draghi** (A.). Ueber den Stickstoffumsatz bei Blutentziehungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 nov.) — Influence des déplétions sanguines sur les échanges azotés.

Bosc (F.-J.) et **Vedel** (V.). De l'importance à accorder à l'osmonocivité dans la recherche pratique de la toxicité des liquides. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Croftan (A.). The rôle of the alloxuric bases in the production of the cardio-vascular changes of nephritis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Klingmann (Th.). Biological studies with reference to pathology (a delicate test for toxic states of the blood). (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.) — Un procédé pour la détermination de la toxicité du sang.

Leonhardt (M.). Die Pathogenese der Entzündung, der Blutungen und der multiplen Fettgewebs-Nekrose der Bauchspeicheldrüse und ihrer Umgebung in einem Falle einer solchen Erkrankung. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 2.) — Pathogénie de l'inflammation, des hémorrhagies et des nécrobioses multiples du tissu adipeux du pancréas.

Nicolas (J.), **Courmont** (P.) et **Prat** (R.). Sur la leucocytose totale et polynucléaire dans l'immunisation expérimentale par la toxine diphtérique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Sabrazès (J.), **Bourret** et **Léger** (M.). Les hématies à granulations basophiles dans le saturnisme expérimental et clinique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Silvestrini (R.). Urobilina, pigmento giallo e lipocromi. (*Clinica moderna*, 21 nov.)

Virchow (R.). Traumaticismus und Infection. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 1.)

MÉDECINE

Billings (F.). A report of cases of pernicious anæmia, with special reference to the blood-findings. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.) — Résultats de l'examen du sang dans 19 cas d'anémie pernicieuse.

Boinet (E.). Abcès du cerveau à pneumocoques. (*Marseille méd.*, 1er nov.)

Borgherini (A.). Cardiopatie familiari. (*Gazz. degli Osped.*, 11 nov.)

Bradshaw (T.). Myelopathic albumosuria. (*Brit. Med. Journ.*, 3 nov.)

Breitmann (M.). L'angine de poitrine d'origine syphilitique (en russe). (*Vratch*, 11 nov.)

Bryant (J.). Two cases of acute hæmorrhagic pancreatitis. (*Lancet*, 10 nov.)

Ceconi (A.). Granulia acutissima del polmone; sindrome peritonitica simulata dagli ascaridi. (*Gazz. degli Osped.*, 25 nov.)

Cohen-Kysper. Zur Pathogenese und Therapie des Asthmas. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 nov.)

Courmont (P.). L'agglutination du bacille de Koch par les épanchements tuberculeux (sérodiagnostic). (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Devic et **Teyssier** (J. de). Sur un cas de double lésion tricuspidienne avec anévrysme valvulaire non perforé. (*Province méd.*, 29 déc.)

Einhorn (M.). On apparent tumors of the abdomen. (*Med. Record*, 24 nov.)

Eisenberg (Ph.). Beiträge zur Fadenreaction. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 nov.)

Ferrannini (L.). La lipolisi nelle cirrosi venose del fegato; nota preventiva. (*Riforma med.*, 31 oct.)

Flügge et **Mering** (von). Klinisches Jahrbuch. T. VII, fasc. 4 et 5. In-8°, p. 359 à 574, avec fig. Iéna.

Garkavi (A.) et **Braslavsky** (P.). Deux cas d'acromégalie (en russe). (*Méd. Obozr.*, nov.)

MALADIES INFECTIEUSES

Angelini. L'enterite colibacillare acuta e le forme abortive di tifo addominale in rapporto alla siero-diagnostica ed alla coltura col metodo di Neuhauss modificato da Neufeld. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XX, 1.)

Behrmann (S.). Zur Prophylaxe der septischen und phlegmonösen Diphtherie. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXIX, 5-6.)

Chalmers (A.). Uncomplicated æstivo-autumnal fever in Europeans in the Gold Coast Colony, West Africa. (*Lancet*, 3 nov.)

Chatin (P.) et **Guinard** (L.). De l'influence de certains aliments sur la marche des infections et intoxications microbiennes. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Chavigny et **Malbot** (H.). La fièvre typhoïde à Constantine avec l'histoire de l'épidémie de 1899. (*Bull. méd. de l'Algérie*, oct. et nov.)

Claude (H.) et **Balthazard** (V.). Cryoscopie des urines dans quelques maladies infectieuses. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Curschmann (H.). Das Fleckfieber. In-8°, 164 p. avec fig. Vienne. — La fièvre pétéchiale.

Dartigolles. Méningite cérébro-spinale. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 et 25 nov.)

Donkin (H.). The diagnosis of diphtheria. (*Brit. Med. Journ.*, 3 nov.)

Drasche. Ueber die Verbreitungsweise des Abdominaltyphus. (*Wien. med. Wochensch.*, 10 nov.) — Sur le mode de diffusion de la fièvre typhoïde.

Durno (L.). Notes of a series of cases of glandular fever occurring in epidemic form. (*Brit. Med. Journ.*, 10 nov.)

Glogner (M.). Ueber Immunität gegen Malaria. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 2.)

Hossack (W.). The diagnosis of plague. (*Lancet*, 24 nov.) — Le diagnostic de la peste.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bär (L.). Die Paralyse in Stephansfeld. Ein Beitrag zur Statistik, Aetiologie und Casuistik der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren. In-8°, 90 p. Strasbourg.

Battelli (F.). Influence des différents composants du sang sur la nutrition des centres nerveux : action de l'eau, des sels inorganiques et du glucose. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Bechterev (V. von). Ueber die Bedeutung des Scapulo-Humeralreflexes. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 nov.)

Bernhardt (M.). Beitrag zur Symptomatologie der Facialislähmung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 et 19 nov.) — Symptomatologie de la paralysie faciale.

Brown (S.). Myasthenia gravis with clinical report of case. (*Med. Record*, 24 nov.)

Cassirer (R.). Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. In-8°, 609 p. Berlin.

Clayton (F.). Observations upon general paralysis and its occurrence in the royal navy. (*Edinburgh Med. Journ.*, nov.) — La paralysie générale; sa fréquence dans la marine anglaise.

Crocq (J.). Un cas de polynévrite urémique. (*Journ. de neurol.*, 20 nov.)

Decroly (O.). Paralysie faciale double d'origine périphérique. (*Journ. de neurol.*, 15 nov.)

Deiters. Beitrag zur Kenntnis der Typhuspsychosen. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 nov.)

Delteil (A.) et **Rouvière** (H.). Recherches sur le réflexe plantaire dans la paralysie générale. (*Rev. neurol.*, 15 nov.)

De Sanctis (S.). Insufficienza mentale e miopatia progressiva. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XX, 1.)

Dufour (H.). Catalepto-catatonie au cours de la fièvre typhoïde. (*Rev. neurol.*, 15 nov.)

Frenkel (H. S.). Die Behandlung der tabischen Ataxie mit Hilfe der Uebung; compensatorische Uebungstherapie, ihre Grundlagen und Technik. In-8°, 287 p. avec fig. Leipzig. — La rééducation des mouvements dans le traitement de l'ataxie des tabétiques.

Hartenberg (P.). Un procédé spécial pour provoquer le sommeil artificiel. (*Journ. de neurol.*, 15 nov.)

Hellate (P.). Troubles dus à une salivation d'origine psychopathique (en russe). (*Vratch*, 11 nov.)

PARASITOLOGIE

Grassi (B.) et **Noè** (G.). The propagation of the filariæ of the blood exclusively by means of the puncture of peculiar mosquitos; preliminary note. (*Brit. Med. Journ.*, 3 nov.) — L'inoculation de la filaire du sang par les piqûres de moustiques.

Nikitine (V.). Un cas d'actinomycose étendue avec localisation au cerveau (en russe). (*Méd. Obozr.*, nov.)

Pearson (L.) et **Ravenel** (M.). A case of pneumonomycosis due to the aspergillus fumigatus. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, oct.)

Tusini (G.). Ueber die Aktinomykose des Fusses. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 2.) — De l'actinomycose du pied.

CHIRURGIE

Schäfer (F.). Ueber Hautemphysem nach Schussverletzung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 2.) — De l'emphysème cutané consécutif à des plaies par armes à feu.

Schröder (W.). The value of pedicled flaps in injuries of the hand. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — Des lambeaux pédiculés dans le traitement des blessures de la main.

Senn (N.). Restitution of the continuity of the tibia by transplantation of the patella into an extensive osteomyelitic defect. (*Philadelphia Med. Journ.*, 27 oct.)

Sheild (A. M.). Some remarkable cases of sarcoma. (*Lancet*, 27 oct.)

Stein (L.). Ueber Echinococcus der Niere. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 oct.) — Kyste hydatique du rein.

Stiassny (S.). Ueber Pfählungsverletzungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 2.) — Des blessures par empalement.

Stimson (L.). Cubitus varus; or, « gunstock » deformity following fracture of the lower end of the humerus. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Terrier (F.) et **Reymond** (E.). A propos de la suture des plaies du cœur. (*Rev. de chir.*, oct.)

Tilmann. Der schnellende Finger. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 oct.) — Le doigt à ressort.

Vaccari (A.). Contributo allo studio dell'eziologia celtica delle fratture spontanee. (*Ann. di med. navale*, nov.-déc.) — Le rôle de la syphilis dans la production des fractures spontanées.

Villard (E.). De la gastro-duodénostomie souspylorique. (*Rev. de chir.*, oct.)

Zérénine (V.). Emploi des tendons de renne pour les sutures dans la pratique chirurgicale courante (en russe). (*Méd. Obozr.*, oct.)

Zimmermann (A.). Ueber Operation und Erfolge der Dickdarm-Resektion wegen Carcinom. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 2.) — Des procédés de résection du rectum pour cancer du gros intestin et de leurs résultats.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Soutorikhine (N.). Un procédé simple d'hystérectomie vaginale (en russe). (*Méd. Obozr.*, oct.)

Stroganoff (W.). 58 Fälle von Eklampsie ohne Todesfall von dieser Erkrankung. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Une série de 58 cas d'éclampsie tous terminés par la guérison.

Szili (A.). Ueber die moleculäre Concentration des Blutes bei Eclampsia gravidarum. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 oct.)

Transactions of the Edinburgh Obstetrical Society (1899-1900). T. XXV. In-8°, 262 p. Edimbourg.

Vaucaire (R.). Formulaire de gynécologie (thérapeutique, traitements des maladies des femmes). 2e éd. In-18, 508 p. avec fig.

Waldstein (E.). Ueber Cystenbildung in Ovarialresten. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 oct.) — De la formation de kystes dans les moignons ovariens.

Winter (G.). Genügt die vaginale Uterusexstirpation als radicale Krebsoperation? (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIII, 3.) — L'hystérectomie vaginale suffit-elle comme opération radicale dans le cancer?

Wormser (E.). Ueber die Verwertung der Röntgenstrahlen in der Geburtshülfe. (*Beiträge z. Geburtsh. u. Gynäkol.*, III, 3.) — La radiographie en obstétrique.

PÉDIATRIE

Neter (E.). Die Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstanz. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, fasc. suppl.) — L'ingestion de capsules surrénales contre le rachitisme.

Neumann (A.). Ueber dilatative Herzschwäche im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, 3 et 4.) — De l'affaiblissement du cœur par dilatation de cet organe.

Ranke (H. von). Zur chirurgischen Behandlung des nomatösen Brandes. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 oct.) — Traitement chirurgical du noma.

Strjelbitzky (I.). Trois cas de spasme congénital de la glotte à forme insolite (en russe). (*Méd. Obozr.*, août.)

Troïtzky (I.). Limites normales de la grande et de la petite matité cardiaque chez les enfants (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, juillet.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bernheim (S.). La médication ergotée (ergot de seigle, ergotine, ergotinine); étude expérimentale et clinique. In-18, 197 p.

Flérov (K.). Le koumys comme moyen thérapeutique (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, juillet et août.)

Hawthorn (E.). Effets thérapeutiques et physiologiques de l'extrait kératinique. (*Marseille méd.*, 1er et 15 sept. et 1er oct.)

Lemoine (G.). Manuel de thérapeutique clinique (partie médicale). 3e éd. In-8°, 788 p.

Marcinowski. Zur Atropinbehandlung des Ileus. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 oct.)

Pouchet (G.). Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale. 2e série : hypnotiques; modificateurs intellectuels. In-8°, 900 p. avec fig.

Roos (E.). Zur Behandlung der Obstipation. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 oct.) — La levure de bière contre la constipation habituelle.

Stewart (C. B.). On the methods of making antitoxic and preventive fluids, with special reference to those of plague. (*Brit. Med. Journ.*, 27 oct.) — Préparation de sérums antitoxiques et préventifs et notamment de sérums antipesteux.

Touatre (J.). Traitement de la fièvre jaune. (*Arch. de méd. navale*, oct.)

Witthauer (K.). Die Behandlung der Gallensteinkrankheit mit Olivenöl. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 oct.) — L'huile d'olive contre la lithiase biliaire.

BACTÉRIOLOGIE

Nicolle (M.). Eléments de microbiologie générale. In-8°, 346 p. avec fig.

Pane (N.). Un metodo semplice per la dimostrazione del bacillo di Koch nei prodotti tubercolari in putrefazione. (*Riforma med.*, 5 oct.)

Papasotiriu (J.). Notiz über den Einfluss des Petroleums auf den Diphtheriebacillus. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 oct.) — Action du pétrole à l'égard du bacille de la diphtérie.

Rees (D.). The bacteriology of plague. (*Brit. Med. Journ.*, 27 oct.) — Bactériologie de la peste.

Röger. Metapneumonischer Abscess mit dem Diplococcus pneumoniae in Reincultur. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 oct.) — Abcès métapneumonique contenant des diplocoques de la pneumonie à l'état de culture pure.

Warnecke. Befund von Xerosebacillen bei progredienter Phlegmone, secundärer Wundinfection und Otitis interna. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 oct.)

GÉNÉRALITÉS

Dembo (G.). Esquisse sur l'activité de la commission pour l'étude de l'alcoolisme (1898-1900). In-8°, 103 p. Saint-Pétersbourg.

Gley (E.). Essais de philosophie et d'histoire de la biologie. In-18, 343 p.

Index-catalogue of the library of the Surgeon-General's Office, United States Army; authors and subjects. 2e série. T. V : Enamel-Fyuner. In-4°, 1127 p. Washington.

Jahrbücher der hamburgischen Staatskrankenanstalten. VI. Band (Jahrgang 1897-1898). In-8°, L-598 p. avec fig. Hambourg. — Annales des hôpitaux de Hambourg.

Régnier (L. R.). La mécanothérapie; application du mouvement à la cure des maladies. In-16, 92 p. avec fig.

Tondeur (H.). Récits de la vie médicale. In-18, 204 p.

Treves (F.). Tale of a field hospital. In-16, 118 p. avec fig. Londres.

Triboulet (H.) et **Mathieu** (F.). L'alcool et l'alcoolisme (notions générales, toxicologie et physiologie, pathologie, thérapeutique, prophylaxie). In-8°, 257 p.

Zunz (E.). De la séparation des albuminoïdes par l'emploi des sels. (*Ann. de la Soc. royale des scienc. méd. et natur. de Bruxelles*, IX, 2-3.)

LA
SEMAINE MÉDICALE
Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le professeur C. Günther, privatdocent de bactériologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur A. Rovighi, professeur extraordinaire de pathologie médicale, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur E. Krückmann, privatdocent d'ophtalmologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Marbourg. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur A. Buchholz, privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur D. Mirto est nommé privatdocent de médecine légale.

Faculté de médecine de Rostock. — M. le docteur O. Körner, professeur ordinaire honoraire, est nommé professeur ordinaire d'otologie et de laryngologie.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur C. Bürker est nommé privatdocent de physiologie.

Anderson's College Medical School de Glasgow. — M. le docteur R. S. Thomson est nommé professeur de médecine.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

***Années 1881* et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.**

***Années 1883* à *1900* inclusivement (18 années) absolument complètes, soit les 20 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 182 francs pour la France, 220 francs pour l'étranger.**

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1900, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE LYON

Aucaigne (Ch.). De la talalgie blennorrhagique et du traitement de cette affection par l'intervention chirurgicale dans les cas chroniques de la forme simple.

Bailliart (P.). Traitement chirurgical de la myopie, en particulier par la suppression du cristallin.

Belval (D. de). Contribution à l'étude des déchirures du segment inférieur de l'utérus et de leur traitement.

Bertrand (J.). Contribution à l'étude de la défense de l'économie contre l'infection éberthienne, en particulier du rôle du globule blanc.

Besson (M.). Des artérites d'origine rhumatismale et de l'aortite abdominale en particulier.

Bonnet (L.-M.). Sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des anévrysmes spontanés de l'aorte.

Borderies (G.). Des opérations utérines et juxtautérines pendant la grossesse.

Borie (A.). Le sarcome d'origine primitive intramusculaire (étude clinique).

Boutin (C.). Contribution à l'étude clinique du syndrome de Landry post-grippal.

Brionval (P.). La crise appendiculaire (étude pathogénique et étiologique).

Cariès (H.). La péritonite typhique; son diagnostic et son traitement chirurgical.

Carret (M.). Traitement opératoire des déformations rachitiques des jambes et en particulier leur allongement par l'ostéotomie longitudinale.

Chapellier (E.). De la thyroïdine dans les retards de consolidation et dans les pseudarthroses.

Clément (F.). La tuberculose vertébrale des vieillards; formes cliniques et diagnostic.

Cornet (P.). De la thrombo-phlébite du sinus latéral consécutif à l'otite moyenne purulente; étude clinique et traitement.

Dreyfus (L.). Des œdèmes vasomoteurs à la face.

Escher (D.). Albuminurie gravidique récidivante.

Evrard (Ch.). De certains néoplasmes cutanés et en particulier de l'épithélioma sébacé molluscoïde.

Fontagné (A.). Contribution à l'étude du pied plat valgus douloureux; pathogénie et traitement.

Guérin (R.). Pronostic clinique de l'albuminurie résiduale.

Guilhaumon (A.). Des kystes du canal de Nück.

Joly (L.). Etude expérimentale de quelques symptômes de la rage.

Lajoux (G.). Les anévrysmes valvulaires du cœur.

Maître (P.). Etude critique sur la recherche du traitement de la tuberculose.

Marland (L.). Du diagnostic différentiel des hydrorrhées nasales.

Massol (A.). Des fractures de côtes fermées et particulièrement de leur suppuration coexistant avec des infections des poumons.

Mayrac (A.). Du tatouage.

Michel (A.). Des blessures du rectum par armes à feu; contribution à la chirurgie d'armée.

Miécamp (L.). Pathogénie de l'œdème aigu du poumon.

Mileff (S.). L'actinomycose mammaire.

Molin (H.). La dyschondroplasie (étude radiographique et clinique).

Nicolle (M.). Des déchirures du bord interne de l'iris par contusion du globe oculaire.

Notin (G.). Scarlatine et streptococcie.

Pascal (M.). Contribution à l'étude clinique des eaux de Montbrun-les-Bains.

Pasteur (F.). Considérations sur le traitement non sanglant des luxations anciennes du coude.

Petit (L.). Des lésions des capsules surrénales dans la syphilis congénitale.

Pichon (R.). De l'état des vésicules séminales chez les prostatiques; vésiculites des prostatiques.

Raoux (H.). Contribution à l'étude de la thyrotomie.

Ravet (C.). Traitement du cancer utérin par la quinine, d'après la méthode de M. Jaboulay.

Rigot (H.). Etude expérimentale et clinique sur quelques persulfates alcalins et sur la persodine.

Romain (M[lle] J.). Rapport du plan du détroit supérieur avec les saillies osseuses de la région sacro-lombaire.

Roudié (E.). Le cancer du pharynx et les pharyngectomies larges (étude clinique et statistique).

Sivan (L.). Des anévrysmes de l'artère péronière et plus particulièrement des anévrysmes diffus.

Soulier (M.). Contribution à l'étude pharmacodynamique du chlorhydrate d'éthylmorphine (dionine); son emploi en thérapeutique oculaire.

Talabère (H.). Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale métapneumonique (étude séméiologique, clinique et bactériologique).

Téchoueyres (E.). Essai sur les phénomènes cliniques qui peuvent s'associer à la respiration de Cheyne-Stokes.

Vennat (H.). Contribution à l'étude de la paralysie radiale consécutive aux fractures de l'humérus chez l'enfant.

Vernotte (L.). De l'emploi des injections souscutanées de nitrate d'argent comme moyen révulsif (étude clinique).

Vire (J.). De l'albuminurie orthostatique.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Greenough (R.). On the presence of the so-called « Plimmer's bodies » in carcinoma. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, 23 oct.)

Lapinsky (M.). Ein Beitrag zur Kenntnis der anatomischen Veränderungen im Cerebralnervensystem bei cerebraler Kinderlähmung. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, nov.) — Les lésions du cerveau dans la paralysie infantile cérébrale.

May (R.). Orceïn zum Nachweise elastischer Fasern im Sputum. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 5-6.) — L'orcéine comme moyen de déceler la présence de fibres élastiques dans les crachats.

Mitchell (J.). Study of a mummy affected with anterior poliomyelitis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 10 nov.) — Etude d'une momie présentant les signes de la poliomyélite antérieure.

Schmidt (M.). Ueber seltene Spaltbildungen im Bereiche des mittleren Stirnfortsatzes. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 2.) — De quelques fissures rares au niveau de l'apophyse frontale moyenne.

Strauss (H.) et **Rohnstein** (R.). Die Blutzusammensetzung bei den verschiedenen Anämieen; morphologische Studien mit besonderer Berücksichtigung der Leukocyten. In-8°, 223 p. avec fig. Berlin. — Les leucocytes dans les différentes sortes d'anémie.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Hoche (A.). Weitere Mitteilungen über elektrische Reizungsversuche am Rückenmark von Enthaupteten. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1[er] nov.) — Excitation électrique de la moelle chez les décapités.

Krämer (C.). Experimentelle Beiträge zum Studium der Hodentuberculose. (*Wien. med. Wochensch.*, 3 nov.) — Recherches expérimentales sur la tuberculose du testicule.

Lagriffoul (A.) et **Denoyès** (J.). Action des courants de haute fréquence sur la tuberculose expérimentale. (*Arch. d'électricité méd.*, nov.)

Mangoubi (S.). Recherches expérimentales sur la fonction des amygdales (en russe). (*Vratch*, 28 oct.)

Nicolas (J.) et **Lesieur** (Ch.). Essais de neutralisation des toxines diphtérique et tétanique par l'hyposulfite de soude chez le cobaye. (*Province méd.*, 3 nov.)

Piccoli (E.). Sulla rigenerazione parziale della prostata. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 3.)

Seelig (A.). Ueber Phloridzindiabetes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1[er] nov.)

Talma (S.). Over de bactericide werking der gal. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 déc.) — Sur l'action bactéricide de la bile.

MÉDECINE

Caccini (V.). Tecnica del sondaggio dell'esofago. (*Supplem. al Policlinico*, 4 août.)

Gauthier (Ch.-L.). Pneumonie contusive chez un alcoolique; suppuration à pneumocoques d'un foyer de fracture de côte. (*Lyon méd.*, 4 et 11 nov.)

Hochhaus (H.). Ueber functionelle Herzkrankheiten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1[er] nov.) — Des maladies fonctionnelles du cœur.

Hödlmoser (C.). Zur Diagnose des latenten Oesophaguscarcinoms. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1[er] nov.)

Hoffmann (A.). Emphysem und Atelektase. In-8°, 141 p. Vienne.

Innocenti (L.) et **Marsili** (G.). Contributo alla casistica della pleurite pulsante. (*Riforma med.*, 12 et 13 nov.)

Jessen (F.). Ueber die Beziehungen des Oliverschen Symptoms zum Aortenaneurysma und zu intrathoracalen Geschwülsten. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 nov.) — Rapports du signe d'Oliver avec l'anévrysme de l'aorte et les tumeurs intrathoraciques.

Jünger. Ein Fall von Leukämie, complicirt mit Miliar-Tuberkulose. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 2.)

Jürgensen (E.). Zur Pathologie des Magencarcinoms. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 5-6.) — Deux cas de cancer de l'estomac.

Kersbergen (L.). Ueber die sogenannte Frühgährung der Fäces und ihre diagnostische Bedeutung für die Functionsprüfung des Darmes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 5-6.) — La fermentation dite précoce des fèces; sa valeur pour le diagnostic des troubles intestinaux.

Kissinger (P.). Ueber die Beziehungen von traumatischen Einflüssen zur Entstehung von Gelenkrheumatismus, und über den pyogenen Ursprung desselben. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 281.) — Les rapports du rhumatisme articulaire avec le traumatisme.

Klein et **Allaire**. Pleurésie interlobaire et radioscopie. (*Gaz. méd. de Nantes*, 24 nov. et 1[er] déc.)

Knaak. Die Krankheiten im Kriege. In-8°, 183 p. Leipzig. — Les maladies en temps de guerre.

Kowarski (A.). Ueber die Empfindlichkeit der vereinfachten Modificationen der Phenylhydrazinprobe zum Nachweis von Zucker im Harne. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 nov.) — Sur la sensibilité des procédés simplifiés de recherche du sucre dans les urines au moyen de la phénylhydrazine.

Ladame (P.). L'encéphalite aiguë non suppurée et la thrombose des sinus crâniens. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Leyden (E. von) et **Pfeiffer** (E.). Verhandlungen des 18. Congresses für innere Medicin, gehalten zu Wiesbaden, vom 18.-21. April 1900. In-8°, LXIII-646 p. avec fig. Wiesbaden. — Compte-rendu du dix-huitième Congrès de médecine interne, tenu à Wiesbaden en 1900.

Liebermeister (C.). Grundriss der inneren Medicin. In-8°, 432 p. Tubingue.

Metzger (L.). Ueber den Einfluss von Nährklysmen auf die Saftsecretion des Magens. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 nov.) — Influence des lavements alimentaires sur la sécrétion du suc gastrique.

Philippsohn (H.). Ueber den klinischen Wert der A. Schmidt'schen Methoden zur Functionsprüfung des Darmes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 oct., 5 et 12 nov.) — Valeur clinique de l'examen du fonctionnement de l'intestin d'après la méthode de A. Schmidt.

Pinatelle. Obstruction intestinale post-typhique. (*Lyon méd.*, 11 nov.)

Porte. Hémorrhagies périodiques chez l'homme. (*Dauphiné méd.*, oct.)

Ritter (G. von). Ueber einen Fall von durch eine « Streptothrix » bedingter Pleuritis ulcerosa mit metastatischen Gehirnabscessen. (*Prag. med. Wochensch.*, 1er nov.) — Pleurésie ulcéreuse causée par un streptothrix avec abcès métastatiques du cerveau.

Robinson (B.). Some clinical aspects of gout. (*Med. Record*, 10 nov.)

Runeberg (J.). Ueber Verlauf und Behandlung der Arteriosclerose. (*Therapie der Gegenwart*, nov.) — Evolution clinique et traitement de l'artériosclérose.

Rütimeyer (L.). Zum klinischen Verhalten des Magencarcinoms. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 nov.) — Des aspects cliniques du cancer de l'estomac.

Schauman (O.). Sind irgendwelche genetischen Beziehungen zwischen den allgemeinen Neurosen und der Appendicitis denkbar? (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er nov.) — Peut-on admettre l'existence de rapports pathogéniques entre les névroses et l'appendicite?

MALADIES INFECTIEUSES

Koplik (H.). Rötheln. Beitrag zur genaueren Unterscheidung der Rötheln von Masern oder Scharlach. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXIX, 5-6.) — Diagnostic différentiel de la rubéole d'avec la rougeole ou la scarlatine.

Navarre (P.-J.). La théorie des moustiques est-elle univoque? (*Lyon méd.*, 18 et 25 nov.)

Sano (F.). Un cas de rage humaine suivi d'autopsie. (*Journ. de neurol.*, 5 nov.)

Savage (W.). Remarks on ten cases of enteric fever in which the blood was examined periodically for agglutinative properties. (*Lancet*, 17 nov.) — Sur les propriétés agglutinantes du sang dans 10 cas de fièvre typhoïde.

Thayer (W.). Observations on the blood in typhoid fever; an analysis of the examinations of blood in typhoid fever made in the Johns Hopkins Hospital during eleven years. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, 16 oct.) — Le sang des typhoïdiques.

Tooth (H.). Enteric fever in the army in South Africa, with remarks on inoculation. (*Brit. Med. Journ.*, 10 nov.)

Trevelyan (E.). On diphtheritic paralysis. (*Lancet*, 24 nov.)

Waldvogel. Das Verhalten des Blutgefrierpunkts beim Typhus abdominalis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 nov.) — Cryoscopie du sang des typhoïdiques.

Weiss (S.). Differential diagnosis between abdominal typhoid and appendicitis by means of iodin reaction; report of a case. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 nov.)

Ziemann (H.). Zweiter Bericht über Malaria und Moskitos an der afrikanischen Westküste. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 et 29 nov.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Boeri (G.) et **Simonelli** (L.). Sui disturbi della respirazione negli emiplegici. (*Atti dell'Accad. med.-chir. di Napoli*, LIV, 4.)

Henschen (S. E.). Revue critique de la doctrine sur le centre cortical de la vision. (Trad. du suédois par H. Dor.) In-8°, 154 p. avec fig.

Hesse (F.). Neurose im Gebiet des Plexus cervicalis und brachialis in Folge eines kranken Zahnes. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 nov.) — Névrose dans le domaine des plexus cervical et brachial, consécutive à une affection dentaire.

Hoffmann (A.). Zur Kenntnis der Hemiatrophia facialis progressiva. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er nov.)

Infeld (M.). Ueber einen Fall von posthemiplegischem Intentionstremor. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er nov.)

Köster (G.). Klinischer und experimenteller Beitrag zur Lehre von der Lähmung des Nervus facialis, zugleich ein Beitrag zur Physiologie des Geschmackes, der Schweiss-, Speichel- und Thränenabsonderung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 3-4 et 5-6.) — Recherches sur la paralysie du nerf facial, sur les fonctions gustatives et sur la sécrétion de la sueur, de la salive et des larmes.

Krafft-Ebing (R. von). Nervosität und neurasthenische Zustände. 2e éd. In-8°, 210 p. Vienne.

Kreuser (H.). Spätgenesungen bei Geisteskrankheiten. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 6.) — Des guérisons tardives chez les aliénés.

Marandon de Montyel (E.). Contribution à l'étude des rapports de l'impaludisme et de la paralysie générale. (*Rev. de méd.*, nov.)

Meyer (E.) et **Wickel** (C.). Zur Opium-Brom-Cur nach Flechsig (Ziehen'sche Modification). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 nov.)

Mönkemöller. Zur Lehre von den Herdsymptomen bei Dementia paralytica. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 6.) — Signes de lésions cérébrales en foyers dans un cas de paralysie générale.

Oppenheim (H.). Die myasthenische Paralyse (Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund). In-8°, 170 p. avec fig. Berlin.

Ossipow (V.). Zur Symptomatologie der Kinderlähmungen. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, nov.) — Contribution à la séméiologie de la paralysie infantile.

Parhon (C.) et **Goldstein** (M.). Contributiuni la studiul paralisiei pseudo-bulbare. (*Spitalul*, 15 oct.)

Pastrovich (G. de). Ueber das Babinski'sche Zehenphänomen. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, nov.) — Du phénomène des orteils.

Pilcz (A.). Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie des periodischen Irreseins. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, nov.) — Etiologie et anatomie pathologique de la folie périodique.

Remak (E.). Neuritis und Polyneuritis. 2e partie. In-8°, p. 291 à 714. Vienne.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Brownlie (A.). Ichthyol and its uses in some skin diseases. (*Lancet*, 24 nov.) — L'ichtyol dans le traitement de certaines dermatoses.

Fabry (J.). Ueber einen eigenthümlichen Fall von Dermographismus (Urticaria chronica, factitia, haemorrhagica). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIV, 1.)

Finger (E.). Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. 5e éd. In-8°, 355 p. avec fig. Vienne.

Heuss (E.). Lichen planus der Urethralschleimhaut. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 nov.) — Lichen plan de la muqueuse de l'urèthre.

Jänicke (A.). Zur Behandlung des Pruritus senilis. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 1er déc.) — Traitement du prurit sénile par le brossage.

Jarisch (A.). Die Hautkrankheiten. 2e partie. In-8°, p. 435 à 1055, avec fig. Vienne. — Les maladies de la peau.

Kopytowski (W.). Zur pathologischen Anatomie des Herpes zoster. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIV, 1.)

Lieven (A.). Die Syphilis der oberen Luftwege unter besonderer Berücksichtigung der differentiellen Diagnose und der lokalen Therapie. 2. Teil : Die Syphilis der Mund-und Rachenhöhle. In-8°, 112 p. avec fig. Iéna. — La syphilis bucco-pharyngée.

Malherbe (H.). Œdème éléphantiasique des lèvres traité et guéri par les scarifications linéaires. (*Gaz. méd. de Nantes*, 17 nov.)

Mantegazza (U.). A proposito di un caso di lepra tubercolare osservato nella provincia di Pavia. (*Riforma med.*, 29 et 30 oct.)

Marcuse (J.). Die Syphilis der Leber. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 nov.) — La syphilis du foie.

Matzenauer (R.). Zur Frage der Identität des Pemphigus neonatorum und der Impetigo contagiosa. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 nov.)

Neumann (J.). Das Syringocystom. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIV, 1.)

Patoir. De l'écrouelle syphilitique; bubon syphilitique ramolli. (*Echo méd. du Nord*, 18 nov.)

Piza (M.). Ueber Hautentzündung durch Primelgift (Dermatitis e Primula obconica Hance). (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 nov.)

Rabitsch Bey. Die venerischen Krankheiten in Aegypten. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er, 8, 15, 22 et 29 sept., 6, 13, 20 et 27 oct., 17 et 24 nov.) — Les maladies vénériennes en Egypte.

Sabrazès. Diagnostic de la lèpre nerveuse au début de son évolution par l'examen bactérioscopique d'un filet nerveux sensitif excisé au niveau d'une zone analgésique; rôle des moustiques dans l'inoculation de la lèpre. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Scheib (A.). Syphilis mit gummöser Affection des Magens und Darmes sowie der Lungen bei einem 51jährigen Manne. (*Prag. med. Wochensch.*, 8 et 15 nov.) — Gommes syphilitiques de l'estomac, de l'intestin et des poumons.

Schiffmacher (J.). Beitrag zur Kasuistik und Therapie der Mykosis fungoides. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 5-6.)

Schleissner (F.). Favus bei Neugeborenen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIV, 1.) — Le favus chez le nouveau-né.

Sellei (J.). Ueber das idiopathische Kaposi'sche Sarcoma multiplex (pigmentosum) haemorrhagicum. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er nov.)

Stanislawski (W.). Ueber einen Fall von gonorrhoischer Urethritis mit Affection der Gelenke, symmetrischem hornartigen Hautausschlag und Ausfallen der Nägel. (*Monatsb. über die Krankh. des Harn-und Sexual-Apparates*, V, 11.) — Blennorrhagie avec arthrite blennorrhagique, éruptions symétriques de la peau et chute des ongles.

Van Dorssen (J. H.). Die Lepra in Ost-Indien während des 17. und 18. Jahrhunderts. (Trad. du hollandais par F. C. Ihlow.) In-8°, 52 p. Berlin.

Wälsch (L.). Weitere Erfahrungen über die Injectionsbehandlung der Bubonen mit physiologischer Kochsalzlösung. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIV, 1.) — Du traitement des bubons par la ponction aspiratrice suivie d'injection de solution physiologique de chlorure de sodium.

Welander (E.). Zur Frage von der Behandlung mit Quecksilber-Säckchen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIV, 1.) — Du traitement par le port de petits sacs contenant du mercure.

Whitfield (A.). A note on the bacteriology of one form of eczema. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, nov.)

CHIRURGIE

Bergmann (von), **Bruns** (von) et **Mikulicz** (von). Handbuch der praktischen Chirurgie. II. Band : Chirurgie des Halses, der Brust und des Beckens. In-8°, 1103 p. avec fig. Stuttgart.

Borchardt (M.). Ganglienbildung in der Sehne des Musculus triceps brachii; ein Beitrag zur Pathogenese der Ganglien. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 3.) — Kyste synovial développé dans le tendon du triceps brachial.

Bouchaud. Plaie de l'artère vertébrale gauche; hématorachis; compression de la moelle. (*Rev. de méd.*, nov.)

Buchanan (J.). Traumatic rupture of the small intestine; abdominal section, recovery. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Bullitt (J.). Retrenchment of lipomatous abdominal wall combined with operation for radical cure of umbilical hernia. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Caminiti (R.). Sull'occlusione intestinale da diverticolo di Meckel. (*Gazz. degli Osped.*, 18 nov.)

Carstens (J.). The ligature, and value of dry sterilized catgut. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Corner (E.) et **Singer** (H.). Acute emphysematous gangrene : a clinical and bacteriological digest, with details of a new case. (*Lancet*, 17 nov.)

Dollinger (J.). Die intrakranielle Entfernung des Ganglion Gasseri ohne Unterbindung der Arteria meningea media. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 3 nov.) — L'extirpation intracrânienne du ganglion de Gasser sans ligature de l'artère méningée moyenne.

Domenichini (G.). Intorno alla cocainizzazione del midollo spinale. (*Policlinico*, 3 nov.)

Drucbert (J.). Remarques critiques sur la signification exacte du terme « exclusion de l'intestin ». (*Echo méd. du Nord*, 11 nov.)

Elder (J. M.). Report of a case of strangulated obturator hernia. (*Ann. of Surgery*, août.)

Erdmann (J.). Report of 3 cases of intestinal obstruction due to Meckel's diverticula. (*Med. Record*, 27 oct.)

Fenger (Ch.). Conservative Operationen für renale Retention in Folge von Stricturen oder Klappenbildung am Ureter. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 3.) — Des opérations conservatrices dans la rétention rénale consécutive au rétrécissement de l'uretère ou à la formation de valvules dans ce canal.

Fischer (H.). Die Osteomyelitis traumatica purulenta cranii; klinischer Bericht. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 1-2 et 5-6; LVII, 1-2 et 3-4.)

Flockemann (A.), **Ringel** (T.) et **Wieting** (J.). Kurzer Bericht über die im süd-afrikanischen Kriege von der zweiten (Hamburgischen) Expedition der « Deutschen Vereine vom rothen Kreuz » gemachten Kriegserfahrungen. (*Fortsch. der Med.*, 21 nov.) — Les plaies par armes à feu observées par la seconde expédition de la Croix-Rouge allemande pendant la guerre sud-africaine.

Fowler (G.). Cocain analgesia from subarachnoid spinal injection, with a report of 44 cases, together with a report of a case in which antipyrin was used. (*Philadelphia Med. Journ.*, 3 nov.)

Franz. Beitrag zur Frage der freien Gelenkkörper. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 3-4.) — Des corps articulaires mobiles.

Frazier (Ch.). The operative treatment of cirrhosis of the liver; report of a successful case. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Gerulanos (M.). Lungencomplicationen nach operativen Eingriffen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 3-4.) — Des complications pulmonaires consécutives aux interventions opératoires.

Gibson (Ch.). A study of 1,000 operations for acute intestinal obstruction and gangrenous hernia. (*Ann. of Surgery*, oct. et nov.)

Gigli (L.). Ueber einige Modificationen an dem Instrumentarium und der Technik der Kraniektomie mit meiner Drahtsäge. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 1er déc.)

Grognot (H.). Observation de fracture des deux condyles fémoraux sans phénomènes articulaires. (*Gaz. méd. de Nantes*, 3 nov.)

Gross (F.). Zur Casuistik der Darmlipome. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 nov.) — Lipomes de l'intestin.

Grounauer (L.). Ostéotomie cunéiforme supracondylienne double pour un cas de genua valga; guérison. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Grünbaum (R.). « Ikonometrie. » Eine neue Methode für Skoliosenzeichnung und-Messung; vorläufige Mitteilung. (*Wien. med. Presse*, 4 nov.) — Une nouvelle méthode de représentation graphique et de mensuration de la scoliose.

Hahn (O.). Zur Diagnostik der malignen Strumen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 3.)

Hartmann (H.). Technique de la colostomie dans le traitement de certaines tumeurs inopérables du rectum. (*Rev. de chir.*, nov.)

Heurtaux. Epanchement sanguin considérable, entre la dure-mère et les os du crâne, sans fracture, par suite d'une chute sur la tête; trépanation, guérison. (*Gaz. méd. de Nantes*, 10 nov.)

Hibbs (R.). Lengthening the tendo Achillis. (*Lancet*, 3 nov.) — La cure du pied bot par l'élongation du tendon d'Achille.

Hinterstoisser (H.). Beiträge zur Technik der Darmvereinigung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 nov.) — Technique de la suture intestinale.

Hitschmann (F.) et **Lindenthal** (O.). Ein weiterer Beitrag zur Pathologie und Aetiologie der « gangrène foudroyante ». (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 nov.)

Lüning (A.) et **Schulthess** (W.). Atlas und Grundriss der orthopädischen Chirurgie. In-8°, 610 p. avec planches en couleurs. Munich.

Marocco (G.). Sull'ulcera duodenale. (*Riforma med.*, 21, 22, 23, 24 et 26 nov.)

OPHTALMOLOGIE

Crainiceanu (G.). Die Gesundheitspflege der Augen. In-8°, 74 p. avec une planche en couleurs. Tubingue. — L'hygiène des yeux.

De Vries (W. M.). Amblyopia toxica door jodoform. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 22 déc.)

Dor (L.). Glaucome inflammatoire et hémorrhagique guéri par la sympathectomie. (*Lyon méd.*, 2 déc.)

Greeff (R.). Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung des Auges. 2e éd. In-8°, 128 p. avec fig. Berlin. — L'examen microscopique de l'œil.

Hunsche (K.). Das Vorkommen des Demodex folliculorum am Augenlide und seine Beziehungen zu Liderkrankungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 nov.) — La présence du *demodex folliculorum* sur les paupières et ses rapports avec les affections palpébrales.

Kirchner (H.). Eine wenig bekannte Pupillenreaction (Lidschlussreflex der Pupille) und ihre therapeutische Verwertung. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 oct. et 6 nov.) — Le réflexe pupillaire provoqué par la fermeture des paupières et son utilisation thérapeutique.

Mathieu (F.). A propos d'un cas de conjonctivite diphtérique. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Oeller (J.). Atlas of rare ophthalmoscopic conditions and supplementary plates of the atlas of ophthalmoscopy. (Trad. de l'allemand par Th. Snowball.) 1er fasc. In-folio, 5 planches en couleurs avec texte explicatif. Wiesbaden.

Rosenbach (O.). Hat die Hyperaemie resp. Cocain-Anaemie der Conjunctiva palpebralis Einfluss auf die Weite oder den Puls der Arteria temporalis superficialis? (*Münch. med. Wochensch.*, 20 nov.) — De l'influence exercée sur le calibre et le pouls de l'artère temporale par l'hyperémie de la conjonctive palpébrale et par l'ischémie cocaïnique de cette muqueuse.

Salzmann (M.). Die Zonula ciliaris und ihr Verhältniss zur Umgebung; eine anatomische Studie. In-8°, 90 p. avec fig. Vienne.

Straub (M.). De normale refractie van het menschelijk oog. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1er déc.)

Terson. De l'arrachement d'un lambeau de la capsule antérieure au cours de l'extraction de la cataracte, envisagé dans ses rapports avec les divers procédés opératoires. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Trombetta (E.). Ambliopia alcoolica e ambliopia nicotinica. (*Clinica moderna*, 28 nov.)

Tschermak (A.). Ueber physiologische und pathologische Anpassung des Auges. In-8°, 31 p. Leipzig. — L'adaptation physiologique et pathologique de l'œil.

Wecker (L. de). Sclérotomie et iridectomie combinées. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Babo (Agnes von). Ueber intraovarielle Bildung mesonephrischer Adenomyome und Cystadenomyome. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 3.)

Baldwin (J.). The diagnosis of ectopic pregnancy before rupture, based on eleven cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Le diagnostic de la grossesse ectopique avant sa rupture.

Blumreich (L.). Ueber abnormen Geburtsmechanismus bei Placenta prævia. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 3.) — Des particularités du mécanisme de l'accouchement dans les cas de placenta prævia.

Bumm (E.), **Veit** (J.) et **Frommel** (R.). Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie (13. Jahrgang, 1899). In-8°, 1043 p. Wiesbaden. — Compte rendu des progrès réalisés en obstétrique et en gynécologie pendant l'année 1899.

Burckhard (G.). Ueber Thrombose und Embolie nach Myomoperationen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 1.)

Christiani (A.). Ein Beitrag zur operativen Behandlung des Gebärmuttervorfalls. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 1.) — Traitement chirurgical du prolapsus utérin.

Commandeur. Des procidences du cordon dans la poche des eaux. (*Province méd.*, 10 nov.)

Drejer. Om födselstangens brug. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, nov.) — 428 applications de forceps.

Engelmann (F.). Ueber eine sehr seltene Form von Dammruptur. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 nov.) — Sur une forme très rare de rupture du périnée.

Goldspohn (A.). Erroneous objections to bilateral inguinal celiotomy and shortening of the round ligaments via the dilated internal inguinal rings, and its superior ultimate results in simple and complicated aseptic retroversions of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Gross (O.). Beitrag zur Symphyseotomie im Anschluss an einen Fall von künstlicher Frühgeburt; Symphyseotomie; Perforation. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Sur un cas d'accouchement provoqué ayant nécessité la craniotomie malgré une symphyséotomie préalable.

Guérard (H. A. von). Herzfehler und Schwangerschaft. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Maladies du cœur et grossesse.

Jorfida (M.). Due isterectomie totali vaginali per infezione puerperale. (*Gazz. degli Osped.*, 21 oct.)

Kehrer (F.). Zur Lehre von den Uterusrupturen. (*Zeitsch. f. prakt. Aerzte*, 25 nov.)

Landau (L.). Ueber den frühen Nachweis von freier Bauchwassersucht. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 nov.) — Le toucher vaginal comme moyen de diagnostic précoce de l'ascite.

Migliorini (G.). Ricerche istologiche sull'epitelio e sulle paracheratosi dell'amnios umano. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 3.)

Olshausen (R.). Beitrag zur Lehre vom Mechanismus der Geburt auf Grund klinischer Beobachtungen und Erfahrungen. In-8°, 55 p. avec fig. Stuttgart. — Le mécanisme de l'accouchement.

Orthmann (E. G.). Vademecum für histopathologische Untersuchungen in der Gynäkologie. In-8°, 174 p. avec fig. Berlin.

Ouspensky (V.). Quatre cas d'opération césarienne classique pour bassins rétrécis (en russe). (*Méd. Obozr.*, nov.)

Petersen (A.). Studier over tubarsvangerskabets pathogenese samt den tubare œgindlejring. (*Thèse de Copenhague.*)

Polano (O.). Klinische und anatomische Beiträge zur weiblichen Genitaltuberculose. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 1.) — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la tuberculose des organes génitaux de la femme.

Steiner (V.). Zur Behandlung des Puerperalfiebers. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 nov.) — Sur un cas de fièvre puerpérale traité sans succès apparent par le sérum antistreptococcique.

GÉNÉRALITÉS

Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. XVII, 2e fasc. In-8°, p. 215 à 572, avec fig. Berlin. — Travaux de l'Office sanitaire impérial [allemand].

Eulenburg (A.). Encyclopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde (9. Jahrgang). In-8°, 644 p. avec fig. Vienne.

L'école des ambulancières et des gardes-malades. 3e éd. 2 vol. In-18, 912 p.

Matthiolius. Tagebuchblätter aus dem Boerenkriege 1899-1900. In-8°, 169 p. avec carte. Leipzig. — Journal de la guerre du Transvaal.

Quarré-Reybourbon (L.). Lille et Béthune; la peste à Lille en 1667 et la confrérie des charitables de Saint-Eloi de Béthune. In-8°, 15 p. avec fig. Lille.

Reincke (J.). Das Medicinalwesen des Hamburgischen Staates. Eine Sammlung der gesetzlichen Bestimmungen für das Medicinalwesen in Hamburg. 3e éd. In-8°, 493 p. Hambourg. — Recueil des règlements sanitaires pour l'Etat de Hambourg.

Schaper. Charité-Annalen (25. Jahrgang). In-8°, 555 p. avec fig. Berlin.

Statistischer Sanitätsbericht der k. u. k. Kriegsmarine für die Jahre 1898 und 1899. [Publication officielle.] In-4°, 180 p. Vienne. — Statistique sanitaire de la marine de guerre autrichienne pour les années 1898 et 1899.

21e ANNÉE. — N° 18. **Vingt centimes le numéro.** 24 AVRIL 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs A. Katz et S. Erben (*médecine interne*); R. Savor (*obstétrique et gynécologie*).

St. Bartholomew's Hospital and College de Londres. — M. le docteur W. H. Jessop est nommé lecteur d'ophtalmologie.

Owens College de Manchester. — M. le docteur R. B. Wild est nommé professeur de thérapeutique et de matière médicale, en remplacement de M. Leech, décédé.

Bellevue Hospital Medical College de New-York. — M. le docteur J. E. Weeks, lecteur, est nommé professeur de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Noyes, décédé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Brösike (G.). Anatomischer Atlas des gesamten menschlichen Körpers mit besonderer Berücksichtigung der Topographie. T. Ier, 1re partie. In-8°, 120 p. avec fig. Berlin.

Corson (E.). A skiagraphic study of the normal membral epiphyses at the thirteenth year. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Keiller (W.). On the use of formalin in the dissecting room. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 déc.) — Emploi du formol à la salle de dissection.

Morin. Radiographies relatives à la formation et à l'accroissement du système osseux. (*Gaz. méd. de Nantes*, 3 et 17 nov., 1er, 22 et 29 déc.)

Reddingius (R.). Ueber die Kernkörperchen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 2.) — Sur les corpuscules nucléaires.

Spalteholz (W.). Hand-atlas of human anatomy (Trad. de l'allemand par L. F. Barker.) T. Ier. In-8°, 235 p. avec fig. Leipzig.

PHYSIOLOGIE

Bernstein (J.). Lehrbuch der Physiologie des tierischen Organismus, im speciellen des Menschen. 2e éd. In-8°, 697 p. avec fig. Stuttgart. — Traité de physiologie.

Carruthers (S.). A contribution to the mechanism of articulate speech. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept., oct. et nov.) — Sur le mécanisme de la parole.

Chatin (P.) et **Guinard** (L.). Etude sur la toxicité comparée du sérum de la veine et de l'artère rénales. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Mohr (C.). Compendium der Physiologie für die medicinischen Prüfungen. In-8°, 189 p. Leipzig.

Uhlenhuth. Neuer Beitrag zum specifischen Nachweis von Eiereiweiss auf biologischem Wege. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 nov.) — La recherche de l'albumine de l'œuf par la méthode biologique.

Verworn (M.). Physiologie générale. (Trad. de l'allemand par E. Hédon.) In-8°, 664 p. avec fig. Schleicher frères.

MÉDECINE

Netter. Méningites aiguës non tuberculeuses. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, nov.)

Pane (N.). Sull'anemia progressiva mortale senza corpuscoli rossi nucleati nel sangue. (*Riforma med.*, 14 nov.)

Schmidt (R.). Ueber eine bei Pleuritis und Perihepatitis fibrinosa zu beobachtende Reflexzuckung im Bereiche der Bauchmusculatur («respiratorischer Bauchdeckenreflex»). (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 nov.) — Sur un réflexe respiratoire de la paroi abdominale, observé au cours de la pleurésie sèche et de la périhépatite fibrineuse.

Schrötter (L. von). Erkrankungen der Gefässe. I. Hälfte, 2. Abteilung : Erkrankungen der Arterien (Schluss). In-8°, p. 308 à 418, avec fig. Vienne. — Les maladies des artères.

Spitzer (W.). Ueber traumatisches Coma diabeticum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 nov.)

Starck (H.). Die Divertikel der Speiseröhre. In-8°, 206 p. avec fig. Leipzig. — Les diverticules de l'œsophage.

Stein (L.). Ein Fall von Endocarditis gonorrhoica. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 nov.)

Stengel (A.). Aneurysm of the arch of the aorta, with rupture into the superior vena cava. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Sticker (G.). Lungenblutungen, Anämie und Hyperämie der Lunge, Lungenödem, Schimmelpilzkrankheiten der Lunge. In-8°, 192 p. Vienne. — Hémorrhagies pulmonaires, anémie et hyperémie du poumon, œdème pulmonaire, mycoses du poumon.

Struppler (Th.). Zur Pathologie der multiplen nichteiterigen Myositis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 5-6.) — De la polymyosite non purulente.

Tedeschi (G.). Studii ulteriori sulla splenomegalia pretubercolare. (*Riforma med.*, 15 et 16 nov.)

Thomas. Végétations et myxœdème. (*Marseille méd.*, 15 nov.)

Walsham (H.). On the diagnosis of thoracic aneurysm by the Röntgen rays. (*Lancet*, 3 nov.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Boeri (G.). Ricerche cliniche sulla respirazione, sulla tosse, sul riso, sul pianto e sullo sbadiglio degli emiplegici. (*Riforma med.*, 11, 12 et 13 déc.)

Maixner (E.). O bulbárnich priznacich pri syringomyelii. (*Casopis lékaru ceskych*, 20 et 27 oct.) — Symptômes bulbaires dans la syringomyélie.

Pastrovich (G. de) et **Modena** (G.). Sopra un caso di epilessia da trauma della regione prefrontale. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 4.)

Reynolds (E.). An epidemic of peripheral neuritis amongst beer drinkers in Manchester and district. (*Brit. Med. Journ.*, 24 nov.) — Névrites périphériques consécutives à la consommation de bière contenant de l'arsenic.

Schaffer (K.). Ueber Tabes und Paralyse. In-8°, 296 p. avec fig. Iéna.

Serrigny (R.). Un cas de paralysie générale survenue pendant une syphilis secondaire; marche rapide; ictus apoplectiforme avec issue fatale; épilepsie jacksonienne. (*Ann. médico-psychol.*, nov.-déc.)

Vogt (O.). Ueber den Einfluss einiger psychischer Zustände auf Kniephänomen und Muskeltonus. (*Zeitsch. f. Hypnotismus*, X, 4.) — Influence de certains états psychiques sur le réflexe rotulien et le tonus musculaire.

Vold (J.). Ueber « Hallucinationen », vorzüglich « Gesichts-Hallucinationen », auf der Grundlage von cutan-motorischen Zuständen und auf derjenigen von vergangenen Gesichts-Eindrücken. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 6.)

Wanner (F.) et **Gudden** (H.). Die Schallleitung der Schädelknochen bei Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 15 oct. et 1er nov.) — La conductibilité des os du crâne pour les sons dans les affections du cerveau et des méninges.

Weygandt (W.). Die Behandlung idiotischer und imbeciller Kinder in ärztlicher und pädagogischer Beziehung. In-8°, 103 p. avec fig. Wurtzbourg. — Le traitement médical et pédagogique des jeunes idiots et imbéciles.

CHIRURGIE

De Cesare (Z.). Studio sulle mediastiniti : mediastinite suppurativa, ascesso mediastinico. In-8°, 143 p. Rome.

Hofmann (C.). Ueber die Verwendung von Draht zum dauernden Ersatz für Kontinuitätsdefekte der Knochen, besonders auch des Unterkiefers. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 17 nov.) — Sur l'emploi des fils de fer pour combler les solutions de continuité des os, notamment de la mâchoire inférieure.

Hofmeister (F.). Ueber die Behandlung brandiger Brüche mit primärer Darmresektion. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 3.) — La résection intestinale immédiate dans le traitement de la hernie gangrenée.

Huismans (L.). Ein Fall von tödtlicher parenchymatöser Colonblutung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 nov.) — Hémorrhagie parenchymateuse mortelle du côlon.

Jaboulay. Variétés de la luxation congénitale de la hanche. (*Lyon méd.*, 4 nov.)

Kirchmayr (L.). Zur Casuistik der subcutanen Sehnenrupturen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 nov.) — Deux cas de rupture sous-cutanée de tendons.

Koch (C. F.). Enkele gevallen van pneumotomie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 8 déc.)

Körte (W.). Ein Fall von Aneurysma der Arteria iliaca externa mit Berstung und consecutiver Unterbindung der Arteria iliaca communis und Aorta. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 nov.) — Anévrysme de l'artère iliaque externe; rupture du sac anévrysmal; ligature de l'artère iliaque primitive et de l'aorte.

Korteweg (J. A.). De behandeling van pseudarthrosen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 17 nov.)

Kramer (H.). Zur Neurolyse und Nervennaht. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 2 et 3.)

Küttner (H.). Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem südafrikanischen Kriege 1899-1900. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 3.) — La chirurgie d'armée dans la guerre du Transvaal.

Lewin (K.). Der heisse Umschlag als diagnostisches Hilfsmittel. (*Blätter f. klin. Hydrothe-rapie*, oct.-nov.) — L'emploi de la chaleur comme moyen de diagnostic de la présence du pus.

Lexer (E.). Operation einer fötalen Inclusion der Bauchhöhle. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 2.)

Lothrop (H.) et **Pratt** (J.). A report of two cases of filariasis; operation for lymphatic varices and chylous hydrocele, with removal of adult worms. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Mariani (C.). Incisione circolare unica come cura radicale delle varici e delle piaghe varicose agli arti inferiori. (*Gazz. degli Osped.*, 25 nov.)

Matignon (J.-J.). Syncope et début d'asphyxie consécutifs à une plaie laryngo-trachéale par une balle de petit calibre; bons effets des tractions rythmées de la langue. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 nov.)

Mikhaïlov (N.). L'intervention opératoire dans l'ulcère rond de l'estomac (en russe). (*Méd. Obozr.*, nov.)

Miller (S.). Aneurysm of spermatic artery simulating oblique inguinal hernia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 17 nov.)

Minine (A.). De la photothérapie en chirurgie (en russe). (*Vratch*, 18 nov.)

Montagnon et **Duchamp.** Oblitération d'une anastomose cysto-gastrique dans un cas de rétention biliaire. (*Loire méd.*, nov.)

Musser (J.). Subpectoral abscess. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Niclot et **Massoulard.** De la mammite chronique chez l'homme adulte. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Nové-Josserand (G.). Relation de l'autopsie d'une luxation congénitale de la hanche, opérée suivant la méthode de Lorenz. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, nov.)

Parlavecchio (G.). Considerazioni su 160 ernie curate coll'operazione radicale. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XX, 1.)

Péraire (M.) et **Mally** (F.). De la résection du nerf médian à l'avant-bras, résection rendue nécessaire par la présence d'un lipome dissociant de ce nerf. (*Rev. de chir.*, nov.)

Port (K.). Zur Frage der Heilbarkeit der habituellen Skoliose. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 nov.) — Sur la curabilité de la scoliose résultant d'une attitude vicieuse habituelle.

Remedi (V.). Le fistole congenite del collo. In-8°, 47 p. Sienne. — Les fistules congénitales du cou.

Schäfer (F.). Die Lanze; eine geschichtliche und kriegschirurgische Studie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 3.) — Etude historique et chirurgicale sur l'emploi de la lance.

Schiller (A.). Zur Verwendung ungedrehter Rennthiersehnenfäden als Naht- und Ligaturmaterial. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 nov.) — Le tendon de renne pour sutures et ligatures.

UROLOGIE

Bierhoff (F.). Œdema bullosum vesicæ. (*Med. News*, 24 nov.)

Gersuny (R.). Paraffineinspritzung bei Incontinentia urinae. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er déc.) — Injection de vaseline liquide dans un cas d'incontinence d'urine.

Landau (L.). Nierenausschaltung durch Harnleiterunterbindung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 nov.) — Exclusion du rein au moyen de la ligature de l'uretère.

Lennander (K.). Pyonephrose, exstirpirt aus einer rechten Niere mit zwei Nierenbecken und zwei Ureteren. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 3.) — Pyonéphrose d'un rein droit avec deux bassinets et deux uretères; extirpation.

Russell (R.-H.). Operation for severe hypospadias. (*Brit. Med. Journ.*, 17 nov.)

Scarcella (A.) et **Sapuppo** (E.). La cura della cistite purulenta coi lavaggi al solfofenato di zinco. (*Riforma med.*, 28 et 29 nov.)

Stockmann (F.). Cinq cas de cathétérisme des uretères dans un but thérapeutique (en russe). (*Vratch*, 21 oct.)

Wasiliew (M. A.). Die Traumen der männlichen Harnröhre. Historische, anatomische und klinische Untersuchungen. 2e partie. In-8o, 166 p. avec fig. Berlin. — Les traumatismes de l'urèthre chez l'homme.

Young (H.). Ueber ein neues Verfahren zur Exstirpation der Samenblasen und der Vasa deferentia, nebst Bericht über zwei Fälle. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 3.) — Nouveau procédé d'extirpation des vésicules séminales et du canal déférent.

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Pryor (W.). Puerperal sepsis : its pathology and treatment. (*Med. Record*, 27 oct.)

Reed (Ch.). A contribution to the surgical treatment of uterine displacements. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Sticher. Die Bedeutung der Scheidenkeime in der Geburtshülfe. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 1.) — Rôle des microbes du vagin dans l'étiologie des affections puerpérales.

Stocker (S.). Scheidenexstirpation bei Prolaps. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 nov.) — Extirpation du vagin pour prolapsus utérin.

Strassmann (P.). Ueber Embryoma ovarii. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 3.)

Straus (W.). Tubargravidität bei gleichzeitiger Intrauterinschwangerschaft. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 1.) — Coexistence d'une grossesse tubaire avec une grossesse intra-utérine.

Ver Eecke (A.). Les échanges matériels dans leurs rapports avec les phases de la vie sexuelle; étude des lois des échanges nutritifs pendant la gestation. (*Mémoires couronnés et autres mémoires publiés par l'Acad. royale de méd. de Belgique*, XV, 7.)

Vogel (G.). Facialisparese nach Spontangeburt. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Paralysie faciale après un accouchement spontané.

Weindler (F.). Zur Diagnose der frühzeitigen Extrauteringravidität, mit Hülfe der Menstruationscurven. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 3.) — Diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine au moyen des tracés de la menstruation.

Wertheim (E.). Zur Frage der Radicaloperation beim Uteruskrebs. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 3.) — Cure radicale du cancer de l'utérus.

Woff (I.). Evolution et traitement de la grossesse intra-utérine (en russe). (*Méd. Obozr.*, nov.)

Wormser (E.). Ueber spontane Gangrän der Beine im Wochenbette. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 nov.) — De la gangrène spontanée des jambes chez les nouvelles accouchées.

Wülfing (H.). Zur Pathologie der Geschwulstbildung im weiblichen Geschlechtsapparat. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 1.) — Pathologie des tumeurs des organes génitaux de la femme.

PÉDIATRIE

Blacher (W.). Ein Bericht über die klinische Bedeutung der Harnanalyse bei Athrepsie. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXIX, 5-6.) — Valeur clinique de l'analyse des urines dans l'athrepsie.

Blackader (A. D.). Enteric fever in childhood. (*Arch. of Pediatrics*, sept.)

Concetti (L.). Les méningites aiguës non tuberculeuses dans l'enfance. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, nov.)

Dungern (von). Eine praktische Methode, um Kuhmilch leichter verdaulich zu machen. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 nov.) — Le lait de vache rendu digestible pour le nourrisson au moyen de la présure.

Griffith (J.). Recurrent vomiting in children (cyclic vomiting). (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Guinon (L.). Suffocation par la macroglossie chez un nouveau-né syphilitique. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, déc.)

Guttmann (H.). Arzneiverordnungen in der Kinderpraxis. 3e éd. In-12, 110 p. Berlin. — Formulaire de thérapeutique infantile.

Jemma (R.). Disturbi gastro-intestinali in bambino allevato al seno, dovuti ad eccesso di burro nel latte. (*Gazz. degli Osped.*, 4 nov.)

Kissel (A.). Noma consécutif à la rougeole, chez un enfant de cinq ans, compliqué de dysenterie et de pneumonie; guérison (en russe). (*Méd. Obozr.*, nov.)

Lannois et **Fayolle.** Hypertrophie osseuse dans un cas d'hémiplégie infantile avec athétosochorée. (*Lyon méd.*, 18 nov.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Alapy (H.). Ueber die Einpflanzung eines Hautlappens nach Thiersch zur Heilung schwerer Stenosen des Kehlkopfes und der Luftröhre. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 29 déc.) — Rétrécissement grave du larynx guéri par les greffes de Thiersch.

Avellis (G.). Typische Form von Kehlkopfneuralgie. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 nov.) — La névralgie franche du laryngé supérieur.

Charles. Corps étranger du larynx; sa localisation dans le sinus de Morgagni; extraction par les voies naturelles. (*Dauphiné méd.*, déc.)

Eschweiler (R.). Ohrenärztliche Diagnostik, mit therapeutischen Anmerkungen und Anhang : Rhinologische Diagnostik. In-8o, 102 p. avec fig. Vienne. — Diagnostic des affections des oreilles et du nez.

Flatau (Th.). Die Behandlung des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege. (*Berlin. Klinik*, nov.) — Le traitement du catarrhe chronique des voies respiratoires supérieures.

Jürgens (E.). Ueber den Wert der Percussion zur Diagnose der Erkrankungen des Warzenfortsatzes. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, nov.) — Valeur de la percussion pour le diagnostic de la mastoïdite.

Killian (G.). Die Thrombophlebitis des oberen Längsblutleiters nach Entzündung der Stirnhöhlenschleimhaut. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVII, 4.) — La thrombophlébite du sinus longitudinal supérieur consécutive à l'inflammation de la muqueuse du sinus frontal.

Krieg. Atlas der Nasenkrankheiten. Fasc. 1er. In-4o, 24 p. avec planches en couleurs. Stuttgart. — Atlas des maladies du nez.

Lacoarret. Un cas de nodules des cordes vocales; guérison par le traitement médical. (*Ann. de la policlin. de Toulouse*, oct.)

Lublinski (W.). Zur Behandlung der Pachydermia laryngis mit Salicylsäure. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 nov.)

Piaget (R.). Extraction de corps étranger de l'oreille par décollement du conduit auditif. (*Dauphiné méd.*, oct.)

Rhese. Ueber sympathische Ohrenerkrankungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 nov.) — Du retentissement « sympathique » des lésions d'une oreille sur l'autre oreille.

Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft auf der 9. Versammlung in Heidelberg am 1. und 2. Juni 1900. In-8o, 131 p. avec fig. Iéna. — Compte rendu du neuvième Congrès de la Société allemande d'otologie, tenu à Heidelberg en 1900.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Binda (C.). Sulla diffusione del piombo nei cadaveri; nuovi criteri per la diagnosi differenziale tra avvelenamento vero e simulato. (*Giorn. di med. legale*, juillet-août.)

Fritsch (H.). Gerichtsärztliche Geburtshülfe. In-8o, 210 p. avec fig. Stuttgart. — Obstétrique médico-légale.

Heller (A.). Zur Lehre vom Selbstmorde nach 300 Sectionen. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 nov.) — Recherches anatomo-pathologiques sur 300 cadavres de suicidés.

Slovtzov (B.). De l'emmagasinement de l'arsenic par le tissu hépatique dans l'intoxication arsenicale chronique (en russe). (*Vratch*, 28 oct.)

Tedde (P.). Sulle alterazioni istologiche cui va incontro la placenta abbandonata in varii ambienti. (*Riforma med.*, 30 nov., 1er et 3 déc.)

Zorn (L.). Ueber einen Fall von Formalinvergiftung. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 nov.) — Sur un cas d'intoxication par le formol.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Demme (C.). Weitere Beiträge zur Atropinbehandlung des Ileus. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 nov.)

Du Toit (G. L.). Observations relating to the symptoms and effects of oxygen inhalation. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

Filatov (N.) et **Gold** (V.). Effet favorable des compresses imbibées d'alcool dans un cas d'appendicite chez un enfant (en russe). (*Méd. Obozr.*, nov.)

Floersheim (S.). The use of the suprarenal capsule in diseases of the lower air passages; a preliminary report. (*Med. Record*, 17 nov.) — L'opothérapie surrénale dans le traitement des affections broncho-pulmonaires.

Giudiceandrea. Sull'azione ematogena del rame. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XX, 1.) — Sur l'action hématogène de l'acétate de cuivre dans la chloro-anémie.

Grünbaum (O.). Suprarenal gland extract as a hœmostatic. (*Brit. Med. Journ.*, 3 nov.)

Harnsberger (S.). Value of potassium bicarbonate in colds and influenza. (*Philadelphia Med. Journ.*, 10 nov.)

Holz. Zur Atropinbehandlung des Ileus. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 nov.)

Lévachov (S.). Du traitement de l'épanchement pleurétique séreux (en russe). (*Vratch*, 18 nov.)

Lusignoli (A.). Morbo del Werlhof; guarigione con iniezioni endovenose di sublimato. (*Riforma med.*, 27 nov.)

Lüttgen. Zur Atropinbehandlung des Ileus. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 nov.)

Lyonnet (B.). De l'emploi thérapeutique du salicylate d'amyle (éther amyl-salicylique). (*Lyon méd.*, 18 nov.)

Rifaux (M.). De la valeur thérapeutique de l'eau oxygénée. (*Lyon méd.*, 4 nov.)

Roth (M.). Ueber Heissluftbehandlung. (*Wien. med. Wochensch.*, 3, 10, 17 et 24 nov.) — Des applications thérapeutiques de l'air chaud.

Schäfer. Hat Ichthyol eine Wirkung bei tuberculösen Erkrankungen der Lunge und bei Lungenschwindsucht und welche? (*Therapie der Gegenwart*, nov.) — L'ichtyol contre la tuberculose pulmonaire.

Stursberg (H.). Zur Therapie der croupösen Pneumonie mit besonderer Berücksichtigung der Statistik. (*Therapie der Gegenwart*, nov.)

BACTÉRIOLOGIE

Baumgarten (P. von) et **Tangl** (F.). Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen (14. Jahrgang, 1898). In-8o, 1055 p. Brunswick. — Compte rendu des progrès réalisés dans l'étude des microbes pathogènes pendant l'année 1898.

Benedetti (L.). Sulle pretese forme attinomicotiche del bacillo della tubercolosi dei mammiferi; ricerche sperimentali. (*Riforma med.*, 2 et 3 nov.)

Benvenuti (E.). Sopra uno speciale reperto batteriologico dell'espettorato nella gangrena polmonare (bacilli pseudo-tubercolari). (*Gazz. degli Osped.*, 25 nov.)

De Rossi (G.). Di un metodo semplice per colorare le ciglia dei batteri. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 3.)

Lesieur (Ch.). Contribution à l'étude du diagnostic bactériologique de la diphtérie; recherches sur la fréquence et les caractères des bacilles pseudo-diphtériques (valeur de la réaction de Neisser). (*Province méd.*, 27 oct. et 3 nov.)

Noguchi (H.). The effect of cold upon the vitality of the bacilli of bubonic plague. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, nov.) — Influence du froid sur la vitalité du bacille de la peste.

21e ANNÉE. — N° 19. Vingt centimes le numéro. 1er MAI 1901.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bade. Die Ossifikation des menschlichen Fussskeletts nach Röntgogrammen. (*Fortsch. auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, III, 4.) — Le squelette du pied, d'après une série de radiographies.

Chaine (J.). Anatomie comparée de certains muscles sus-hyoïdiens. In-8°, 210 p. avec fig.

Hocevar (M.). Zur Topographie der Thränendrüse und tubulo-acinöser Drüsen der Augenlider des Menschen. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er et 8 déc.) — Topographie de la glande lacrymale et des glandes tubo-acineuses des paupières.

Lafite-Dupont. La glande infra-orbitaire et la boule graisseuse de Bichat. In-8°, 13 p. avec fig. Nancy.

Merkel (F.) et **Bonnet** (R.). Ergebnisse der Anatomie und Entwickelungsgeschichte (Jahrgang 1899). T. IX. In-8°, 886 p. avec fig. Wiesbaden. — Revue des travaux d'anatomie et d'embryologie publiés en 1899.

Rosin et **Fenyvessy** (B. von). Ueber das Lipochrom der Nervenzellen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 3.)

Schwalbe (G.). Jahresberichte über die Fortschritte der Anatomie und Entwicklungsgeschichte (Jahrgang 1899). T. V. In-8°, 1211 p. Iéna. — Revue annuelle des progrès de l'anatomie et de l'embryologie.

Varaldo (F.). Studio comparativo sui caratteri istologici e fisici del sangue della vena e delle arterie ombellicali nel neonato. (*Arch. di ostet. e ginecol.*, déc.)

Zuckerkandl (E.). Beiträge zur Anatomie des Riechcentrums. In-8°, 42 p. avec fig. Vienne. — Anatomie du centre olfactif.

PHYSIOLOGIE

Bocci (B.). Note ed appunti di tecnica fisiologica. In-8°, 42 p. avec planches. Sienne.

Deganello (U.). Asportazione dei canali semicircolari; alterazioni consecutive nelle cellule dei nuclei bulbari e del cervelletto. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 4.)

Donath (J.) et **Lukács** (H.). Die elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln unter Curare-Wirkung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 5-6.) — Influence exercée par le curare sur l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles.

Edmunds (W.). Further observations and experiments on the thyroid and parathyroid. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.)

Galeotti (G.). Sulle proprietà osmotiche delle cellule. (*Riv. di scienze biol.*, nov.-déc.)

Hamburger (H.-J.). Sur la résistance des globules rouges; analyse des phénomènes et proposition pour mettre de « l'unité » dans les évaluations. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Hartogh et **Schumm** (O.). Zur Frage der Zuckerbildung aus Fett. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, XLV, 1-2.) — De la formation du sucre aux dépens de la graisse.

Jaquet (A.). Höhenklima und Blutbildung. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, XLV, 1-2.) — Le climat d'altitude et l'hématopoïèse.

Jolles (A.). Ueber bei der Oxydation von Harnbestandteilen beobachtete Relationen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 déc.) — Recherches sur l'oxydation des parties constituantes de l'urine.

Löwy (A.) et **Pickardt** (M.). Ueber die Bedeutung reinen Pflanzeneiweisses für die Ernährung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 déc.) — Valeur alimentaire de l'albumine végétale pure.

Müller (F.). Experimentelle Beiträge zur Eisentherapie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 déc.) — Recherches expérimentales sur l'action hématopoiétique du fer.

Popelsky (L.). Physiologie du plexus cœliaque (en russe). (*Vratch*, 16 et 23 déc.)

Sachs (H.). Ueber das Verhalten der Glykogenbildung ausserhalb der Leber nach Laevulosezufuhr. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 5-6.) — Sur la formation du glycogène en dehors du foie sous l'influence de l'ingestion de lévulose.

Stein (S. von). Ueber den Einfluss chemischer Stoffe auf den Process der Krystallisation des Hämoglobins. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 3.) — Influence des substances chimiques sur la cristallisation de l'hémoglobine.

Stoner (H.). A theory of the physiology of spinal anesthesia. (*Med. News*, 29 déc.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Baldwin (F.). Primary carcinoma of the pancreas, with reports of four new cases. (*Philadelphia Med. Journ.*, 22 déc.)

Blauel. Ueber Sarcome der Ileocoecal-Gegend. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 3.) — Des sarcomes de la région iléo-cæcale.

Brühl (G.). Zur Histologie der Ohrpolypen. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVIII, 1-2.) — Structure microscopique des polypes de l'oreille.

Dionisi (A.). Sui sarcomi primitivi del fegato. (*Policlinico*, 1er déc.) — Des sarcomes primitifs du foie.

Ferrannini (L.). Le fine alterazioni dei centri nervosi e dello stomaco nella tetania gastrica. (*Arch. ital. di med. interna*, III, 3-6.)

Foà (P.). Contribuzione anatomica e sperimentale alla patologia delle capsule surrenali. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 4.)

Herbert (H.). The young plasma cell or lymphocyte in chronic inflammation. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.)

Herxheimer (G.). Ueber fibrinöse Entzündungen des Darmes und der serösen Häute. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 3.) — Des inflammations fibrineuses de l'intestin et des séreuses.

Josué (O.). De l'origine des leucocytes dans la moelle des os à l'état normal et dans les infections. (*Rev. de méd.*, déc.)

Kichensky (D.). Dépôts calcaires des poumons et de l'estomac (en russe). (*Méd. Obozr.*, déc.)

Litten (M.). Ueber amyloide Degeneration, mit besonderer Berücksichtigung der Nieren. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 et 24 déc.) — De la dégénérescence amyloïde en général et de celle du rein en particulier.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Carini (F.). Le modificazioni strutturali delle cellule nervose del midollo spinale nella cocainizzazione alla Bier. (*Policlinico*, 22 déc.)

Castronuovo (G.). Sull'infezione ed intossicazione dei conigli sottoposti a digiuno ed alla sieroterapia specifica. (*Gazz. degli Osped.*, 16 déc.) — L'infection et l'intoxication des lapins soumis au jeûne et à la sérothérapie spécifique.

Cluzet (J.). Syndrome électrique observé à la suite de l'anémie expérimentale de la moelle. (*Arch. d'électricité méd.*, déc.)

Cosentino (A.). Iperleucocitosi e potere battericida negli animali timectomizzati. (*Gazz. degli Osped.*, 9 déc.)

De Vecchi (B.). Sulla tubercolosi sperimentale delle capsule surrenali; nota preventiva. (*Riforma med.*, 10 déc.)

Dubard. Contribution à l'étude des rapports des tuberculoses entre elles. (*Bourgogne méd.*, nov.)

Freudweiler (M.). Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Gichtknoten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 1-2.) — Recherches expérimentales sur la production des concrétions uratiques.

Friedberger (E.). Ueber den Uebergang von Blutkörperchen agglutinirenden Substanzen in den Urin. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 déc.) — Sur le passage dans l'urine des substances qui agglutinent les hématies.

Kelling (G.). Ueber Prothesen bei Magen- und Darm-Vereinigungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 4.) — La prothèse dans les abouchements de segments gastro-intestinaux.

Kijanitzin (J.). Weitere Untersuchungen über den Einfluss sterilisirter Luft auf Thiere. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 3.) — L'action de l'air stérilisé sur les animaux.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Apostolico (E.). Genesi delle antitossine e nuova teoria dell'immunità specifica acquisita e della infezione. (*Morgagni*, déc.)

Aron (E.). Zur Ursache der Erkrankung in verdünnter Luft (nach Versuchen am Menschen). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 1-2.) — Pathogénie des troubles produits par l'air raréfié.

Biernacki (E.). Beobachtungen über die Glykolyse in pathologischen Zuständen, insbesondere bei Diabetes und functionellen Neurosen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 5-6.) — De la glycolyse dans divers états pathologiques, notamment dans le diabète sucré et les névroses fonctionnelles.

Dopter (Ch.). La phagocytose dans la dysenterie. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Grandy (Ch.). A modification of the mosquito theory. (*Med. News*, 8 déc.)

Jaquet (A.) et **Svenson** (N.). Zur Kenntnis des Stoffwechsels fettsüchtiger Individuen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 5-6.) — Des échanges intra-organiques chez les obèses.

Milroy (J.). A contribution to our knowledge of a rare form of albumose occurring in the urine. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.)

Negri (P.). Contributo allo studio dell'embolismo gazoso. In-8°, 36 p. Parme.

Nichols (E.). First annual report of work on the etiology of cancer. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, 23 oct.) — Premier compte rendu des recherches relatives à l'étiologie du cancer.

Pavy (F.). Fundamental points connected with the pathology of diabetes mellitus. (*Brit. Med. Journ.*, 1er déc.)

Procházka (F.). O vztahu mezi úrazem a tuberkulosou. (*Sbornik klinicky*, II, 2.) — Rôle du traumatisme dans l'étiologie de la tuberculose.

Robertson (W.). The activity of the saliva in diseased conditions of the body. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.) — Du degré d'activité de la salive dans les divers états morbides.

Romei (S.). Le difese naturali dell'organismo contro le malattie (infezioni, intossicazioni ed autointossicazioni). In-8°, 234 p. Naples.

Tchistovitch (Th.). Etudes sur la phagocytose dans une infection mortelle. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Valan (A.). Importanza dei sali di calce nella riparazione dell'osso; ricerche sperimentali. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 4.)

Watson (Ch.). Metabolism in gout, with observations on the action of salicylate of soda and nucleic acid. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.)

MÉDECINE

Abbott (Maude E.). Pigmentation cirrhosis of the liver in a case of haemochromatosis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.) — Cirrhose pigmentaire du foie dans un cas d'hémochromatose.

Ardó (E.). Fremdkörper im Bronchus. (*Pest. med.-chir. Presse*, 30 déc.) — Corps étrangers des bronches.

Barling (G.). Remarks on chronic enlargement of the pancreas in association with or producing attacks simulating biliary colic. (*Brit. Med. Journ.*, 22 déc.)

Beck (C.). Fall von Aorten-Aneurysma. (*New Yorker med. Monatssch.*, sept.)

Bernhardt (R.). Vierzehn Jahre nach Tuberculose-Einimpfung in Folge ritueller Vorhaut-Beschneidung. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIV, 2-3.) — Inoculation tuberculeuse consécutive à la circoncision, le malade ayant été revu quatorze ans après cette infection.

Bönniger. Ueber die Methode der Fettbestimmung im Blut und den Fettgehalt des menschlichen Blutes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 1-2.) — Dosage de la graisse dans le sang et teneur du sang humain en substances grasses.

Bullard (T.) et **Osler** (W.). Fatal angina pectoris, without lesions of the coronary arteries in a young man. (*Med. News*, 22 déc.) — Un cas mortel d'angine de poitrine chez un jeune homme, sans lésions des artères coronaires.

Cæsar (J.). A case of hydatids primarily affecting the lung. (*Lancet*, 29 déc.) — Un cas de kyste hydatique primitif du poumon.

Cariolato (V.). Migliara. In-8°, 36 p. Vicenza.

Chardon (E.) et **Dide** (M.). Importance du système nerveux dans la pathogénie des aortites chroniques. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, IX, 4.)

Clarke (J.). A case of varicose aneurysm of the aorta communicating with the pulmonary artery. (*Brit. Med. Journ.*, 15 déc.)

Compte rendu de la Société médicale de Kharkov (année 1899) (en russe). In-8°, 128 p. Kharkov.

Crispino (M.). La semiotica della pulsazione del piede. (*Riforma med.*, 19, 20, 21 et 22 déc.)

Dana (Ch.). Pernicious anæmia and its relation to inheritance. (*Med. Record*, 1er déc.)

MALADIES INFECTIEUSES

Avrorov (V.). L'apparition de la peste sur la ligne du chemin de fer Orient-Chine (en russe). (*Vratch*, 2 déc.)

Baldassari (L.). Contributo alla sieroprofilassi della difterite. (*Giorn. della reale Soc. ital. d'igiene*, 31 mai.)

Coleman (W.). Acute infective endocarditis following vaccination; recovery. (*Philadelphia Med. Journ.*, 22 déc.) — Endocardite aiguë infectieuse consécutive à la vaccination; guérison.

Councilman (W.), **Mallory** (F.) et **Pearce** (R.). A study of the bacteriology and pathology of 220 fatal cases of diphtheria. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, 18 déc.)

Dakura (J.). Beiträge zur Sicherstellung der klinischen Typhusdiagnose auf Grund bacteriologischer Untersuchungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 15 et 22 déc.) — Du diagnostic bactériologique de la fièvre typhoïde.

Ebstein (W.). Anfälle von Apnoë bei diphtherischer Lähmung. Genesung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 déc.) — Accès d'apnée dans un cas de paralysie diphtérique; guérison.

Federolf (A.). Rôle de la dépression physique et psychique dans l'étiologie des maladies infectieuses (en russe). (*Vratch*, 16 déc.)

Galeotti (G.). Sulla diagnosi della peste in certe sue forme particolari. (*Riv. crit. di clinica medica*, 15 déc.)

Hirsch (M.). Zur Casuistik des Scharlachs. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, 5 et 6.)

Kaufmann (M.). Bericht über die im Sommer 1900 beobachtete Blatternepidemie. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 déc.) — Sur une épidémie de variole ayant sévi à Francfort-sur-le-Mein pendant l'été 1900.

Koch (R.). Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der Malariaexpedition. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 et 13 déc.) — Résumé des travaux de la mission pour l'étude de la malaria.

Sokolov (V.). Du tubage dans le croup (en russe). (*Méd. Obozr.*, nov.)

Strjelbitzky (I.). Recherches sur le sang chez les enfants atteints de fièvre palustre (en russe). (*Vratch*, 9 et 16 sept.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Adamkiewicz (A.). Ueber Gefühlsinterferenzen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 1-2.) — Sur les interférences des sensations.

Allaire (G.). Un cas de polynévrite rapidement amélioré par les courants continus. (*Gaz. méd. de Nantes*, 29 déc.)

Allen (Ch.). The neuron doctrine : its present status. (*Med. Record*, 22 déc.)

Amabilino (R.). Contributo alla conoscenza del centro visivo corticale. (*Pisani*, mai-déc.)

Angiolella (G.). Sulle tendenze suicide negli alienati e sulla psicologia del suicidio. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 2-3 et 4.)

Ausset (E.). Sur un cas d'amyotrophies progressives des deux membres inférieurs et du membre supérieur droit chez une fillette de dix ans (probabilité d'une forme anormale du type juvénile d'Erb). (*Echo méd. du Nord*, 2 déc.)

Bechterev (V. von). Ueber Zwangserbrechen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 nov.) — Sur le vomissement d'obsession.

Brasch (F.). Ueber einen schweren spinalen Symptomencomplex bedingt durch eine aneurysma-serpentinumartige Veränderung eines Theils der Rückenmarksgefässe, nebst Bemerkungen über diffuse Aneurysmen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 et 31 déc.) — Un syndrome spinal grave déterminé par une altération, rappelant l'anévrysme cirsoïde, d'une partie des vaisseaux de la moelle épinière; quelques remarques sur les anévrysmes diffus.

Buicliu. Un cas de iritatiune meningo-encefalica de natura palustra. (*Spitalul*, 15-31 déc.)

Bury (J.). Remarks on the diagnosis and treatment of arsenical neuritis. (*Brit. Med. Journ.*, 8 déc.)

Ceni (C.). Ipotermie nell'epilessia e loro rapporti col potere tossico-ipotermico del sangue. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 4.)

De Giovanni (A.). Nevrosi e neurastenia. In-8°, 320 p. Milan.

Devic et **Gauthier** (Ch.). Sur un cas de tumeur cérébrale à forme psycho-paralytique. (*Arch. gén. de méd.*, déc.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Atti della Società italiana di dermatologia e sifilografia; riunione annuale dal 22 al 24 ottobre 1899. T. IV. In-8°, 170 p. avec fig. Rome.

Aubert (P.). Végétations nombreuses des trayons d'une vache; contagions multiples chez les personnes de la maison. (*Lyon méd.*, 16 déc.)

Bailey. Du traitement de la syphilis par les injections de sérum bichloruré. (*Gaz. méd. de Picardie*, déc.)

Bernhardt (R.). Resorption lupöser Producte unter Pockeneinfluss. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIV, 2-3.) — De la résorption des lésions lupiques sous l'influence de la variole.

Bertrand (L.). Deux cas démonstratifs de la présence du gonocoque dans le sang. (*Ann. de la Soc. médico-chir. d'Anvers*, nov.-déc.)

Bolognini (P.). Di un nevo radicolare. (*Pediatria*, déc.) — Nœvus à disposition radiculaire.

Browning (W.). The nitrite treatment in syphilis. (*Med. News*, 29 déc.)

Buschke (A.). Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Alopecie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 déc.)

Calderone (C.). Osservazioni sull'estiomene. In-8°, 30 p. avec planches. Messine.

Crocker (H. R.). Lichen planus : its variations, relations, and imitations. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, déc.)

Freeland (E. H.). Circumcision as a preventive of syphilis and other disorders. (*Lancet*, 29 déc.) — La circoncision comme moyen prophylactique à l'égard de la syphilis et d'autres maladies.

Gaucher (E.). Etiologie du vitiligo. (*Rev. de méd.*, déc.)

Gautier (L.). Les lépreux à Genève, au moyen âge et au seizième siècle. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Grön (K.). Chininexanthemer ved indvortes chininbrug. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, déc.)

CHIRURGIE

Alapy (H.). Zur Frage der retrograden Sondirung der Narbenstricturen der Speiseröhre. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 4.) — Du cathétérisme rétrograde des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

Annandale (Th.). On the operations for congenitally misplaced and undescended testicle, with notes of cases of congenital deficiency of the testicle. (*Brit. Med. Journ.*, 1er déc.)

Arcoleo (E.). Su di un caso di fibroma nella lingua. (*Riforma med.*, 17 déc.)

Bainbridge (W.). Analgesia in children by spinal injection, with a report of a new method of sterilization of the injection fluid. (*Med. Record*, 15 déc.) — Sur la cocaïnisation de la moelle chez les enfants et sur une nouvelle méthode de stérilisation de la solution employée pour les injections intra-rachidiennes.

Batut. Du traitement des fractures de la rotule. (*Bull. de la Soc. méd.-chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, déc.)

Beck (C.). Hydrencephalocele. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 déc.)

Bergmann (von), **Bruns** (von) et **Mikulicz** (von). Handbuch der praktischen Chirurgie. III. Band : Chirurgie des Unterleibes. 1. Teil. In-8°, 835 p. avec fig. Stuttgart.

Borden (W.). The operative treatment of varicose veins of the lower extremities. (*Med. Record*, 29 déc.) — Traitement opératoire des varices des membres inférieurs.

Bothezat (P.). L'arthrodèse de l'articulation scapulo-humérale dans le traitement de la luxation paralytique de l'épaule. (*Bull. de la Soc. des méd. et des natural. de Jassy*, janv.-fév., mars-avril, mai-juin et juillet-août.)

Boucek (B.). Ileus ex strangulatione; operace; zhojeni. (*Casopis lékaru ceskych*, 15 déc.)

Bovis (R. de). Le cancer du gros intestin, rectum excepté. (*Rev. de chir.*, juin, juillet, août, oct., nov. et déc.)

Büdinger (K.). Eine Vorrichtung zum zeitlichen Verschlusse des Anus praeternaturalis lateralis; Fixation von weichen Kathetern und Drainrohren. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 8 déc.) — Un dispositif pour l'occlusion temporaire de l'anus contre nature latéral; fixation de sondes molles et de drains.

Butler (Th.). Trephining for head injury. (*Amer. Practit. and News*, 1er déc.) — Un cas de trépanation pour traumatisme du crâne.

Butruille. La hernie est-elle un accident? (*Echo méd. du Nord*, 16 déc.)

Caminiti (R.). Un caso di mioma del piloro; nota istologica e considerazioni. (*Policlinico*, 15 déc.)

Renton (J.). Notes of 2 cases of excision of the Gasserian ganglion for epileptiform neuralgia. (*Brit. Med. Journ.*, 17 nov.)

Schenk (F.) et **Zaufal** (G.). Weitere Beiträge zur Bacteriologie der mechanisch-chemischen Desinfection der Hände. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 nov.) — Recherches bactériologiques sur la désinfection des mains.

Schmidt (G.). Kurzgefasstes Lehrbuch der Chirurgie. I. Teil : Allgemeine Chirurgie. In-8°, 384 p. avec fig. Vienne. — Précis de chirurgie.

Schwarz (K.). Erfahrungen über die medullare Cocainanalgesie. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 nov.)

Scott (N.). Pyloric stenosis without dilatation of the stomach. (*Cleveland Journ. of Medicine*, nov.) — Un cas de rétrécissement du pylore sans dilatation de l'estomac.

Shepherd (F. J.). Some experiences in the methods of treating hernia by operation. (*Montreal Med. Journ.*, oct.)

Simpson (F.). Some contraindications to the intraperitoneal use of normal salt solution after abdominal section. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Contre-indications à l'emploi intrapéritonéal du sérum physiologique après la laparotomie.

Strandgaard (H.). 3 tilfælde af hernia incarcerata med lang inkarcerationstid. (*Ugeskrift for Læger*, 23 nov.)

Thumim (L.). Nephrectomie wegen Pyelonephritis calculosa; casuistischer Beitrag zur Bedeutung der functionellen Nierendiagnostik. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 nov.)

Troussaint. Quelques blessures heureuses des grandes cavités splanchniques par les projectiles d'armes de guerre de petit calibre. (*Marseille méd.*, 1er nov.)

Westerman (C. W.). Over hartverwondingen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 22 déc.) — Des blessures du cœur.

Wiener (J.). A contribution to the study of intra-abdominal omental torsion. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Witzel (O.). Bemerkungen über die Technik der Anlegung von Filigrangeflechten und über die Verwendung derselben zur Befestigung der Wanderniere. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 17 nov.) — Sur la technique de la pose des treillis et sur leur emploi pour l'immobilisation du rein flottant.

21e ANNÉE. — N° 20. **Vingt centimes le numéro.** 8 MAI 1901.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Ollive, professeur d'hygiène et de médecine légale, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur E. Stadelmann, privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur A. Gessner, privatdocent, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. R. Frommel, démissionnaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur H. Napias, membre de l'Académie de médecine et directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris. — M. le docteur J. E. van Iterson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Leyde. — M. le docteur W. von Heineke, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur Karl Laufenauer, professeur de psychiatrie et de neurologie à la Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur William Moore, ancien président du Collège royal des médecins d'Irlande.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

MÉDECINE

Dehio (K.). Ein Apparat zur mechanischen Behandlung des Hydrops anasarca und Untersuchungen über die chemische Zusammensetzung der Oedemflüssigkeit. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 23 déc.) — Un appareil pour le traitement mécanique de l'anasarque; recherches sur la composition chimique de la sérosité de l'œdème.

Devic (E.) et **Casella** (P.). Glycosurie dans un cas de cancer du pancréas, ou cancer de l'estomac chez un diabétique. (*Province méd.*, 22 déc.)

Dubard. Valeur du chimisme gastrique dans l'appréciation et le traitement des états dyspepsiques gastro-intestinaux. (*Bourgogne méd.*, nov.)

Edel (P.). Ueber den Einfluss des künstlichen Schwitzens auf die Magensaftsecretion. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 1-2.) — Influence de la transpiration artificielle sur la sécrétion du suc gastrique.

Elsner (K.). Ueber die Ausscheidung des Methylenblau. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 1-2.) — Sur l'élimination du bleu de méthylène.

Ferrannini (L.). Infantilismo mitralico. (*Riforma med.*, 5, 6 et 7 déc.)

Gomez (R.). Sull'orticaria pleuritica. (*Riforma med.*, 27 déc.)

Gubler (R.). Ueber einen Fall von acuter, maligner Akromegalie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 déc.)

Hasenfeld (A.). Ueber die Leistungsfähigkeit des fettig entarteten Aorteninsufficienzherzens. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 déc.) — Capacité fonctionnelle d'un cœur atteint de dégénérescence graisseuse et d'insuffisance aortique.

Hoffmann (A.). Zur Kenntnis der Adams-Stokes'schen Krankheit. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 5-6.)

Kelly (A.). Arthritis deformans; its clinical features, differential diagnosis and pathogenesis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 déc.)

Kerschensteiner (H.). Ein Fall von Schaumleber. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 1-2.)

Kotowtschicoff (N.). Ueber die Prognose bei Aortenaneurysmen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 5-6.)

Lublinski (W.). Diffuses chronisches Hautödem mit Beteiligung des Kehlkopfes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 déc.) — Œdème chronique généralisé de la peau avec envahissement du larynx.

McCaskey (G.). A case of gonorrhœal endocarditis with congenital malformation of mitral valves. (*Med. Record*, 29 déc.)

Mollard (J.). Sur la valeur séméiologique du choc en dôme. (*Lyon méd.*, 23 déc.)

Morlot (E.) et **Fleurot**. Pyopneumothorax sousphrénique consécutif à un ulcère de l'estomac. (*Bourgogne méd.*, nov.)

Mouisset (F.). Des ulcérations intestinales chez les artérioscléreux. (*Lyon méd.*, 9 et 16 déc.)

MALADIES INFECTIEUSES

Eshner (A.). Some anomalous cases of typhoid fever. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 déc.) — Quelques cas anormaux de fièvre typhoïde.

Konstansov (S.). Rapports existant entre la peste bubonique et d'autres variétés de septicémie hémorrhagique (en russe). (*Vratch*, 2 déc.)

Minutes of evidence taken by the Indian Plague Commission, with appendices. Vol. I: Evidence taken from 29th November 1898 to 5th January 1899. In-8°, 521 p. avec cartes. Londres.

Muscatello (G.) et **Ottaviano** (I.). Della piemia stafilococcica; ricerche sperimentali. In-8°, 51 p. Catane.

Netter (H.). Beitrag zur Pathologie der Varicellen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.)

Neufeld (F.). Ueber Bacterien bei Typhus und ihre praktische Bedeutung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 déc.) — L'usage interne de l'urotropine pour prévenir la dissémination de la fièvre typhoïde, résultant de l'élimination des bacilles d'Eberth par les urines.

Paggi (E.). Considerazioni sopra alcuni casi di influenza accompagnati da eritema polimorfo. (*Gazz. med. lombarda*, 4 nov.)

Pampoukis (P.). Paludisme et traitement antirabique. (*Grèce médicale*, déc.)

Porte. Une épidémie de fièvre typhoïde à Grenoble. (*Dauphiné méd.*, nov.)

Remlinger (P.). Contribution à l'étude du pleurotyphus et des pleurésies à bacille d'Eberth. (*Rev. de méd.*, déc.)

Sata (St.). Ueber Fütterungspest und das Verhalten des Pestbacillus im thierischen Körper nach dem Tode des Organismus. (*Arch. f. Hyg.* XXXIX, 1.) — De la peste consécutive à l'ingestion de cultures de bacille pesteux, et de l'état de ce microbe après la mort de l'animal.

Scholz (E.) et **Krause** (P.). Ueber den klinischen Werth der gegenwärtig gebräuchlichen bakteriologischen Untersuchungsmethoden bei Typhus abdominalis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 5-6.) — Valeur clinique des procédés de recherche bactériologique employés actuellement dans la fièvre typhoïde.

Timen (E.). Du régime alimentaire dans la fièvre typhoïde (en russe). (*Vratch*, 25 nov.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Donath (J.). Lähmung des N. peroneus durch puerperales Trauma. (*Pest. med.-chir. Presse*, 16 déc.) — Paralysie du N. peroneus à la suite d'un traumatisme obstétrical.

Engelhardt (G.). Zur Lehre der post-operativen Seelenstörungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 1-2.) — Des troubles psychiques postopératoires.

Esteves (J. A.). Hemiplejia espasmódica infantil con epilepsia; craniectomía con inversión dural; modificación de la contractura y desaparición de los ataques. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, déc.)

Ferraris (C.). Sovra un caso di paramioclono unilaterale di Friedreich. (*Riforma med.*, 14 et 15 déc.)

Frisco (B.). Contributo clinico e sperimentale all'etiologia ed allo studio anatomo-patologico delle atrofie muscolari. (*Pisani*, mai-déc.)

Fürstner. Ueber die spinalen Veränderungen bei der progressiven Paralyse. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 3.) — Des lésions spinales dans la paralysie générale.

Giannelli (A.). Ricerche sul lobo occipitale umano e su alcune formazioni che con esso hanno rapporto. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 2-3 et 4.)

Gilbert (W.). Ein weiterer Fall von Pseudotabes mercurialis. (*Wien. med. Wochensch.*, 15 déc.)

Gnauck (R.). Ueber die Behandlung von Nervenkranken in der Familie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 nov. et 3 déc.) — Du traitement familial des maladies nerveuses.

Good (C.). The cortical localization of sight and hearing; report of a case of blindness (slight light-perception remaining) and deafness due to cerebral lesions. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.) — Sur un cas de cécité et de surdité dues à des lésions cérébrales.

Greenleaf (C.). Report of a case of foreign bodies in the brain. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 déc.) — Corps étranger du cerveau.

Hammond (G.). Two unusual cases of aphasia, with special reference to the so-called naming centre. (*Med. Record*, 29 déc.)

Henneberg (R.). Ueber einen Fall von Brown-Séquard'scher Lähmung in Folge von Rückenmarksgliom. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 3.) — Paralysie de Brown-Séquard consécutive à un gliome de la moelle.

Jolly (F.). Ueber einen Fall von Stichverletzung des Rückenmarks. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 3.) — Blessure de la moelle par instrument piquant.

Jones (A.). Un caso de lesión de la médula lumbar y del cono terminal. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, déc.)

Kaplan (L.) et **Finkelnburg** (R.). Beiträge zur Kenntnis des sogenannten ventralen Abducens-Kerns (van Gehuchten'scher Kern). (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 3.) — Recherches sur le noyau dit ventral du moteur oculaire externe (noyau de van Gehuchten).

Kaufmann (M.). Ueber einen Fall von Dystrophia musculorum progressiva, complicirt durch eine neuritische Serratuslähmung; nebst einem Beitrag zur Analyse der Schultergürtellähmungen nach der Methode von Mollier. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 1-2.) — Dystrophie musculaire progressive avec paralysie d'origine névritique du muscle dentelé.

Köster (G.). Zur Lehre von der Schwefelkohlenstoff-Neuritis. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 3.) — De la névrite par intoxication sulfo-carbonée.

Kure (S.). Ein Fall von periodisch auftretenden psychisch abnormen Zuständen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er déc.) — Troubles psychiques intermittents.

Laureys (S.). Réflexes tendineux et réflexes cutanés. (*Journ. de neurol.*, 5 déc.)

Mendel (E.), **Flatau** (E.) et **Jacobsohn** (L.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie (3. Jahrgang, 1899). In-8°, 1286 p. Berlin. — Compte rendu des travaux de neurologie et de psychiatrie publiés en 1899.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Hochsinger (C.). Zur Kenntnis der hereditär-syphilitischen Phalangitis der Säuglinge. (*Wien. med. Presse*, 9 déc.) — De la phalangite hérédo-syphilitique des nourrissons.

Jesionek (A.). Ein Fall von Acne telangiectodes (Kaposi). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 1-2.)

Jordan (A.). Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von venerischen Bubonen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIV, 2-3.) — Étude statistique sur la fréquence des bubons vénériens.

Kaposi (M.). Handatlas der Hautkrankheiten. 3. Teil (Naevus-Xeroderma pigmentosum). In-8°, 136 planches en couleurs avec texte explicatif. Vienne. — Atlas des maladies de la peau.

Leistikow (L.). Die Behandlung des Tripperrheumatismus. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 déc.) — Traitement du rhumatisme blennorrhagique par l'usage externe et interne de préparations d'ichtyol.

Levi (L.). Ueber meine Methode der Behandlung des Syphiloms im Initialstadium. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIV, 2-3.) — Traitement abortif du chancre syphilitique par les cautérisations fréquentes à l'électro-cautère.

Lewin (L.). Ueber die Behandlung der Lepra durch das Gift der Klapperschlange. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 nov.) — Le venin du serpent à sonnettes contre la lèpre.

Marcondes de Moura (A.). Ueber die Anwendung des Giftes der Klapperschlange bei Lepra. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 nov.) — Le venin du serpent à sonnettes contre la lèpre.

Moussous (A.). Syphilis héréditaire tardive avec arthropathies multiples. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 déc.)

Pezzoli (C.). Zwei Fälle von sogenanntem Adenoma sebaceum (Hallopeau-Leredde's « nævi symétriques de la face »). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIV, 2-3.)

Reid (W.). Dermatomycosis tonsurans. (*Philadelphia Med. Journ.*, 22 déc.)

Riecke (E.). Ueber Ichthyosis congenita. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIV, 2-3.)

Schoonheid (P.). Zur Histopathologie des Lupus erythematodes und der elastischen Fasern. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIV, 2-3.)

Ullmann (E.). Osteomyelitis gonorrhoica. (*Wien. med. Presse*, 2 déc.)

Unna (P.) et **Delbanco** (E.). Beiträge zur Anatomie des indischen Madurafusses (Mycetoma, fungus disease of India). (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 déc.)

CHIRURGIE

Cacciari (A.). Di un nuovo metodo di riduzione della lussazione congenita dell'anca. (*Policlinico*, 29 déc.) — Un nouveau procédé de réduction de la luxation congénitale de la hanche.

Cavazzani (G.). Contributo all'analgesia cocainica col metodo del Bier. (*Policlinico*, 22 déc.)

Coley (W.). The radical cure of inguinal hernia in the female. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Comptes rendus de la Société de stomatologie de Paris (1899). In-8°, 156 p. avec fig.

Corner (E.). Structure, fracture, and refracture of the patella. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Cutler (E.) et **Elliot** (J.). Perforation of a typhoid ulcer without fæcal extravasation; operation four hours after the first symptom; recovery. (*Med. Record*, 22 déc.) — Perforation d'une ulcération typhoïdique sans épanchement fécal; opération quatre heures après l'apparition des premiers symptômes; guérison.

Delangre. Dilatation et ptose de l'estomac avec adhérences gastro-coliques; libération et gastroplication. (*Clinique*, 22 déc.)

Drucbert (J.). Recherches expérimentales sur l'exclusion avec fermeture totale du gros intestin sans lavages préalables. (*Echo méd. du Nord*, 9 déc.)

Dubar (L.) et **Potel** (G.). Les tumeurs bénignes du voile du palais d'origine conjonctive. (*Echo méd. du Nord*, 23 déc.)

Ehrich (E.). Arrosionsblutungen bei Perityphlitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 1.) — Des hémorrhagies par arrosion au cours de la pérityphlite.

Elder (J. M.). A case of carcinoma of the pharynx with marked involvement of the cervical glands in a boy fourteen years of age. (*Montreal Med. Journ.*, déc.)

Eliot (E.). A new operation for hemorrhoids. (*Med. News*, 1er déc.)

Elsberg (C.). Ein neues und einfaches Verfahren zur Sterilisation der Schwämme durch Auskochen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 22 déc.) — Un procédé sûr de stérilisation des éponges.

Ferlin. Un cas de zona symptomatique de la généralisation vertébrale d'un cancer squirrheux du sein. (*Bull. de la Soc. méd.-chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, déc.)

Fowler (G.). An improved technic in amputation of large rectal prolapse. (*Med. News*, 8 déc.)

Franke (P.). Ueber die Behandlung complicirter Fracturen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 4.) — Du traitement des fractures compliquées.

Friedländer (F. von). Erfahrungen über die Localanästhesie nach Schleich. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 déc.)

Füth (R.). Blasenverletzung bei einer Herniotomie; Bildung einer Harnfistel am 10. Tage; spontane Heilung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 5-6.) — Blessure accidentelle de la vessie au cours d'une herniotomie; formation d'une fistule urinaire dix jours après; guérison spontanée.

Gatti (D.). Rendiconto clinico-statistico dell'Istituto chirurgico di Parma (gennaio 1889-agosto 1900). In-8°, 30 p. Parme.

Gauthier (A.). Contusion de la région épigastrique par coup de pied de cheval, accompagnée de disjonction de l'appendice xiphoïde et du sternum; péritonite tuberculeuse généralisée, avec maximum des lésions au niveau du côlon transverse, ayant déterminé la mort deux mois et demi après l'accident; autopsie. (*Dauphiné méd.*, déc.)

Gebele (H.). Zusammenstellung der in der Klinik des Herrn Prof. Dr. von Angerer zu München vom Juli 1890 bis Mai 1899 beobachteten 359 Brustdrüsengeschwülste. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 1.) — 359 cas de tumeurs du sein observés à la clinique du professeur von Angerer.

Generosi (A.). Sopra un caso di appendicite, con eliminazione dell'appendice per la via intestinale. (*Rendiconti dell'Assoc. med.-chir. di Parma*, nov.)

Gibson (C.). Heat-stroke as a post-operative complication. (*Med. News*, 8 déc.) — Le coup de chaleur comme complication post-opératoire.

Giordano (D.). Un caso di resezione intrarachidea delle radici posteriori a cura di sciatica ribelle. (*Gazz. degli Osped.*, 9 déc.)

Goldflam (S.). Ueber Tendovaginitis capitis longi bicipitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 déc.)

Grosse (U.). Zur Casuistik angeborener Knochendefecte. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 4.) — Absence congénitale d'un tibia chez une fillette de cinq ans.

Hacker (V. von). Ueber die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre mittelst der Oesophagoskopie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 1.) — Extraction des corps étrangers de l'œsophage à l'aide de l'œsophagoscopie.

OPHTALMOLOGIE

Alessandro (F.). Degenerazione jalina nelle cisti trasparenti dell'orlo cigliare delle palpebre. In-8°, 21 p. avec planche. Messine.

Andrade (E.). Ulcus rodens della cornea con reperto di uno speciale bacillo. (*Ann. di ottalmol.*, XXIX, 6.)

Armaignac (H.). A propos de la tumeur lacrymale. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 4 nov.)

Coppez. Névrite optique par absorption de thyroïdine. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, déc.)

Deschamps. Comment apprécier l'incapacité partielle permanente de travail qui succède aux blessures de l'œil? (*Dauphiné méd.*, nov.)

Dufour (M.). Sur le traitement des complications oculaires de la variole. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Dunn (P.). On a new method in the discission of soft cataracts. (*Lancet*, 29 déc.) — Un nouveau procédé de discission des cataractes molles.

Fromaget (C.). Diagnostic des paralysies des muscles de l'œil par la recherche de la diplopie. (*Ann. de la policlin. de Bordeaux*, nov.)

Jackson (E.). Principles of asepsis applied to operative and other wounds of the eye. (*Philadelphia Med. Journ.*, 8 et 15 déc.) — Les principes d'asepsie appliqués au traitement des plaies oculaires.

Jullien. Sur un cas d'hémianopsie partielle hétéronyme. (*Dauphiné méd.*, nov.)

Köster (G.). Klinischer und experimenteller Beitrag zur Frage der Thränenabsonderung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 nov.) — Sur la sécrétion lacrymale.

Krauss (F.). Congenital unilateral ptosis with associated movements. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 déc.)

Meisling (A.). Recherches sur l'examen du champ visuel avec des objets blancs d'angle visuel petit; valeur de cet examen dans le glaucome. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.) et **Stähler** (F.). Klinische Erfahrungen über Placentaretention nebst bakteriologischen Untersuchungen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.)

Bailey (S.). Pernicious vomiting of pregnancy. (*Amer. Pract. and News*, 15 déc.)

Bandler (S.). Die Dermoidcysten des Ovariums, ihre Abkunft von dem Wolff'schen Körper. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 2 et 3.) — Les kystes dermoïdes de l'ovaire et leur origine du corps de Wolff.

Beaussenat (M.) et **Blum** (E.). Dilatation, curettage et drainage prolongé de l'utérus appliqués au traitement de certaines salpingites. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, nov.-déc.)

Beláustegui (E. F.). Un caso de embarazo doble intrauterino y ectópico. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, déc.)

Blacker (G.). The causation, prevention, and treatment of post-partum hæmorrhage. (*Lancet*, 29 déc.)

Bluhm (Agnes). Ueber Cysten des Labium minus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 1.)

Bossi (L.). Sulle cisti ovariche quali cause distociche. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, nov.)

Boston (L.). Hyalin casts present in puerperal eclampsia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 déc.) — Présence de cylindres hyalins dans les urines des femmes atteintes d'éclampsie puerpérale.

Brodhead (G. L.). The treatment of persistent occipito-posterior positions of the vertex. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Burckhard (G.). Gangrän der unteren Extremitäten im Wochenbette. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 déc.) — La gangrène des membres inférieurs au cours de la période puerpérale.

Chambrelent. Recherches cliniques et expérimentales sur la bronchopneumonie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 déc.)

Commandeur. De l'allaitement par les mères albuminuriques. (*Province méd.*, 1er déc.)

De Paoli (G.). Un altro taglio cesareo con ablazione totale dell'utero; processo Bossi con felice resultato per la madre e pel feto. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, oct.) — Opération césarienne avec hystérectomie totale d'après le procédé de Bossi; résultat favorable pour la mère et pour l'enfant.

Dührssen (A.). Ein neuer Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eklampsie, nebst Bemerkungen über die Behandlung der Eklampsie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 3.) — Opération césarienne pratiquée par la voie vaginale chez une éclamptique.

Dunning (L.). Acute senile endometritis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 nov.)

Ehrenfest (H.). A few remarks on the use of medullary narcosis in obstetrical cases. (*Med. Record*, 22 déc.)

Engelbach (P.). Résultats de la gastro-hystéropexie appliquée au traitement du prolapsus vagino-utérin. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 déc.)

Engelhardt (A.). Ueber einen Fall von Pseudohermaphrodismus femininus mit Carcinom des Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.)

Estor (E.) et **Puech** (P.). Résultats du traitement chirurgical du cancer des ovaires. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, nov.-déc.)

Fränkel (L.). Die klinische Bedeutung der Lactationsatrophie des Uterus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 1.)

Gardner (W.) et **Evans** (D. J.). A case of conservative cæsarean section. (*Montreal Med. Journ.*, déc.)

Garioni (A.). Sulla cura dell'aborto incompleto. (*Riv. veneta di scienze med.*, 15 déc.)

PÉDIATRIE

Adams (S.). The treatment of bronchitis in infants and young children. (*Med. News*, 22 déc.)

Bernhard (L.). Ueber einen Fall von angeborener Kyphose. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.) — Sur un cas de cyphose congénitale.

Besta (C.). I riflessi nei bambini affetti da elmintiasi. (*Gazz. med. di Torino*, 8 nov.)

Blumenfeld (F.). Ueber acute Osteomyelitis im Kindesalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.)

Blumenthal (M.). Zur Aetiologie des angeborenen musculären Schiefhalses. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.) — Etiologie du torticolis musculaire congénital.

Blumer (G.). Hemorrhagic infection in an infant due to typhoid bacillus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 déc.)

Chapman (Ch. W.). Heart disease in childhood and youth. In-8°, 100 p. Londres. — Les maladies du cœur chez les enfants.

Durante (D.). Disuria spasmodica dolorosa nei bambini. (*Pediatria*, déc.)

Gunzburg (I.). Tumeurs cérébrales sarcomateuses chez l'enfant. (*Ann. de la Soc. médico-chir. d'Anvers*, nov.-déc.)

Jacobi (A.). Treatment of influenza in children. (*Med. News*, 15 déc.) — Le traitement de l'influenza chez les enfants.

Knöpfelmacher (W.). Hyperchlorhydrie im Säuglingsalter. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 déc.) — L'hyperchlorhydrie chez le nourrisson.

König (W.). Ueber die bei den cerebralen Kinderlähmungen zu beobachtenden Wachsthumsstörungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 1.) — Des troubles de la croissance au cours de la paralysie cérébrale infantile.

21e ANNÉE. — N° 21. **Vingt centimes le numéro.** 15 MAI 1901.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Dejerine, agrégé, est nommé professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie, en remplacement de M. Brissaud.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur H. Liepmann est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Genève. — M. le docteur Louis Mégevand, privatdocent, est nommé professeur ordinaire de médecine légale, en remplacement de M. H. Gosse, décédé.

Faculté de médecine de Halle. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur E. Kromayer, privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Otto Simon est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Kiev. — M. le docteur L. Malinovsky, professeur extraordinaire de chirurgie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Garrè, professeur à la Faculté de médecine de Rostock, est nommé professeur ordinaire de chirurgie, en remplacement de M. von Eiselsberg.

Faculté de médecine de La Havane. — M. le docteur Aristides Agramonte est nommé professeur de bactériologie et de pathologie expérimentale.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Enrico D'Anna, privatdocent à la Faculté de médecine de Rome, est nommé privatdocent de pathologie chirurgicale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

May (R.). Ueber Formol als Conservirungsmittel für Harnsedimente und über den Diformaldehydharnstoff. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 5-6.) — Sur le formol comme moyen de conservation des dépôts urinaires et sur la diformaldéhyde-urée.

Motta Coco (A.). Guida allo studio dell'infiammazione. In-8°, 110 p. Catane.

Oppenheim (R.). Adénomes des capsules surrénales. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Starck (H.). Sarcome des Oesophagus. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 2.)

Turner (J.). On the nature of the nuclear proliferation in the adventitia of the cerebral vessels in general paralysis, and the destruction of nerve cells by invading bodies. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.) — Sur la nature de la prolifération nucléaire au sein de la tunique adventice des vaisseaux encéphaliques dans la paralysie générale et sur la destruction des cellules nerveuses résultant de cette prolifération.

Walbaum (O.). Zur Histologie der acuten eitrigen Peritonitis. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 3.) — Des lésions microscopiques de la péritonite purulente aiguë.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

De Nigris (B.). Ricerche sperimentali sulla « cocainizzazione del midollo spinale ». (*Policlinico*, 22 déc.)

Manasse (P.). Ueber Vereinigung des N. facialis mit dem N. accessorius durch die Nervenpfropfung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 4.) — Réunion du facial et du spinal au moyen de la greffe nerveuse.

Mohaupt (M.). Beiträge zur Frage nach der Bedeutung der Hautdrüsensecretion auf den Sterilisationseffect bei der Hautdesinfection. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 1-2.) — Influence des produits de la sécrétion cutanée sur le résultat de la désinfection de la peau.

Neisser (M.). Ueber die Vielheit der im normalen Serum vorkommenden Antikörper. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 déc.) — Recherches expérimentales sur la pluralité des anticorps contenus dans le sérum normal.

Nikolsky. Charbon chez les animaux nourris avec leurs aliments habituels mêlés de spores charbonneuses. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Ossipoff (V.). Influence de l'intoxication botulinique sur le système nerveux central. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Petrone (G.). La funzione protettrice del fegato studiata comparativamente negli animali giovani e adulti. (*Pediatria*, oct. et nov.)

Reineboth. Experimentelle Studien über Brustcontusionen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 1-2.) — Recherches expérimentales sur les contusions du thorax.

Rothwell (Th.). Experimental aspergillosis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.)

Schlesinger (E.). Die Leukocytose bei experimenteller Diphtherie. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.)

Zoppi (A.). Del trapianto della cartilagine interepifisaria : della sostituzione della cartilagine interepifisaria con cartilagine artrodiale d'incrostazione. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 4.)

Zupnik (L.). Ueber experimentellen Tetanus descendens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 déc.)

MÉDECINE

Gareiso (A.). Sobre la presencia del indicán en las orinas (indicanuria). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, déc.)

Murdoch (F.). An unusual case of achylia gastrica. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 déc.) — Un cas insolite d'achylie gastrique.

Natalucci (G.). Contributo allo studio della patologia e terapia del morbo di Flajani, a proposito d'un caso di forma anomala di detto morbo associato al ditto-a-scatto. (*Gazz. med. delle Marche*, juin.) — Sur le goitre exophtalmique, à propos d'un cas anormal de cette affection, associé à l'existence d'un doigt à ressort.

Neisser (E.). Ueber einseitige Lungenatrophie und über angeborene Bronchiektasie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 1-2.) — De l'atrophie d'un poumon et de la bronchectasie congénitale.

Pelzl (O.). Ein casuistischer Beitrag zur Aetiologie des Pneumopericards. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 déc.)

Pick (F.). Ueber intermittirendes Gallenfieber. (fièvre hépatique intermittente Charcot); ein Beitrag zur Lehre von der Harnstoffbildung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 1-2.)

Piéry. Pathogénie de la cirrhose cardiaque; stase sanguine et sclérose du foie (étude clinique et anatomo-pathologique). (*Arch. gén. de méd.*, nov. et déc.)

Pope (F.) et **Clarke** (A.). Cases of acromegaly and infantile myxœdema occurring respectively in father and daughter. (*Brit. Med. Journ.*, 1er déc.) — Acromégalie chez le père et myxœdème infantile chez la fille.

Rabajoli (C.). Del significato clinico dell'indacanuria nelle affezioni del fegato. (*Policlinico*, 1er déc.) — Signification clinique de l'indicanurie dans les maladies du foie.

Roché (H.). Caries dentaires multiples; leur valeur diagnostique et pronostique en pathologie générale. In-8°, 11 p. Bar-le-Duc.

Rosenfeld (M.). Zur Casuistik der lymphatischen Leukämie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 1-2.)

Rummo (G.). La cardioptosi. (*Riforma med.*, 28 déc.)

Runeberg (J.). Ueber percussorische Transsonanz. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 1-2.)

Schauman (O.). Die perniciöse Anämie im Lichte der modernen Gifthypothese. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 287.) — L'anémie pernicieuse considérée au point de vue de la théorie moderne de l'auto-intoxication.

Strümpell (A. von). Kurzer Leitfaden für die klinische Krankenuntersuchung. 5e éd. In-12, 40 p. Leipzig. — Guide pour l'examen clinique des malades.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Buch (M.). Sympaticusneuralgier som symptom af ett patologiskt irritationstillstaand hos sympaticus. (*Finska läkaresällskapets handlingar*, XLIII, 3.) — Névralgie du nerf sympathique comme symptôme d'un état d'irritation pathologique de ce nerf.

Massalongo (R.). Osteo-artropatie ipertrofiche successive a malattie pleuro-polmonali (osteo-artropatia ipertrofica pneumonica). In-8°, 24 p. Milan.

Meyer (O.). Ein-und doppelseitige homonyme Hemianopsie mit Orientirungsstörungen. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, déc.) — Hémianopsie unilatérale et bilatérale avec troubles de l'orientation.

Mingazzini (G.). Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Diagnose und Therapie der Gehirngeschwülste. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 1.) — Diagnostic et traitement des tumeurs du cerveau.

Mönkemöller. Ueber conjugale Paralyse bezw. Tabes. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, déc.)

Morlot (E.). Maladie de Friedreich. (*Bourgogne méd.*, nov.)

Murri (A.). Origine della deviazione oculocefalica e della rigidità muscolare precoce nelle malattie cerebrali. (*Riv. critica di clinica medica*, 17 et 24 nov., 1er et 8 déc.)

Naxera (L.). O diagnostickém vyznamu nestejnosti zornic. (*Sbornik klinicky*, II, 2.) — De la valeur diagnostique de l'inégalité pupillaire.

Norris (G.). Some remarks on catalepsy, with notes of a case. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 déc.)

Pastena (A.). Due casi di singhiozzo isterico guariti con l'eterizzazione. (*Incurabili*, 1er-15 oct.) — Deux cas de hoquet hystérique guéris au moyen de l'éthérisation.

Pastrovich (G. de). Due casi di amiotrofia. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 4.)

Pauly (R.). Crises gastriques et syringomyélie. (*Rev. de méd.*, déc.)

Probst (M.). Physiologische, anatomische und pathologisch-anatomische Untersuchungen des Sehhügels. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 3.) — Recherches sur les couches optiques.

Régis (E.). Un nouveau cas de paralysie générale juvénile avec syphilis héréditaire. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 déc.)

Rockwell (A.). On the analogy between the nervous conductibility and the electric conductibility, and their relation to the functional neuroses. (*Med. Record*, 1er déc.)

Rothmann (M.). Die Zerstörung der Pyramidenbahnen in der Kreuzung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 nov.) — La destruction des faisceaux pyramidaux à leur entrecroisement.

Roux (J.) et **Lafond** (M.). Du rôle respectif des sensations cutanées et des sensations profondes dans la reconnaissance des objets par la palpation. (*Loire méd.*, déc.)

Samberger (F.). Tabes dorsalis a srdecni vady. (*Sbornik klinicky*, II, 2.) — Tabes et cardiopathies organiques.

Stcherbak (A.). Ueber die Kleinhirnhinterstrangbahn und ihre physiologische und pathologische Bedeutung; vorläufige Mitteilung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er déc.) — Les cordons postérieurs du cervelet; leur rôle physiologique et pathologique.

Stefani (U.). Sulla tossicità dell'orina nei sani e negli alienati, con particolare riguardo a speciali azioni dell'orina. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 4.)

Steffens (P.). Ueber drei Fälle von « Hysteria magna ». Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 3.)

Tirelli (V.). Enfisema diffuso sottocutaneo in un caso di melanconia agitata. (*Riforma med.*, 24 déc.)

Titi. Un cas de maladie de Parkinson; essai étiologique et pathogénique. (*Arch. de méd. navale*, déc.)

Van Gehuchten (A.). Considérations sur les réflexes cutanés et les réflexes tendineux. (*Journ. de neurol.*, 5 déc.)

Verger (H.). Sur les troubles de la sensibilité générale consécutifs aux lésions des hémisphères cérébraux chez l'homme. (*Arch. gén. de méd.*, nov. et déc.)

Verriest. Œdème scléreux de la peau. (*Journ. de neurol.*, 20 déc.)

Wernicke (C.). Krankenvorstellungen aus der psychiatrischen Klinik in Breslau. Fasc. 3. In-8°, 111 p. Breslau.

Wertheim Salomonson (J.). Hysterische Hüfthaltung mit Skoliose. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 1.) — L'attitude hanchée accompagnée de scoliose d'origine hystérique.

Williamson (R.). Myokymia, or persistent muscular quivering. (*Brit. Med. Journ.*, 15 déc.) — Myokymie ou soubresauts persistants des muscles.

Wood (W.). The struggle for like lobule; a study of the interior temporal gyrus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 déc.)

PARASITOLOGIE

Gordinier (H.). Report of two cases of sporadic or family trichinosis; with remarks on the importance of eosinophilia in the peripheral circulation as an aid to diagnosis. (*Med. News*, 22 déc.)

Seeber (G. R.). Un nuevo esporozoario parásito del hombre; dos casos encontrados en pólipos nasales. (*Thèse de Buénos-Ayres.*)

Strandgaard (H.). Et tilfælde af trikinose som tilfældig komplikation ved en cancer mammæ. (*Ugeskrift for Læger*, 16 nov.)

Tappeiner (von). Ueber die Wirkung einiger Gifte auf den Leberegel (Distomum hepaticum) (nach Versuchen von F. Winsauer). (*Münch. med. Wochensch.*, 11 déc.) — Action de certains poisons sur le *distomum hepaticum*.

CHIRURGIE

Hahn (E.). Ueber die operative Behandlung bei Pancreatitis haemorrhagica acuta. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 1-2.)

Hartmann (O.). Ueber die Behandlung der acuten primär synovialen Eiterungen der grossen Gelenke. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 3-4.) — Sur le traitement des suppurations primitives aiguës des synoviales des grandes articulations.

Herczel (E.). Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Lungengangrän. (*Wien. med. Presse*, 16 et 23 déc.) — Du traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire.

Hildebrand. Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie (5. Jahrgang, 1899). In-8°, 1118 p. Wiesbaden. — Compte rendu des travaux de chirurgie publiés en 1899.

Hill (L.). Wounds of the heart with a report of 17 cases of heart suture. (*Med. Record*, 15 déc.) — 17 cas de suture de plaies du cœur.

Hoffa. Ueber multiple kartilaginäre Exostosen. (*Fortsch. auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, III, 4.)

Honigmann (F.). Wundinfektion und Wundbehandlung. (*Zeitsch. f. prakt. Aerzte*, 10 et 25 nov., 10 et 25 déc.) — Traitement des plaies.

Honsell (B.). Ueber Trauma und Gelenktuberkulose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 3.) — Traumatisme et tuberculose articulaire.

Hugel (K.). Ileo-caecale Resectionen bei Darmtuberculose (Beitrag zur Frage der Darmausschaltung). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 4.) — La résection iléo-cæcale dans les cas de tuberculose de l'intestin.

Jacquey (J.). La hernie est-elle un accident du travail? (*Echo méd. du Nord*, 16 déc.)

Johnson (W.) et **Merrill** (W.). The X-rays in the treatment of carcinoma. (*Philadelphia Med. Journ.*, 8 et 15 déc.)

Katzenstein (M.). Ueber Fremdkörper in Gelenken, nebst einer Bemerkung zur Asepsis der Operationen und der Behandlung der Meniscusablösung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 3-4.) — Des corps étrangers articulaires et du traitement du décollement du cartilage interarticulaire.

Kelling (G.). Zur Chirurgie der chronischen, nicht malignen Magenleiden. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 4.) — Traitement opératoire des affections chroniques, non malignes de l'estomac.

Kelly (H.). A rapid and simple operation for gall-stones found by exploring the abdomen in the course of a lower abdominal operation. (*Med. News*, 22 déc.) — Un procédé simple et rapide pour la recherche des calculs biliaires au cours d'une opération sur le bas-ventre.

Kreiss (S.). Experimentelle Beiträge zur Lehre von den Wirbelluxationen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 5-6.) — Recherches expérimentales sur les luxations des vertèbres.

Lagoutte. Rupture spontanée des voies biliaires; laparotomie; guérison. (*Lyon méd.*, 23 déc.)

Langemak (O.). Ueber die rectale Exploration und Incision perityphlitischer Exsudate. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 1.)

Langton (J.). The association of inguinal hernia with the descent of the testis. (*Lancet*, 29 déc.)

Lathrop (W.). Fracture of the spine. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Le Dentu (A.). Exposé d'un procédé spécial de cure radicale des hernies inguinales. (*Rev. de chir.*, déc.)

Letoux. Considérations générales sur le traitement du tétanos à propos de 3 cas de tétanos traités à l'aide d'injections intra-cérébrales et suivis de guérison. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, IX, 4.)

Liebert (W.). Zur Frage des peripheren Wachstums der Carcinome. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 1.) — De l'accroissement périphérique des carcinomes.

Linser (P.). Ueber Cirkulationsstörungen im Gehirn nach Unterbindung der Vena jugularis interna. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 3.) — Des troubles circulatoires du cerveau consécutifs à la ligature de la veine jugulaire interne.

Loos (O.). Ein geschwulstartiger Varix im Gebiet der Vena saphena. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 3.) — Une varice en forme de tumeur dans la région de la veine saphène.

Luksch (L.). Zur Arthrotomie bei veralteten Luxationen des Ellbogengelenkes. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 5-6.) — Deux cas d'arthrotomie pour luxation ancienne du coude.

Lupi (L.). Sullo sbrigliamento dell'ernia crurale strozzata. (*Pammatone*, IV, 4.) — Sur le débridement de la hernie crurale étranglée.

Marcy (H.). The essential factors for the cure of hernia in the male. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 déc.) — Les facteurs essentiels de la cure des hernies chez l'homme.

Margarucci (O.). La cura del laparocele inguinale. (*Policlinico*, 15 déc.)

Matignon (J.). Plaie par instrument piquant de la base du cou; emphysème sous-cutané; pleurésie et paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, déc.)

Mertens (V. E.). Zur Frage der knöchernen Deckung von Schädeldefecten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 5-6.) — De la cure autoplastique des pertes de substance du crâne.

Meyer (L.). Local anæsthesia in the radical operation for inguinal hernia. (*Med. Record*, 22 déc.)

Mills (A.). De l'emploi de solutions caustiques en chirurgie. (*Clinique*, 15 déc.)

Monnier (U.). Deux cas d'abcès tuberculeux du foie, chez un adulte et chez un vieillard. (*Gaz. méd. de Nantes*, 22 déc.)

Morlot (Ed.), **Ripault** et **Décloux**. Polype dermoïde du pharynx. (*Bourgogne méd.*, nov.)

Most (A.). Ueber den Lymphgefässapparat von Kehlkopf und Trachea und seine Beziehungen zur Verbreitung krankhafter Processe. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 3-4.) — Les vaisseaux lymphatiques du larynx et de la trachée; leurs rapports avec l'extension des processus morbides.

Moynihan (B.). The surgery of chronic ulcer of the stomach and its sequelæ : being a series of cases in which operations were performed for various non malignant diseases of the stomach. (*Brit. Med. Journ.*, 8 déc.) — Sur une série d'interventions opératoires pour diverses affections bénignes de l'estomac.

Neff (W.). The surgery of the Gasserian ganglion. (*Med. News*, 22 déc.)

Patel (M.). Appendicite tuberculeuse totale aiguë et appendicite chez un tuberculeux. (*Lyon méd.*, 30 déc.)

UROLOGIE

Alsberg (G.). Zur Anatomie der Missbildungen des Urogenitalapparates. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.) — Recherches anatomiques sur les malformations de l'appareil génito-urinaire.

Baudoin (A.). Tableaux uroscopiques, ou méthode simple et prompte pour l'analyse sans microscope des urines, des sédiments urinaires et des calculs vésicaux. 2e éd. In-8°, 28 p. La Rochelle.

Bazy. Des abcès pelviens ouverts dans la vessie; de quelques fistules vésico-intestinales et de leur traitement. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, nov.-déc.)

Bierhoff (F.). On the so-called « irritable bladder » in the female. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.) — De la « vessie irritable » chez la femme.

Davis (B.). Treatment of injuries to the ureters. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 déc.) — Traitement des blessures des uretères.

Goldberg (B.). Die Urethrotomia interna. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 5-6.)

Hawes (J.). Local use of guaiacol in the treatment of frequent, painful urination. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 déc.) — Applications locales de gaïacol dans le traitement de la pollakiurie douloureuse.

Heimann (S.). Zur Lehre der congenitalen Cystennieren. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.) — Du rein kystique congénital.

Leonard (C.). The diagnosis of calculous disease of the kidneys, ureters, and bladder by the Röntgen method. (*Philadelphia Med. Journ.*, 22 déc.) — Diagnostic radioscopique des calculs des reins, des uretères et de la vessie.

Loumeau (E.). Cystocèle vaginale calculeuse. (*Ann. de la policlin. de Bordeaux*, déc.)

Marwedel (G.). Erfahrungen über die Beck'sche Methode der Hypospadie-Operation. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 1.) — Résultats de la cure opératoire de l'hypospadias d'après la méthode de Beck.

Sommer (G.). Transperitoneal ureterolithotomy; report of a case in which the stone was located by the X-ray. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Tanago (G.). Die Phosphaturie als Secretionsneurose der Niere. (*Monatsb. über die Krankh. des Harn-und Sexual-Apparates*, V, 12.) — La phosphaturie considérée comme une névrose sécrétoire du rein.

Vance (A.). Epispadic exstrophy of the bladder complete. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 déc.) — Un cas d'exstrophie complète de la vessie.

OPHTALMOLOGIE

Márquez (M.). Contribución al estudio de la acción nociva de la luz con motivo de dos casos de disminución de la agudeza visual á consecuencia de la observación del último eclipse de sol (*Rev. ibero-americana de cienc. méd.*, déc.)

Miller (G.). Two cases of blindness due to sphenoidal and ethmoidal sinus disease, both cases terminating fatally; necropsy. (*Brit. Med. Journ.*, 22 déc.) — Deux cas mortels de cécité dus à une affection des sinus sphénoïdal et ethmoïdal.

Ovio (G.). Sulla nutrizione del cristallino; studio critico e sperimentale. In-8°, 66 p. Padoue.

Rohmer. De l'angio-mégalie symétrique des paupières supérieures. (*Arch. d'ophtalmol.*, août.)

Socor (G.). Contribution à l'étude des injections intra-oculaires. (*Bull. de la Soc. des méd. et des natural. de Jassy*, sept.-oct.)

Uhthoff (W.). Bemerkungen zur Scrophulose und Tuberculose nebst einem Beitrag zur Tuberculose der Conjunctiva. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 déc.)

Van Duyse. Le colobome « atypique ». (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, déc.)

Werncke (Th.). Ueber Dakryocystitis. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 30 déc.)

Ziem (C.). Ueber Beziehungen der Cataract zu Nasenkrankheiten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 2.) — Des rapports entre la cataracte et les affections du nez.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Grohé (B.). Duplicitas intestini crassi cum utero et vagina dupl. (ihre entwickelungsgeschichtliche Deutung und operative Correctur). (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 5-6.)

Heitzmann (J.). Ueber partielle Schlaffheit der Collumwand während der Schwangerschaft und Geburt. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 déc.) — Du relâchement partiel de la paroi cervicale pendant la grossesse et le travail.

Hennig (C.). Das Verhalten der adenoiden Veränderungen am Mutterhalse während der Schwangerschaft, Geburt und während des Wochenbettes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 déc.) — De la façon dont se comporte le tissu adénoïde du col utérin pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Holowko (A.). Ein Beitrag zur Embryotomie mit dem Sichelmesser. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 16 déc.) — Embryotomie à l'aide du couteau falciforme.

Horn (F.). Ueber die Wendung auf den Kopf. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Sur la version céphalique.

Jones (E.). Composite teratoma of the ovary; pathologic report. (*Philadelphia Med. Journ.*, 22 déc.)

Keim (G.). Contribution au traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale; essai de traitement opothérapique. (*Obstétrique*, nov.)

Kelly (H. A.). The removal of pelvic inflammatory masses by the abdomen after bisection of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.) — Un nouveau procédé d'ablation des tumeurs inflammatoires du bassin.

21e ANNÉE. — N° 22. Vingt centimes le numéro. 22 MAI 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

La messe pour la peste.

On sait que l'Eglise catholique, considérant les grandes épidémies comme des fléaux envoyés par Dieu pour châtier les hommes, croit devoir intercéder en pareil cas en implorant la miséricorde divine; c'est ainsi qu'il existe encore de nos jours une messe dite « messe pour la peste » que l'on célèbre quand une calamité de ce genre paraît le rendre nécessaire.

Il s'agit là d'une coutume très ancienne, car, ainsi que M. J. Viard vient de le démontrer, cette messe fut instituée par le pape Clément VI à l'occasion de la grande épidémie de peste de 1348, dont les ravages furent tels, dit Froissard, que « la tierce partie du monde mourut ».

Voici quel est le titre de cette messe qui a subsisté depuis lors, presque sans modifications, dans la liturgie catholique :

Missa pro evitanda mortalitate, quam dominus papa Clemens sextus fecit et constituit in collegio, cum dominis cardinalibus, anno Domini millesimo CCCXLVIII. Et concessit omnibus predictam missam audientibus et dicentibus ducentas sexaginta dies indulgentie. Et omnes audientes predictam missam debent portare in manu unam candelam ardentem per quinque dies continue sequentes; et eis mors subitanea nocere non poterit. Hoc est certum et approbatum in Avinione et in partibus Avinoniensibus.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Sauné, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Monnier, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale, en remplacement de M. Ollive.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Fedor Krause, ancien professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Halle, est nommé professeur extraordinaire de chirurgie.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Alexander Westphal, privatdocent à la Faculté de médecine de Berlin, est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur W. Gebhardt est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Munich. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Siegfried Mollier (*anatomie*); Max Cremer (*physiologie*); Rudolf Haug (*otologie*).

Faculté de médecine d'Odessa. — M. le docteur A. F. Mankovsky est nommé privatdocent d'histologie.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs L. Syllaba (*médecine interne*); S. Ruzicka (*hygiène*).

Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le docteur H. L. de Souza Lopes, professeur de chimie analytique, est nommé professeur de thérapeutique, en remplacement de M. A. R. de Alvarenga.

Faculté de médecine de Rostock. — M. le docteur E. Graser, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine d'Erlangen, est nommé professeur ordinaire de chirurgie, en remplacement de M. Garrè.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Friedrich Pineles est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Wurtzbourg. — M. le docteur Otto von Franqué, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie, est nommé professeur extraordinaire.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires S. Botkine (*pathologie générale et clinique propédeutique*); Yanovsky (*clinique médicale*).

Collège royal des chirurgiens de Dublin. — M. le docteur F. C. Dwyer est nommé professeur de chirurgie, en remplacement de Sir W. Stokes, décédé.

University of Michigan d'Ann Arbor. — M. le docteur Reuben Peterson est nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. J. N. Martin, démissionnaire.

Cooper Medical College de San Francisco. — M. le docteur Walter E. Garry est nommé professeur de physiologie.

Philadelphia Polyclinic. — M. le docteur W. C. Posey est nommé professeur d'ophtalmologie, en remplacement de M. S. D. Risley, démissionnaire.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882* : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1900* inclusivement (18 années) absolument complètes, soit les 20 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 182 francs pour la France, 220 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1900, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

MÉDECINE

Baccarani (U.). Dell'influenza del massaggio addominale sulla eliminazione degli eteri solforici e dell'indicano delle urine. (*Riforma med.*, 24 avril.)

Baccarani (U.). Sopra un caso di ematuria renale notturna di probabile natura nervosa. (*Clinica medica italiana*, avril.)

Cesaris-Demel (A.). Sulla bronchite fibrinosa essenziale. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, VI, 7.)

Eisenmenger (R.). Beitrag zur Behandlung der Lungentuberculose. (*Wien. med. Wochensch.*, 8 déc.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les exercices de respiration forcée.

Ferrannini (L.). Cardiopatie eredofamiliari e congenite. (*Arch. ital. di med. interna*, III, 3-6.)

Galvagni (E.). La sifilide del fegato nell'adulto. (*Clinica moderna*, 18 et 25 avril.)

Jona (G.). Cancro-cirrosi del fegato : osservazioni e considerazioni. (*Riv. veneta di scienze med.*, 30 nov.)

Monari (A.). Sede e natura dei rumori anemici. (*Clinica medica italiana*, oct.-déc.)

Morano (G. P.). Polso paradosso nell'asma bronchiale. (*Clinica medica italiana*, oct.-déc.)

Perassi (A.). Perimetria toracica e reclutamento negli istituti militari. (*Giorn. med. del R° Esercito*, oct.)

Plessi (A.). Trasmissione a tutto l'addome del rumore respiratorio e dei toni cardiaci in un caso di timpanismo intestinale per tubercolosi miliare acuta. (*Clinica medica italiana*, oct.-déc.)

CHIRURGIE

Abbate (G.). La sutura d'Apolito-Lembert in quattro casi di enterectomia ed enterorafia primitiva per gangrena da strozzamento ernioso. (*Incurabili*, 1er-15 déc.)

Beck (C.). Repairing the abdominal wall in ventral hernia : a new operation. (*Med. News*, 27 oct.)

Borchgrevink (O.). Klinische und experimentelle Beiträge zur Lehre von der Bauchfelltuberkulose. In-4°, 233 p. Stuttgart. — La péritonite tuberculeuse.

Delli Santi (M.). L'anestesia mediante la cocainizzazione del midollo spinale alla Bier. (*Incurabili*, 1er-15 déc.)

Fowler (R.). Echinococcus cyst of the liver. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Kyste hydatique du foie.

Franke (F.). Ueber eine neue Behandlungsmethode des Leberechinococcus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 5-6.) — Sur un nouveau procédé opératoire des kystes hydatiques du foie.

Johnson (M.). Improved technique for the cure of ventral hernia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 déc.) — Technique perfectionnée de la cure des hernies abdominales.

Keen (W.W.). Six cases of secondary operation for wrist-drop from injury to the musculo-spiral nerve by fracture of the humerus; very little improvement in four, complete restoration of function in two cases. (*Med. Chronicle*, août.)

Krogius (A.). Ueber die vom Processus vermiformis ausgehende diffuse eitrige Peritonitis und ihre chirurgische Behandlung. In-8°, 240 p. avec tracés. Iéna.

Martin (F.). Connell's operation of end-to-end anastomosis of small intestine for repair of enterotomy performed to relieve acute obstruction; first case reported on human subject. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 nov.) — Abouchement de deux segments de l'intestin grêle par la méthode de Connell après entérotomie pour occlusion intestinale aiguë; premier fait de ce genre chez l'homme.

Monnier (U.) et **Vignard**. Sténose du pylore avec stase alimentaire; gastro-entérostomie postérieure; guérison. (*Gaz. méd. de Nantes*, 29 déc.)

Pauchet (V.). Cure des fistules stercorales par l'abouchement dans l'intestin. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, nov.-déc.)

Pennington (J.). New points in the anatomy and histology of the rectum and colon ; the treatment of obstinate constipation based on points set forth in the foregoing. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 déc.) — Un traitement chirurgical de la constipation habituelle, basé sur des nouvelles recherches relatives à l'anatomie et à l'histologie du rectum et du côlon.

Phelps (A. M.) et **Manton** (D. W.). Rotary lateral curvature and Pott's disease of the spine; their diagnoses and treatment. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 déc.) — Scoliose et mal de Pott; diagnostic et traitement.

Piersantelli (G.). Contributo ai metodi di contenzione della mandibola nei casi di frattura. (*Gazz. degli Osped.*, 9 déc.)

Porter (Ch.). Suppurative pericarditis and its surgical treatment, with an analysis of 51 cases reported in literature. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Radzikh (P.). Abcès de la langue consécutif à une péri-amygdalite phlegmoneuse (en russe). (*Méd. Obozr.*, déc.)

Raw (N.). Result of operation for cancer of penis. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Rebaudi (A.). Elefantiasis del escroto consecutiva á la enucleación de los ganglios inguinales de ambos lados. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, déc.)

Rebeck (A.) et **Vitagliano** (G.). Casuistica chirurgica delle operazioni praticate negli ospedali S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona nell'anno 1899, con note di propedeutica e tecnica chirurgica. In-8°, 46 p. Salerne.

Regnoli (G.). Sopra di un raro ascesso. (*Gazz. med. lombarda*, 9 déc.)

Reiss (E.). Klinische Beobachtungen über Osteomyelitis der langen Röhrenknochen, besonders in Bezug auf die Epiphysenknorpelfuge und die begleitenden Gelenkaffectionen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 3.) — Etude sur l'ostéomyélite des os longs, notamment en ce qui concerne la ligne d'insertion du cartilage épiphysaire et les lésions articulaires concomitantes.

Ritter (C.). Die Behandlung der Erfrierungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 1-2.) — Traitement des engelures par l'air surchauffé.

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Commandeur. Sur le manuel opératoire de la craniotomie sur la tête dernière. (*Province méd.*, 8 déc.)

Doléris (A.). Enucléation des fibromes utérins par la voie vaginale; reproduction de nouvelles tumeurs. In-8°, 15 p.

Kolomenkin (N.). Zur Lehre von dem sogenannten Chorioepithelioma malignum. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.)

Kworostansky (P.). Syncytioma malignum und sein Zusammenhang mit der Blasenmole. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 1.) — Rapports du syncytiome malin avec la môle vésiculaire.

La Torre (F.). Della malignità della mola idatiforme. (*Clinica ostetrica*, oct.)

Maillart (H.). Ueber den günstigen Einfluss der Schwangerschaft auf die Enteroptose. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 déc.) — Influence favorable de la grossesse sur l'entéroptose.

Malcolm (J.). The condition three years after operation of fifty successful consecutive ovariotomies. (*Lancet*, 15 déc.) — Une série de 50 ovariotomies pratiquées avec succès; état des opérées trois ans après l'intervention.

Mayer (J.). Vorzeitige Lösung der Nachgeburt in der Schwangerschaft infolge zu kurzer Nabelschnur. (*Prag. med. Wochensch.*, 29 nov. et 6 déc.) — Décollement prématuré du placenta pendant la grossesse par suite de brièveté du cordon ombilical.

McFarland (J.). A case of deciduoma malignum. (*Philadelphia Med. Journ.*, 22 déc.)

Monod (E.). Ovariotomie après la ménopause. (*Ann. de la policlin. de Bordeaux*, déc.)

Müller (A.). Ueber Kolpeuryse und Metreuryse. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 déc.)

Nassauer (M.). Heilung einer — wahrscheinlich tuberkulösen — Salpingitis bilateralis durch atrophisirende Gefässunterbindung? (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 déc.) — Une salpingite bilatérale, de nature vraisemblablement tuberculeuse, peut-elle guérir par l'action atrophiante de la ligature des vaisseaux ?

Orlov (V.). Un cas rare de placenta multiple (en russe). (*Vratch*, 16 déc.)

Resinelli (G.). Nuove osservazioni di versamento pleurico in donne affette da tumori dell'ovaio. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, oct.) — Epanchements pleurétiques chez les femmes atteintes de tumeurs de l'ovaire.

Rocchi (F.). I fibromiomi dell'utero curati nei due anni scolastici 1898-1900 nell'Istituto ostetrico-ginecologico di Roma. In-8°, 30 p. Rome.

Slavik (V.). Vzacnejsi pripad pokusu odehnani plodu. (*Casopis lékaru ceskych*, 29 déc.) — Un cas rare d'avortement.

Smith (A. L.). A case in which sexual feeling first appeared after removal of both ovaries. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.) — Un cas dans lequel le sens génésique se développa seulement après l'ovariectomie double.

PÉDIATRIE

Labbé (M.). Des variations de la quantité d'oxyhémoglobine du sang chez les nourrissons traités par les injections de sérum artificiel. (*Rev. de méd.*, déc.)

Levy (M.). Ueber Mitbewegungen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.) — Des mouvements surajoutés.

Maestro (L.). Stittichezza e coprostasi nei lattanti; studio clinico. In-8°, 40 p. Padoue. — Constipation et coprostase chez les nourrissons.

Marfan (A.). Ueber secundäre Gastroenteritiden im Kindesalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXIX, 5-6.)

May (C.). Ueber nervöse Störungen im Verlauf des Keuchhustens. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.) — Des troubles nerveux au cours de la coqueluche.

Monti. Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Fasc. 13. In-8°, p. 517 à 632. Vienne.

Ochsner (A.). Treatment of hernia in children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 déc.) — Traitement des hernies chez les enfants.

Oehler (R.). Ueber Peritonitis tuberculosa. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 déc.)

Packard (F.). The antecedents of organic heart disease in children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 déc.) — Les antécédents des cardiopathies organiques chez les enfants.

Pigeaud (J.). Ueber Bacterienbefunde (bes. Streptokokken) in den Dejektionen magendarmkranker Säuglinge. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, fasc. suppl.) — Présence de bactéries, notamment de streptocoques, dans les selles des nourrissons atteints de troubles gastro-intestinaux.

Quincke (H.). Ueber Athyreosis im Kindesalter. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 et 13 déc.)

Riva-Rocci (S.). La malaria cronica nell'infanzia. (*Gazz. med. di Torino*, 6 déc.)

Röder (H.). Die Ruptur des Ductus arteriosus Botalli; eine monographische Studie zur Pathologie des Ductus. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.)

Romniciano (G.) et **Bolintineano** (A.). La marche dans la coxo-tuberculose, étudiée à l'aide du cinématographe. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, déc.)

Saint-Philippe (R.) et **Nourrit** (Mlle). Corps étranger des voies aériennes; épi de blé ayant pénétré jusqu'à la bronche moyenne et ayant entraîné la gangrène du poumon et une hémoptysie mortelle; nécropsie. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, déc.)

Schlossmann (A.). Zur Frage der natürlichen Säuglingsernährung; Beobachtungen und Untersuchungen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.) — Sur l'alimentation naturelle du nourrisson.

Stamm (C.). Die Meningocele spuria traumatica. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.)

TÉRATOLOGIE

Filippini (G.). Utero e trombe di Falloppio nell'inguine di un uomo. (*Morgagni*, déc.)

Friedrich (W.). Eine interessante Entwicklungs-Anomalie. (*Pest. med.-chir. Presse*, 30 déc.) — Un cas d'anomalie de développement de la main.

Joret. Fœtus anencéphale. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, IX, 4.)

Leclerc (C.). Sur un cas de transposition de viscères par malformation congénitale. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, IX, 3.)

Löwenthal (H.). Ueber angeborene Dextrocardie ohne Situs viscerum inversus; Fehlen der Arteria pulmonalis, mit Ductus Botalli als arterielles Gefäss; Lücke im Septum ventriculorum; kleiner linker Ventrikel. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 1-4.) — Dextrocardie congénitale sans inversion des viscères; absence d'artère pulmonaire, le canal de Botal faisant office de vaisseau artériel; fente du septum intraventriculaire; petitesse du ventricule gauche.

Mazzini-Volpe. Un caso di costole congenitamente incomplete, con pneumocele; contributo alla toraco-teratogenesi. (*Policlinico*, 15 sept.)

Sedlacek (J.). Pripad porodu zrudnosti thoracopagus tetrabrachius tetrapus. (*Casopis lékaru ceskych*, 6 oct.)

Wertheim Salomonson (J. K.). Een zeldzaam geval van polydactylie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 oct.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Amberg (E.). Some remarks on the hygiene of the ear. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 déc.) — Hygiène de l'oreille.

Bloch. Beiträge zur Morphologie des menschlichen Hammers. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVIII, 1-2.) — Sur la forme du marteau chez l'homme.

Bulletins et Mémoires de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie. T. XVI, 2e partie. In-8o, 334 p. avec fig.

Caro (W.). Die Chirurgie der Warzenfortsatzerkrankungen und ihrer secundären Complicationen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.) — Du traitement chirurgical des lésions mastoïdiennes et de leurs complications.

Cohn (J.). Ueber otogene Meningitis. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVIII, 1-2.)

Cozzolino (A.). L'acqua ossigenata nei processi lenti catarrali dell'orecchio medio ed in quelli atrofizzati della muccosa naso-faringo-laringea. (*Gazz. med. lombarda*, 9 déc.) — L'eau oxygénée dans le traitement des affections inflammatoires chroniques de l'oreille moyenne et de l'atrophie de la muqueuse nasopharyngolaryngée.

Eitelberg (A.). Zur conservativen (medicamentösen) und operativen Behandlung der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung. (*Wien. med. Presse*, 23 et 30 déc.) — Traitement médicamenteux et opératoire de l'otite moyenne purulente chronique.

Friedrich (E.). Die diagnostische Bedeutung der electrischen Untersuchung des Gehörorganes. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVIII, 1-2.) — La valeur diagnostique de l'exploration électrique de l'oreille.

Habermann (J.). Zur Pathologie der chronischen Mittelohrentzündung und des Cholesteatoms des äusseren Gehörgangs. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, L, 3-4.) — Sur l'otite moyenne et sur le cholestéatome du conduit auditif externe.

Lautenbach (L.). The control and prevention of ear diseases among school children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 déc.) — Constatation et prophylaxie des maladies des oreilles chez les écoliers.

Muck (O.). Ueber das Auftreten der acuten Jodintoxication nach Jodkaligebrauch in ihrer Abhängigkeit von dem Rhodangehalt des Speichels, des Nasen-und des Conjunctivalsecrets. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 déc.) — Dépendance des phénomènes de l'iodisme aigu de la teneur en sulfocyanure de la salive et des mucosités nasales et conjonctivales.

HYGIÈNE

Cohn (M.). Zur Morphologie der Milch. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXII, 2 et 3.) — Les éléments figurés contenus dans le lait.

Compte rendu des travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité du département de l'Hérault (année 1899). In-8o, 123 p. Montpellier.

Compte rendu des travaux des conseils d'hygiène et de salubrité publiques du département du Puy-de-Dôme (années 1898-1899). In-8o, 77 p. Clermont-Ferrand.

Cummins (H.). Enteric fever in South Africa: effective sterilisation of excreta. (*Brit. Med. Journ.*, 10 nov.)

Guichard (P.). Analyse chimique et purification des eaux potables. In-16, 200 p. avec fig.

Huddleston (J.). The value of the Schumburg method of purification of water for military purposes. (*Med. News*, 29 déc.) — Valeur de la purification de l'eau d'après la méthode de Schumburg.

La Flize. Enfants assistés et protection des enfants du premier âge (année 1899). In-8o, 46 p. Nancy.

Loi et arrêtés municipaux relatifs à l'hygiène et aux logements insalubres de la ville de Caen. In-8o, 37 p. Caen.

Statistique sanitaire des villes de France; tableaux récapitulatifs et résumés généraux des principaux documents contenus dans les relevés annuels de 1886 à 1898. In-4o, 144 p. Melun. Impr. administrative.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bates (W.). A further contribution concerning the efficacy of the suprarenal gland, both internally and locally, with reports of cases. (*Internat. Med. Magazine*, déc.) — Action thérapeutique des capsules surrénales, employées *intus* et *extra*.

Berghinz (G.). Sieroterapia nella dissenteria; note cliniche. (*Ann. d'igiene sperim.*, X, 4.)

Borde. Contribution à l'étude du traitement du carcinome par l'acide arsénieux. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 déc.)

Chatin (P.) et **Guinard** (L.). Traitement de deux cas de diabète par le sérum de la veine pancréatique. (*Lyon méd.*, 23 déc.)

Chirone (V.). Trattato critico dei medicamenti nuovi. In-8o, 547 p. Naples.

Edel (P.). Ueber einen günstigen Erfolg durch Behandlung mit Nebennieren-Tabletten in einem Falle von Morbus Addisonii. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 déc.) — Opothérapie surrénale dans un cas de maladie d'Addison; guérison.

Friedmann (E.). Der Blutdruck und seine Beziehung zur Lymphcirculation; auffällige Verkleinerung von Lymphdrüsentumoren durch Digitalismedication. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 déc.) — Rapports entre la pression sanguine et la circulation de la lymphe; diminution considérable des tuméfactions ganglionnaires sous l'influence de la digitale.

Gluzinski (A.). Ueber die Behandlung des peptischen Magengeschwüres. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 déc.) — Du traitement de l'ulcère rond de l'estomac.

Kraus (H.). Zur Ichthyolbehandlung des Scharlachs nach Seibert. (*Prag. med. Wochensch.*, 27 déc.)

Landmann (G.). Ueber eine neue Methode der Tuberkulose-Toxin-Behandlung. (*Hyg. Rundschau*, 8.) — Sur une nouvelle méthode de toxinothérapie de la tuberculose.

Mackie (W.). Calcium iodate as an iodoform substitute and gastro-intestinal antiseptic. (*Lancet*, 29 déc.) — L'iodate de calcium comme succédané de l'iodoforme et comme antiseptique gastro-intestinal.

Mann (A.). On the treatment of tuberculosis by sodium cinnamate. (*Philadelphia Med. Journ.*, 1er déc.)

Model (A.). Chloral und Blutungen; eigene Erlebnisse. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 déc.) — Le chloralisme comme cause d'hémorrhagies multiples.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Battistini (F.) et **Rovere** (L.). Osservazioni cliniche sull'uso dei bagni salino-carbonici nella cura delle malattie di cuore. (*Arch. ital. di med. interna*, III, 3-6.)

Bericht über den zweiten österreichischen Balneologen-Congress (Ragusa-Ilidze, 30. März-5. April 1900). In-8o, 388 p. avec fig. Vienne.

Brock. Verhandlungen der 21. Versammlung der balneologischen Gesellschaft (9.-12. März 1900). In-8o, 281 p. Berlin. — Compte rendu de la vingt et unième réunion de la Société allemande de balnéologie.

Little (J.) et **Ross** (F.). The open-air treatment of phthisis: an interesting case. (*Lancet*, 1er déc.) — Un cas de tuberculose pulmonaire traitée avec succès par la cure d'air.

Martin (O.). Formulaire d'hydrothérapie et balnéothérapie. In-18, 256 p. avec fig.

Mladejovsky (V.). O vyznamu léceni lazenského pri otylosti, dne a cukrovce. (*Casopis lékaru ceskych*, 15, 22 et 29 déc.) — Rôle du traitement hydrominéral dans la thérapeutique de l'obésité, de la goutte et du diabète sucré.

BACTÉRIOLOGIE

Aronson (H.). Zur Biologie und Chemie der Diphtheriebacillen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.)

Fränkel (E.). Mikrophotographischer Atlas zum Studium der pathologischen Mykologie des Menschen. Fasc. 2 à 4. In-8o, p. 23 à 86, avec planches. Hambourg.

Gasser (J.). Analyse biologique des eaux potables. In-16, 192 p.

Gioelli (P.) et **Zirolia** (G.). Contributo allo studio della localizzazione e della morfologia del bacillo dell'influenza. (*Ann. d'igiene sperim.*, X, 3.)

Harris (V.). Notes on the toxicity of different specimens of the bacillus coli communis, obtained from various sources. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.)

Maragliano (D.). Il sangue dei carcinomatosi; ricerche batteriologiche. (*Gazz. degli Osped.*, 9 déc.)

Neufeld (L.). Beitrag zur Kenntnis der Smegmabacillen. (*Arch. f. Hyg.*, XXXIX, 2.)

Ohlmacher (A.). Morphological variation in the pathogenic bacteria. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 déc.)

Richardson (O.). Occurrence of the typhoid bacillus in suppurative processes and in the fœtus. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, 4 déc.)

Wright (J.). A simple method of cultivating anaërobic bacteria. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, 4 déc.)

GÉNÉRALITÉS

Annexe à la statistique médicale de l'armée française pendant l'année 1898, pour servir à l'étude de la statistique internationale. In-4o, 20 p.

Annuaire statistique de la ville de Paris (dix-neuvième année, 1898). In-8o, XXXII-951 p. avec cartes.

Association française pour l'avancement des sciences. Compte rendu de la vingt-neuvième session. 1re partie : documents officiels; procès-verbaux. In-8o, 331 p. avec fig.

Etienne (G.). Documents sur l'alcoolisme à Nancy et dans le département de Meurthe-et-Moselle. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.)

Küttner (H.). Unter dem deutschen roten Kreuz im südafrikanischen Kriege. In-8o, 252 p. avec fig. Leipzig. — La Croix-Rouge allemande dans la guerre du Transvaal.

Laufer (H.). Beiträge zur Kenntnis der tibetischen Medicin. In-8o, 90 p. Leipzig.

Medicinal-statistische Mitteilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. VI, fasc. 2. In-4o, 169 p. avec fig. Berlin. — Statistiques médicales publiées par l'Office sanitaire impérial [allemand].

Recueil des travaux de la Société de médecine du Loiret (année 1900, 1er semestre). In-8o, 76 p. Orléans.

Statistique médicale de l'armée [française] pendant l'année 1898. In-4o, 471 p. Impr. nationale.

21e ANNÉE. — N° 23. Vingt centimes le numéro. 29 MAI 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Dans sa séance d'hier, l'Académie de médecine de Paris a élu comme correspondants étrangers MM. A. Reverdin (de Genève), Ceccherelli (de Parme) et Neugebauer (de Varsovie).

NÉCROLOGIE

M. le docteur G. Asp, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Helsingfors. — M. le docteur John Cavafy, ancien lecteur de médecine à St. George's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur W. H. Draper, ancien professeur de clinique médicale au College of Physicians and Surgeons de New-York.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

MÉDECINE

Baccarani (U.) et **Zannini** (G.). Sull'influenza del massaggio addominale sulla quantità dell'orina e sul suo potere tossico. (*Clinica medica italiana*, oct.-déc.)

Baccarani (U.). Ricerche comparative sulla tossicità urinaria, e sulla eliminazione degli eteri solforici e dell'indicano delle urine. (*Riforma med.*, 6 mars.)

Mairet et **Ardin-Delteil**. Hérédité (étude clinique). In-8°, 158 p. Montpellier.

Pignatti-Morano (G.). Un caso di pneumonite streptococcica con ritardata risoluzione. (*Nuova rivista clinico-terapeutica*, juin.)

Schmidt (A.). Einige Bemerkungen über die Gährungs-und die Verdauungsprobe der Faeces, sowie über den Nutzen der Probediät für die Untersuchung Darmkranker. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 déc.) — Sur la valeur clinique de l'examen des matières fécales et sur les repas d'épreuve dans les affections intestinales.

Sorgo (J.). Zur Diagnose der Aneurysmen der Aorta und der Arteria anonyma und über die Behandlung derselben mit subcutanen Gelatininjectionen (nebst Mitteilung über die Verwendbarkeit der Gelatine als Hämostaticum). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 1-2.)

Starck (H.). Die Verwendung der Divertikelsonde bei Oesophagustumoren. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 déc.)

Struppler (Th.). Ueber septische Processe als Complication bei Pancreasnekrose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 1-2.)

Tendeloo (N. Ph.). Studien über die Ursachen der Lungenkrankheiten. 1re partie. In-8°, 118 p. avec fig. Wiesbaden.— Sur les causes des affections pulmonaires.

Thomas. Beitrag zum Studium der späten Form der Blausucht peripherischen Ursprungs. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 1-2.) — La forme tardive de cyanose d'origine périphérique.

Travaux de la Société médicale de Kharkov (année 1900, 1er fasc.) (en russe). In-8°, 85 p. avec fig. Kharkov.

Verioujsky (D.). Pneumothorax à répétition chez un homme atteint d'emphysème pulmonaire (en russe). (*Vratch*, 9 déc.)

Vignard. Tolérance remarquable de la sonde à demeure dans un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage. (*Gaz. méd. de Nantes*, 15 déc.)

Vitali (D. et F.). Sinossi dell'urina, del contenuto gastrico e delle feci. 3e éd. In-4°, 278 p. Piacenza.

Wainwright (F.). Observations on compressed air illness. (*Lancet*, 22 déc.) — Sur la maladie des caissons.

Wenckebach (K.). Zur Analyse des unregelmässigen Pulses. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVI, 3-4, XXXVII, 5-6 et XXXIX, 3-4.) — Etude analytique du pouls irrégulier.

CHIRURGIE

Oliver (J.). Report of a case of actinomycosis hominis. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Roloff (F.). Eine ungewöhnliche Form von Carcinoma mammae (diffuses hämorrhagisches Carcinom). (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 5-6.)

Ross (G.) et **Wilbert** (M.). Fracture of the extremities; a report of a second series of 500 consecutive cases, verified by radiographs. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 déc.)

Rotter (J.). Ueber entzündliche Stricturen des Colon sigmoideum und pelvinum. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 4.) — Des rétrécissements d'origine inflammatoire de l'S iliaque et de la portion pelvienne du côlon.

Sacchetti (A.). Di un nuovo processo operativo dell'antrace. (*Incurabili*, 1er-15 déc.)

Schmieden (V.). Ein Beitrag zur Lehre von den Gelenkmäusen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 3.) — Des corps articulaires libres.

Schoch (E.). Die irreponiblen Schulterluxationen und ihre blutige Behandlung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 1.) — La luxation irréductible de l'épaule et son traitement sanglant.

Seliger (P.). Ueber den Shock, namentlich nach Contusionen des Bauches. (*Prag. med. Wochensch.*, 19 et 26 juillet, 2, 9 et 23 août, 20 et 27 sept., 11 et 25 oct., 8, 15 et 29 nov., 6, 13, 20 et 27 déc.) — Du shock, notamment après les contusions de l'abdomen.

Snéguirev (K.). Neurofibrome de la paupière et de la peau de la tête (en russe). (*Méd. Obozr.*, déc.)

Spaziani (T.) et **Ferretti** (T.). Archivio ed Atti della Società italiana di chirurgia (anno XV, quattordicesima adunanza tenuta in Roma). In-8°, CV-563 p. avec fig. Rome.

Stewart (F.). Foreign bodies in the air-passages. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 déc.) — Corps étrangers des voies respiratoires.

Stuparich. Zur Casuistik der Herz- und Lungenstichverletzungen. (*Wien. med. Presse*, 30 déc.) — Traumatismes du cœur et des poumons par instruments piquants.

Sullivan (W.). Colostomy for the cure of amebic dysentery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 déc.)

Svoiékhotov (A.). Des adhérences péritonéales (en russe). (*Méd. Obozr.*, déc.)

Tacke (F.). Epityphlitis im Bruchsack. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 1.) — Epityphlite intraherniaire.

Terrier (F.) et **Gosset** (A.). De l'exclusion de l'intestin. (*Rev. de chir.*, août, nov. et déc.)

Thöle. Querdurchtrennung des Ductus thoracicus am Halse; Unterbindung; Heilung ohne Ernährungsstörung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 1-2.) — Section transversale du canal thoracique; guérison sans troubles de la nutrition après ligature de ce canal.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Beck (C.). On suspending the uterus on the round ligaments. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Mattoli (A.). Contributo clinico alla diagnosi e al trattamento della gravidanza tubarica. (*Clinica ostet.*, II, 2.)

Snéguirev (V.). Ueber die Schmerzen in der Becken-und Bauchhöhle der Frau. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 1.) — Des phénomènes douloureux localisés dans les cavités pelvienne et abdominale de la femme.

Szabó (A.). Ueber Bradycardie im Wochenbette. (*Pest. med.-chir. Presse*, 16 et 23 déc.) — De la bradycardie puerpérale.

Transactions of the American Association of obstetricians and gynecologists for the year 1899. T. XII. In-8°, 371 p. Philadelphie.

Ulesko-Stroganowa (Mme K.). Anatomische Veränderungen der schwangeren Tube im Bereich der Eiinsertion. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.) — Des altérations anatomiques de la trompe gravide au niveau de l'insertion de l'œuf.

Warszawski (M.). Vierzehn seltene Fälle von Bauchwandfisteln des Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.) — Quatorze cas rares de fistules utéro-pariéto-abdominales.

Warthin (A. S.). Accessory adrenal body in the broad ligament (adrenal of Marchand). (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.) — Présence d'une capsule surrénale surnuméraire dans le ligament large.

Webster (J.). Separation of the recti abdominis muscles and stretching of the linea alba, unnoticed factors in the production of abdominal and pelvic disturbances in women. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 déc.) — La séparation entre les muscles droits de l'abdomen et l'élargissement de la ligne blanche comme causes de troubles abdominaux et pelviens chez la femme.

Wertheim (E.). Abdominale Totalexstirpation der Vagina. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 29 déc.)

Williams (D. H.). Ovarian cysts in colored women, with notes on the relative frequency of fibromas in both races. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 déc.) — Kystes de l'ovaire chez les négresses; notes sur la fréquence relative des fibromes de l'utérus dans les races blanche et noire.

Witzel (O.). Autocystoplastik und Kolpocystoplastik bei grossen Defekten der Blasen-Scheidenwand. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 déc.) — Autocystoplastie et colpocystoplastie dans les cas de pertes de substance étendues de la cloison vésico-vaginale.

PÉDIATRIE

Simon (H.). Ueber Hirnerschütterung und acuten Hirndruck. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.) — De la commotion cérébrale et de la compression aiguë du cerveau.

Sommerfeld (P.). Zur Kenntnis der chemischen Zusammensetzung des kindlichen Körpers im ersten Lebensjahre. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.)—Sur la composition chimique du corps d'un enfant en bas âge.

Strauss (H.). Ein Fall von acuter Leukämie. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXX.)

Swoboda (N.). Gibt es eine Melaena vera? (*Prag. med. Wochensch.*, 6 déc.) — Existe-t-il un véritable melæna des nouveau-nés?

Teixeira (J.-M.). La fièvre jaune chez les enfants. (Trad. du portugais.) In-8°, 90 p. Corbeil.

Terrien (E.). L'intoxication acide dans la gastro-entérite des nourrissons. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, déc.)

Thiemich (M.). Ueber die Schädigung des Centralnervensystems durch Ernährungsstörungen im Säuglingsalter; anatomische und klinische Untersuchungen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, 5 et 6.) — Sur les troubles nerveux résultant des affections gastro-intestinales chez le nourrisson.

Thomson (J.) et **Turner** (A.). On the causation of the congenital stridor of infants. (*Brit. Med. Journ.*, 1er déc.)

Ungar (E.). Ueber chronische Peritonitis und peritoneale Tuberkulose bei Kindern. (*Zeitsch. f. prakt. Aerzte*, 25 déc.)

Valagussa (F.). Eziologia e sieroterapia della dissenteria dei bambini. (*Ann. d'igiene sperim.*, X, 4.)

Weill (E.) et **Péhu** (M.). Un syndrome gastrique particulier chez le nourrisson. (*Lyon méd.*, 9 déc.)

Zaremba (G. von). Beitrag zur Lehre von den Schutzvorrichtungen des Darmtractus; Untersuchungen über die entgiftende Wirkung des Pankreas. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 4.) — Recherches sur la fonction antiseptique du pancréas.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Cohn (R.). On the treatment of laryngeal tuberculosis. (*Med. Record*, 22 déc.)

Cozzolino (V.). Ueber einen Fall von Pseudoaktinomykose der äusseren Ohrgegend, von einem neuen Fadenbacterium hervorgerufen. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, L, 3-4.) — Un cas de pseudo-actinomycose de la région externe de l'oreille due à un nouveau bacille filiforme.

Heine. Zur Casuistik otitischer intracranieller Complicationen (63 Fälle von uncomplicirter Leptomeningitis purulenta diffusa). (*Arch. f. Ohrenheilk.*, L, 3-4.)

Hinsberg. Zur Therapie und Diagnose der otogenen Meningitis. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVIII, 1-2.)

Hofmann (M.). Eine seltene Anomalie der lateralen Nasenhöhlenwandung. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, déc.) — Une anomalie rare des parois latérales des fosses nasales.

Katz (L.). Zur Frage der bei der acuten, eitrigen Mittelohrentzündung vorkommenden Trommelfellzapfen, deren Therapie und histopathologische Structur. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, L, 3-4.) — Des excroissances coniques au niveau de la perforation du tympan dans l'otite moyenne purulente aiguë; leur structure histologique et leur traitement.

Lamb (W.). Spontaneous cure of empyema of the antrum. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.)

Löwe (L.). Zur Chirurgie der Nase und des zugehörigen Abschnittes der Basis cranii et cerebri. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 15 déc.) — Chirurgie du nez et des parties adjacentes de la base du crâne et du cerveau.

HYGIÈNE

Cao (G.). Gli oggetti di uso comune come veicoli d'infezione. In-8°, 15 p. Turin.

Le Goïc (V.). Installation à Saint-Nazaire du « cimetière de l'Avenir » (système Coupry). (*Ann. d'hyg. publ.*, déc.)

Pecker (P.). L'assistance maternelle à domicile et la dépopulation. In-8°, 35 p.

Peiper (E.). Die Schutzpockenimpfung und ihre Ausführungsbestimmungen in Deutschland und Oesterreich-Ungarn. 3e éd. In-8°, 270 p. avec fig. Vienne. — La vaccination et sa réglementation en Allemagne et en Autriche-Hongrie.

Pellegrini (P.). I materiali di pavimentazione e di rivestimento dal punto di vista dell'igiene. In-8°, 182 p. avec fig. Turin.

Rapport général présenté à M. le ministre de l'intérieur, par l'Académie de médecine, sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France et dans les colonies pendant l'année 1899. In-8°, 100 p. Melun. Impr. administrative.

Rapport général sur les épidémies qui ont sévi en France pendant l'année 1899. In-4°, 88 p. Melun. Impr. administrative.

Roth. Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens (25. Jahrgang, 1899). In-8°, 191 p. Berlin. — Compte rendu des travaux et des progrès réalisés en médecine militaire pendant l'année 1899.

Rothschild (H. de). Dépopulation et protection de la première enfance. In-8°, 32 p. avec fig.

Roux (P.) et **Reynier** (H.). Statistique sanitaire des villes de France. Album graphique des principaux résultats de la statistique de 1886 à 1898. In-folio, 16 planches en couleurs. Melun.

Sommerfeld (Th.). Die hygienische Lage der Steinarbeiter Deutschlands. (*Hyg. Rundschau*, 13.) — La situation hygiénique des ouvriers maniant la pierre en Allemagne.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Binda (C.). Sulla distruzione della sostanza organica nella ricerca microchimica. (*Giorn. di med. legale*, nov.-déc.)

Biondi (C.). L'atteggiamento del cadavere in alcuni più comuni avvelenamenti e ricerche sperimentali per indagarne le cause. In-4°, 99 p. Florence. — Attitude du cadavre dans les empoisonnements les plus communs.

Brindel et **Lafarelle**. Gangrène partielle de la langue et volumineux hématome sus-hyoïdien consécutifs à une tentative de strangulation. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 déc.)

Carrara (M.). Un caso di ematoma estradurale traumatico con integrità della parete ossea. (*Riv. di med. legale*, fév.-mars.)

Garnier (S.). Contribution à l'étude de la kleptomanie; rapport médico-légal sur l'état mental d'un pseudo-impulsif épileptique larvé, inculpé de vol qualifié. (*Bourgogne méd.*, nov.)

Gudden (H.). Ueber die Pupillenreaction bei Rauschzuständen und ihre forense Bedeutung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er déc.) — La réaction pupillaire dans les états d'ébriété; sa valeur médico-légale.

Heymans (J.). Ueber Entgiftung. (*Wien. med. Wochensch.*, 15 déc.) — De la désintoxication.

Laurent (Ch.) et **Guillemin**. Sept cas d'intoxication par une teinture à base d'aniline servant à noircir des chaussures. (*Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de La Rochelle*, XXXII, 7.)

London (E.). Etude médico-légale sur les poils. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VIII, 2.)

Perrin de la Touche. Strangulation simulée. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, IX, 4.)

Reynolds (E.). Further observations on epidemic arsenical peripheral neuritis. (*Brit. Med. Journ.*, 22 déc.)

Vidal (L.). Les certificats médico-légaux usuels; guide pratique et raisonné. In-12, 126 p.

Wetzel. Ueber Leichenerscheinungen und ihre Zeitbestimmung. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 et 25 déc.) — Des phénomènes cadavériques et de leur chronologie.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Niehues. Die Resultate der Zimmtsäurebehandlung bei chirurgischer Tuberculose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 5-6.) — Résultats du traitement de la tuberculose chirurgicale par l'acide cinnamique.

Osburn (H.). Treatment of typhoid fever. (*Amer. Practitioner and News*, 1er déc.)

Ostermaier (P.). Zur Darmwirkung des Atropins. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 déc.) — De l'atropine dans le traitement de l'iléus.

Perassi (A.). Saggio di premunizione contro la tubercolosi. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, mai.)

Porter (W.). Venesection in pneumonia followed by injection of normal salt-solution. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 déc.) — Traitement de la pneumonie par la saignée suivie d'une injection de sérum artificiel.

Raviart et **Bertin**. Le chlorhydrate d'apocodéine en injections hypodermiques contre la constipation. (*Echo méd. du Nord*, 2 déc.)

Sohlern (E. von). Ein Beitrag zur diätetischen Behandlung der Hyperacidität. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 déc.) — Du régime alimentaire dans les cas d'hyperacidité gastrique.

Somers (L.). Suprarenal gland in hay fever. (*Philadelphia Med. Journ.*, 8 déc.) — L'opothérapie surrénale contre la fièvre des foins.

Stengel (A.). Some notes on the treatment of rheumatism. (*Med. News*, 22 déc.)

Szontagh (F. von). Die Therapie der Scharlachnephritis. (*Pest. med.-chir. Presse*, 11 et 18 nov., 2 et 9 déc.) — Traitement de la néphrite scarlatineuse.

Terrile (E.). La gelatina come emostatico. (*Pammatone*, IV, 4.)

Travaux de la Société de thérapeutique de Moscou (en russe). Fasc. 5. In-8°, 273 p. avec fig. Moscou.

Vetlesen (H. J.). Om extrabuccal og specielt rektal ernæring. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, déc.) — De l'alimentation extrabuccale et en particulier de l'alimentation par le rectum.

Viviani (G.). L'arseniato di ferro solubile nella cura delle anemie. In-16, 28 p. Milan.

Weill (A.) et **Diamantberger** (M. S.). De la gaïacolisation intensive dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Arch. orientales de méd. et de chir.*, nov.)

Wunschheim (O. von). Beeinflusst Glycerin als Lösungsmittel den Desinfektionswert von Antisepticis? (*Arch. f. Hyg.*, XXXIX, 2.) — La glycérine employée à titre de dissolvant influence-t-elle la valeur désinfectante des antiseptiques?

ÉLECTROTHÉRAPIE

Bordier (H.). Valeur des différents modes de production de l'ozone: action physiologique, bactériologique et thérapeutique de l'air ozonisé. (*Lyon méd.*, 30 déc.)

Chanoz (M.). Choix des accumulateurs en électrothérapie. (*Lyon méd.*, 30 déc.)

Freudenthal (W.). Electric light; its physiological action and therapeutic value in tuberculosis of the throat and lungs. (*Med. Record*, 27 oct.) — Photothérapie de la tuberculose du larynx et des poumons.

Lagrange (F.). Technique de l'électrolyse des voies lacrymales. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

Marie (T.) et **Cluzet** (J.). Nouvelle disposition de condensateur permettant de graduer facilement les décharges dans la franklinisation ordinaire et la franklinisation hertzienne. (*Arch. d'électricité méd.*, nov.)

Monari (A.) et **Bertoni** (P. F.). Influenza del massaggio e della corrente indotta, dissocciati o combinati, sulla funzione motoria dello stomaco ectasico, sull'acidità totale e sulla secrezione dell'acido cloridrico. (*Clinica medica italiana*, oct.-déc.)

Moraga Porras (A.). Tratado práctico de electroterapia general y especial. T. II: faradoterapia. In-8°, 140 p. avec fig. Santiago de Chili.

Richter (E.). Neue Gesetze der Erregung von Sinnesnerven und 2 neue Electrodenpaare für das Ohr und das Auge. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, déc.) — Nouvelles lois de l'excitation des nerfs sensoriels et nouvelles électrodes pour l'oreille et l'œil.

Santos (C.). Procédé rationnel de radiopelvimétrie. (*Ann. d'électrobiol.*, sept.-oct.)

Segur (G.). The electrical treatment of uterine fibroids. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 déc.)

BACTÉRIOLOGIE

Braun (Ph.). De l'action de la bile sur les bacilles typhique et coli dans divers états pathologiques. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VIII, 2.)

Marx (H.) et **Woithe** (F.). Ein Verfahren zur Virulenz-Bestimmung der Bacterien. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 3.) — Un procédé pour déterminer la virulence des bactéries.

Prochaska (A.). Bakteriologische Blutuntersuchungen bei Pneumonien. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 17 nov.) — Bactériologie du sang des pneumoniques.

Richardson (O.). Report of culture experiments made with carcinomatous tissue, 1899 and 1900. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, 23 oct.) — Expériences de culture par ensemencement de tissus cancéreux.

Ritchie (W.). The bacteriology of bronchitis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.)

Sansoni (L.) et **Fornaca** (L.). Ueber einen besonderen gasbildenden Bacillus, der aus dem Mageninhalt einer an peristaltischem Aufruhr des Magens leidenden Frau isoliert wurde. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 4.) — Sur un bacille gazogène provenant du contenu gastrique d'une femme présentant un péristaltisme excessif de l'estomac.

Serkowski (S.). Mleko i bakterye. In-8°, 129 p. Varsovie. — Le lait et les bactéries.

Simonetta (L.). La metodica distruzione degli animali che ordinariamente servono per ricerche bacteriologiche nei laboratori di medicina sperimentale. In-8°, 13 p. Pavie.

Wright (A.). On a method of measuring the bactericidal power of the blood for clinical and experimental uses. (*Lancet*, 1er déc.) — Sur un procédé de détermination du pouvoir bactéricide du sang.

Wurtz (R.) et **Bourges** (H.). Vitalité, conservation de la virulence, variations de forme du bacille de la peste dans l'eau de mer. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Yabé (T.). Sur le microbe de la peste. (*Arch. de méd. navale*, déc.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Daniëls (C. E.). De thermometrie aan het ziekbed; historische aanteekeningen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 déc.)

Ebstein (W.). Die Medicin im Alten Testament. In-8°, 184 p. Stuttgart. — La médecine dans l'Ancien Testament.

Garat. Notice sur Jean Hameau. In-8°, 23 p. Bordeaux.

Habart (J.). Eduard Albert. In-8°, 23 p. avec portrait. Vienne.

Hamy (E.). Thomas de Bouloigne, chirurgien de Charles V et de Charles VI; Enguerrand de Parenty, médecin de Louis XI. In-8°, 7 p. Boulogne-sur-Mer.

Pagel (J.). Biographisches Lexikon hervorragender Aerzte des 19. Jahrhunderts. Fasc. 2 à 5. In-8°, p. 386 à 1984, avec portraits. Vienne. — Dictionnaire biographique des médecins célèbres du dix-neuvième siècle.

Roger (J.). Les médecins bretons du seizième au vingtième siècle (biographie et bibliographie). In-8°, 199 p. avec portraits.

Salomon (M.). Amatus Lusitanus und seine Zeit. Ein Beitrag zur Geschichte der Medicin im XVI. Jahrhundert. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 5-6 et XLII, 1-2.) — Amatus Lusitanus et son époque (XVIe siècle).

Schrutz (O.). O lékarskych predpisech mistra Havla proti kameni. (*Sbornik klinicky*, II, 1.) — Havel et son traitement de la lithiase.

Welch (G.). Some remarks on medicine in 1800. (*Med. Record*, 29 déc.)

21e ANNÉE. — N° 24. Vingt centimes le numéro. 5 JUIN 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Reims. — M. le docteur H. Lardennois est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

VARIA

L'admission des élèves de l'enseignement moderne aux études médicales en Allemagne.

Malgré les vœux et les protestations des Sociétés et des Chambres médicales (Voir *Semaine Médicale*, 1901, Annexes, p. XLVI), le Conseil fédéral vient de décider que les élèves de l'enseignement moderne seront admis aux études médicales. Ceux des *Realgymnasien* auront le droit de demander leur immatriculation sans autre formalité que la présentation de leur diplôme; mais les élèves des *Oberrealschulen* devront passer, en outre de l'examen de sortie subi avec succès, un examen spécial portant sur le latin.

Congrès international d'anthropologie criminelle en 1901.

Le cinquième Congrès international d'anthropologie criminelle se tiendra à Amsterdam du 9 au 14 septembre prochain.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes ; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX

ANNÉE 1900

Nous donnons ci-dessous les dernières indications bibliographiques se rapportant à l'année écoulée.

PHYSIOLOGIE

Hermann (L.). Jahresbericht über die Fortschritte der Physiologie (Jahrgang 1899). T. VIII. In-8°, 324 p. Bonn. — Compte rendu des travaux de physiologie publiés en 1899.

Kiesow (F.) et **Nadoleczni** (M.). Sur la physiologie de la corde du tympan. (*Arch. ital. de biol.*, XXXIV, 2.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Caselli (A.). Studi anatomici e sperimentali sulla fisiopatologia della glandola pituitaria (hypophysis cerebri). In-8°, 228 p. avec fig. Reggio-Emilia.

D'Amato (L.). Sui metodi per dosare il grasso e sulla funzione lipolitica del sangue. (*Clinica medica italiana*, fév.)

Freund (L.). Die physiologischen Wirkungen der Polentladungen hochgespannter Inductionsströme und einiger unsichtbaren Strahlungen. In-8°, 72 p. avec fig. Vienne. — Les effets physiologiques des décharges des courants induits à haute tension et de quelques rayons invisibles.

Klitine (J.). Lésions anatomo-pathologiques des organes parenchymateux au cours de la diphtérie expérimentale. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VIII, 2.)

Schlesinger (E.). Die Leukocytose bei experimentellen Infectionen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXV, 3.)

Spolverini (L.). Nuovo metodo di cura colle iniezioni endovenose di iodio metallico; ricerche sperimentali negli animali e nel laboratorio. (*Policlinico*, 1er mai.)

MALADIES INFECTIEUSES

Dessirier. Note sur un cas de rougeole traité par la photothérapie. (*Gaz. méd. de Picardie*, déc.)

Ewart (W.). Suggestions for the practical treatment of typhoid fever. (*Lancet*, 8 déc.)

Marie (A.). La rage. In-16, 180 p. avec fig.

Minutes of evidence taken by the Indian Plague Commission, with appendices. Vol. II : Evidence taken from 11th January 1899 to 8th February 1899. In-8°, 542 p. avec cartes. Londres.

Setti (G.). Due gravi casi di croup difterico guariti con la sieroterapia. (*Gazz. degli Osped.*, 18 nov.)

Spiller (W.). A case of malaria presenting the symptoms of disseminated sclerosis, with necropsy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Weiss (S.). Zur Prophylaxe der Masernotitis. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 déc.) — Sur la prophylaxie de l'otite morbilleuse.

Weyl (Th.). Aetiologie und Prophylaxe der Infektionskrankheiten; öffentliche Massnahmen gegen ansteckende Krankheiten mit besonderer Rücksicht auf Desinfektion. In-8°, VIII-796 p. avec fig. Iéna.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bechterev (V. von). Ueber periodische Anfälle retroactiver Amnesie. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, nov.) — Des accès périodiques d'amnésie rétrograde.

Bolognini (P.). Della genesi dei disturbi nervosi nei rachitici. In-8°, 89 p. Bologne.

Cesaris-Demel (A.). Sopra due casi di siringomielia. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 4.)

Fiori (T.). Paralisi isolata del nervo trocleare sinistro da causa traumatica. (*Gazz. degli Osped.*, 18 nov.)

Hitzig (E.). Hughlings Jackson und die motorischen Rindencentren im Lichte physiologischer Forschung. In-8°, 39 p. Berlin.

Laureys (S.). Quelques réflexions sur la raison physiologique et la localisation probable du réflexe patellaire. (*Journ. de neurol.*, 20 déc.)

Mills (Ch.), **Keen** (W.) et **Spiller** (W.). Tumor of the superior parietal convolution, accurately localized and removed by operation; with a pathological report on the nature of the growth. (*Journ. of Nervous and Ment. Disease*, mai.)

Steffens (P.). Ueber « Hystero-Epilepsie »; ein Beitrag zur Kenntnis der Uebergangsformen zwischen Hysterie und Epilepsie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 3.)

Treizième congrès international de médecine (Paris 1900); section de neurologie [compte rendu officiel]. In-8°, 612 p.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Andriani (P.). Sulla trasmissibilità della sifilide per vie extragenitali. (*Gazz. internazion. di med. pratica*, 15 déc.)

Campana (R.). Sifiliderma; fibromatosi cicatricea consecutiva; neurofibromi multipli, scoperti istologicamente, nella fibromatosi. (*Boll. dell'Accad. med. di Roma*, XXVI, 7-8.)

Spinelli (P. G.). La sifilide tardiva uterina. (*Arch. ital. di ginecol.*, déc.)

Unna (P.). Alkoholstifte (Stili spirituosi). (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er déc.)

CHIRURGIE

Muscatello (G.). Studi sul cefalocele e sulla spina bifida. In-8°, 206 p. avec fig. Catane.

Thöle. Zur Casuistik seltener Luxationen und Fracturen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 1-2.) — Quelques variétés rares de luxations et de fractures.

Tillaux (P.). Traité de chirurgie clinique. 5e éd. T. II. In-8°, 980 p. avec fig.

Transactions of the Society of Anæsthetists. T. III. In-8°, XXXIV-168 p. Londres.

Verdelet (L.). Contusion herniaire. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 déc.)

Villar (F.). De l'anesthésie chirurgicale médullaire, par injection sous-arachnoïdienne lombaire de chlorhydrate de cocaïne. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 25 nov. et 2 déc.)

Vulliet (H.). Ueber Anästhesie nach subarachnoidaler Cocaininjection in den Lumbalsack des Rückenmarks. (*Therap. Monatsh.*, déc.)

Vulpius (O.). Ein Versuch zur Heilung der Lungenhernie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 déc.) — Un essai de cure radicale de la hernie pulmonaire.

Walcker (O.). Ueber Herzstichverletzungen und Herznaht. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 1-2.) — Quatre cas de suture du cœur pour plaies de cet organe.

Weiss (Th.) et **Février** (Ch.). Des amputations tardives dans le traitement des anévrysmes poplités guéris. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er déc.)

West (S.). Chronic villous arthritis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 déc.)

Witmer (Bertha). Endresultate nach operativer Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 1.) — Résultats éloignés du traitement chirurgical de la maladie de Basedow.

Wolff (H.). Carcinom auf dem Boden des Dermoids. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXII, 4.) — Cancer développé au niveau d'un dermoïde.

Zimmermann (H.). Ein Osteom des Sinus frontalis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 3-4.)

UROLOGIE

Aue (H.). Zur Chirurgie der Nieren; zwei Fälle von Nephrolithiasis. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 288.)

Bazy (P.). Maladies des voies urinaires : thérapeutique générale; thérapeutique symptomatique; médecine opératoire. In-16, 191 p. avec fig.

Bazy (P.). Maladies des voies urinaires : thérapeutique spéciale. In-16, 191 p. avec fig.

Blumer (G.). Further notes on abnormalities of the urinary system. (*Albany Med. Annals*, janv.)

Iodici (N.). Nuovo processo di cistotomia perineale senza interessare la prostata. (*Nuova rivista clinico-terapeutica*, oct.)

Parascandolo (C.). Stato attuale della chirurgia dell'uretere. (*Arte medica*, 7 oct.)

Treizième congrès international de médecine (Paris, 1900); section de chirurgie urinaire [compte rendu officiel]. In-8°, 415 p. avec fig.

OPHTALMOLOGIE

Compte rendu du neuvième Congrès international d'ophtalmologie d'Utrecht (du 14 au 18 août 1899). In-8°, 621 p. avec fig. Amsterdam et Wiesbaden.

Gullstrand (A.). Allgemeine Theorie der monochromatischen Aberrationen und ihre nächsten Ergebnisse für die Ophthalmologie. In-4°, 204 p. avec fig. Upsal. — Théorie générale des aberrations monochromatiques et ses conséquences au point de vue de l'ophtalmologie.

Michel (J. von). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie (30. Jahrgang, 1899). In-8°, 917 p. Tubingue. — Les progrès réalisés en ophtalmologie pendant l'année 1899.

Schön (W.). Die Funktionskrankheiten des Auges. 2e partie. In-8°, 205 p. avec atlas. Wiesbaden. — Les maladies fonctionnelles de l'œil.

Wicherkiewicz. Sur quelques formes rares de kératites syphilitiques. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Zikmund (K.). O konjunktivitidě diplobacillerni. (*Casopis lékaru ceskych*, 24 nov.)

Zweifel (P.). Die Verhütung der Augeneiterung Neugeborener. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 déc.) — La prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Lucae (A.). Zur Lehre der cranio-tympanalen Schallleitung, vulgo Knochenleitung. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, L, 3-4.) — De la conductibilité cranio-tympanique ou osseuse.

Réthi (L.). Untersuchungen über die Luftströmung in der normalen und der kranken Nase. (*Wien. med. Presse*, 25 nov. et 2 déc.) — Sur la circulation intranasale de l'air dans les conditions normales et pathologiques.

Ross (G.). Angina Ludovici. (*Philadelphia Med. Journ.*, 22 déc.)

Schwartze (H.). Ueber erworbene Atresie und Strictur des Gehörganges und deren Behandlung. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVII, 1-2, XLVIII, 1-2 et 3-4.) — L'atrésie et le rétrécissement du conduit auditif et leur traitement.

Tomka (S.). Ein Fall von acuter Mittelohrentzündung bei Morbus maculosus Werlhofii. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, L, 3-4.) — Otite moyenne aiguë dans un cas de maladie de Werlhof.

Ubertis (F.). Influenza dell'irritazione della mucosa nasale sopra il sistema cardio-vascolare e sulla respirazione. (*Ann. di laringol.*, 1er oct.)

Zimmermann (G.). Die Mechanik des Hörens und ihre Störungen. In-8°, 110 p. avec fig. Wiesbaden. — Le mécanisme de l'ouïe et ses troubles.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bernabei (C.) et **Liotta.** L'assorbimento extrapolmonare dei gas e la emfisiterapia. (*Policlinico*, 1er mai et 1er juin.)

Soave (M.). Sulla pretesa volatilità del calomelano alla temperatura di 37°; potere riduttore dei tessuti animali sul calomelano e sugli altri composti mercurosi. (*Giorn. di farmacia, di chimica e di scienze affini*, oct.)

Vitali (D.). Dei costituenti della digitale e della sua ricerca chimico-tossicologica. (*Orosi*, août.)

Weintraud (W.). Ueber eine neue und einfache Technik der Bluttransfusion. (*Therap. Monatsh.*, nov.) — Sur une méthode nouvelle et simple de transfusion du sang.

Wiesner (A.). Bilkovité preparaty diaetetické. (*Casopis lékaru ceskych*, 15 et 22 déc.) — Préparations albuminoïdes diététiques.

ANNÉE 1901

Dans ce bulletin, nous indiquons tous les titres des ouvrages et des mémoires médicaux publiés en 1901 ou portant le millésime de ladite année, dont la connaissance nous est parvenue dans l'intervalle de chacun des numéros de la *Semaine Médicale*.

Les ouvrages sans indication de lieu ont été publiés à Paris.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Böhm (A.) et **Davidoff** (M. von). Text-book of histology, including microscopic technic. (Trad. de l'allemand par G. Huber.) In-8°, 502 p. avec fig. Londres. — Traité d'histologie.

Fort (J.). Nouvel abrégé d'anatomie descriptive. 6e éd. In-32, 555 p. avec fig.

Moritz (O.). Zur Kenntnis der basophilen Granulationen der roten Blutkörperchen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 janv.) — Des granulations basophiles des globules rouges du sang.

Mühlmann (M.). Ueber das Gewicht einiger menschlicher Organe. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 1.) — Sur le poids de quelques organes du corps humain.

Szymonowicz (L.). Lehrbuch der Histologie und der mikroskopischen Anatomie, mit besonderer Berücksichtigung des menschlichen Körpers einschliesslich der mikroskopischen Technik. In-8°, XI-455 p. avec fig. et planches. Wurtzbourg. — Traité d'histologie et d'anatomie microscopique.

Thom (W.). Untersuchungen über die normale und pathologische Hypofysis cerebri des Menschen. (*Arch. f. mikroskop. Anat. u. Entwicklungsgeschichte*, LVII, 3.)

Willebrand (E. A. von). Eine Methode für gleichzeitige Combinationsfärbung von Bluttrockenpräparaten mit Eosin und Methylenblau. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 janv.) — Un procédé de coloration simultanée de préparations sèches de sang par l'éosine et le bleu de méthylène.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Allgeyer (V.). Ueber Veränderungen im menschlichen Muskel nach Calomelinjectionen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 1.) — Sur les altérations qui se produisent dans les muscles de l'homme sous l'influence d'injections de calomel.

Arnold (J.). Ueber « Fettkörnchenzellen »; ein weiterer Beitrag zur « Granulalehre ». (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 1.) — Les cellules « à nucléoles graisseux ».

Coplin (W.). Branchial cysts and fistulæ. (*Philadelphia Med. Journ.*, 26 janv.)

Cornil (V.) et **Ranvier** (L.). Manuel d'histologie pathologique. 3e éd. T. Ier. In-8°, IV-909 p. avec fig.

Devic et **Paviot**. Des os vrais du poumon; étude anatomo-pathologique d'après deux observations inédites. (*Lyon méd.*, 13 et 20 janv.)

Dürck (H.). Atlas and epitome of special pathologic histology : circulatory organs, respiratory organs, gastro-intestinal tract. (Traduit de l'allemand par L. Hektoen.) In-8°, 158 p. Londres.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Arloing (S.) et **Nicolas** (J.). Recherches sur la production rapide de l'immunité et de l'antitoxine diphtériques par association du sérum antidiphtérique au bacille de Löffler ou à sa toxine. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Cönen (H.). Die Aleuronat-Pleuritis des Kaninchens; ein experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Leucocyten in Exsudaten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 1.) — La pleurésie provoquée chez les lapins par des injections d'une émulsion d'aleurone; recherches expérimentales sur les leucocytes dans les exsudats.

Cristiani (H.). Vascularisation comparée des greffes thyroïdiennes. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Flexner (S.). Experimental pancreatitis. (*University Med. Magazine*, janv.)

Hirsch (A.). Zur Kenntnis der Wirkung des Morphins auf den Magen. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 12 janv.) — Recherches expérimentales relatives à l'action exercée par la morphine sur l'estomac.

Kleine (F.). Ueber Entgiftung im Thierkörper. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 1.) — La désintoxication dans l'organisme animal.

Maffucci (A.) et **Di Vestea** (A.). Della sieroterapia nella tubercolosi; ricerche sperimentali. (*Riv. d'igiene e sanità pubbl.*, 1er janv.)

Marcus (H.). Zur Frage der Durchgängigkeit des Darmes für Bacterien. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 janv.) — Recherches expérimentales sur la perméabilité des parois de l'intestin à l'égard des bactéries.

Néfédieff (N.). Sérum néphrotoxique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

Nicolas (J.) et **Beau**. Influence de la splénectomie sur l'évolution de l'intoxication par divers alcaloïdes chez le cobaye. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

MÉDECINE

Abrams (A.). The clinical value of the heart reflex. (*Med. Record*, 5 janv.) — La signification clinique du réflexe cardiaque.

Alger (E.). A case of adiposis dolorosa. (*Med. News*, 19 janv.)

Allaire (G.). Anévrysme de l'aorte et radioscopie. (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 janv.)

Anders (J. M.). Text-book of the practice of medicine. 4e éd. 2 vol. In-8°, 1296 p. avec fig. Londres.

Atherton (A.). A case of perforating gastric ulcer. (*Med. Record*, 5 janv.)

Babes (V.) et **Sion** (V.). Die Pellagra. In-8°, 87 p. avec fig. Vienne. A. Hölder.

Baccarani (U.). Importanza del momento nella ricerca del peso specifico delle orine. (*Riv. critica di clinica medica*, 16 fév.)

Baudouin (F.). Phlegmatia alba dolens au cours d'une chlorose vraie. (*Touraine méd.*, janv.)

Baumgarten (O.). Beitrag zur Aetiologie der primären Schrumpfniere. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er janv.) — Etiologie du petit rein contracté.

Becher (W.). Bestimmung der unteren Magengrenze vermittels Röntgendurchleuchtung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 janv.) — Détermination de la limite inférieure de l'estomac au moyen des rayons de Röntgen.

Bishop (L.). A clinical study of myocarditis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 janv.)

MALADIES INFECTIEUSES

Albis y Bennasar (J.). Tétanos producidos por una ligera picadura; extrema gravedad; curación rápida. (*Rev. balear di cienc. méd.*, 20 janv.)

Baccarani (U.) et **Cevidalli** (A.). Sull'influenza del salolo nella diazoreazione della febbre tifoide. (*Clinica medica italiana*, mars.)

Benvenuti (E.). Sulla terapia del tetano traumatico colle iniezioni ipodermiche di acido fenico (Baccelli). (*Policlinico*, 5 janv.)

Biffi (U.) et **Galli** (P.). Per la batteriologia del *typhus levis*. (*Riv. critica de clinica medica*, 12 et 19 janv.)

Daniels (C.). Summary of researches on the propagation of malaria in British Central Africa. (*Brit. Med. Journ.*, 26 janv.)

Emmerich (R.) et **Löw** (O.). Die künstliche Darstellung der immunisirenden Substanzen (Nucleasen-Immunproteïdine) und ihre Verwendung zur Therapie der Infectionskrankheiten und zur Schutzimpfung an Stelle des Heilserums. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 1.) — La préparation artificielle des substances immunisantes et leur substitution au sérum curatif dans le traitement des maladies infectieuses et la vaccination préventive.

Escherich (T.). Diphtherie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 janv.)

Ferrero (L.). Contributo allo studio sul modo di trasmissione e sulla profilassi della malaria. (*Giorn. med. del R.o Esercito*, mars.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bade (P.). Zur Korsetbehandlung der Tabes dorsalis. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 janv.)

Bartels (M.). Ein Fall von isolirter traumatischer Lähmung des N. peroneus prof. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv.) — Un cas de paralysie traumatique isolée du nerf péronier profond.

Bergonié (J.) et **Fleury** (G. de). Paralysie radiale grave par contusion légère; électrodiagnostic sur le nerf à nu et sous chloroforme; pronostic défavorable vérifié. (*Arch. d'électricité méd.*, janv.)

Bikeles (G.). Zum Ursprung des dorso-medialen Sacralfeldes. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 janv.)

Bonhoff (H.). Ueber einen Fall von Cerebrospinalmeningitis und den Diplococcus intracellularis. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 janv.)

Brower (D.). The treatment of neurasthenia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 janv.)

Buchanan (R.). Cases of arsenical peripheral neuritis. (*Lancet*, 19 janv.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Allgeyer (V.). Esantema roseoliforme da iniezioni di salicilato e protocloruro di mercurio. (*Riforma med.*, 25 janv.)

Babes (V.). Die Lepra. In-8°, 338 p. avec fig. Vienne. A. Hölder.

Bangs (L. B.) et **Hardaway** (W. A.). American text-book of genito-urinary diseases, syphilis and diseases of the skin. 2 vol. In-8°, 1230 p. avec fig. Londres. — Traité des maladies des organes génito-urinaires, de syphiligraphie et de dermatologie.

Berliner (A.). Ueber Ichthyosis hystrix. (*Medico*, 20 mars.)

Bierhoff (F.). On gonorrheal cystitis in the female. (*Med. News*, 12 janv.) — De la cystite blennorrhagique chez la femme.

Bozzi (F.). Guida teorico-pratica alla cura della sifilide secondo le più recenti modificazioni del metodo Scarenzio. In-8°, 57 p. Vérone.

CHIRURGIE

Adler (R.). Mastitis adolescentium. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 janv.)

Alessandri (R.). L'ernia della vescica con speciale riguardo alla sua patogenesi; ricerche cliniche e sperimentali. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 1-2.) — La hernie de la vessie, surtout au point de vue pathogénique.

André (P.). Un cas d'actinomycose cervico-faciale. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er janv.)

Barnard (H.). Dorsal dislocation of the first phalanx of the little finger; reduction by Farabeuf's dorsal incision. (*Lancet*, 12 janv.) — Luxation dorsale de la première phalange du petit doigt; réduction au moyen de l'incision de Farabeuf.

Barton (J.). Fracture of the patella. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 janv.)

Baumgart (G.). Vaginaler und abdominaler Bauchschnitt bei tuberkulöser Peritonitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 et 17 janv.) — L'incision vaginale et la laparotomie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse.

Bayer (C.). Acuter intraperitonealer Erguss, ein Zeichen innerer Einklemmung. (*Prag. med. Wochensch.*, 3 janv.) — Epanchement péritonéal aigu comme signe de l'étranglement interne.

Beck (C.). Surgical errors in skiagraphy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 janv.)

Bloch (O.). Le traitement des plaies infectées. (*Rev. de chir.*, janv.)

Braatz (E.). Zur Dampfdesinfection in der Chirurgie. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 janv.) — De la stérilisation par la vapeur d'eau en chirurgie.

Brutzer (C.). Ueber Perityphlitis. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 19 janv.)

Carle (A.) et **Pescarolo** (B.). Estirpazione di tumore del centro di Broca; guarigione. (*Riforma med.*, 22 janv.)

Cassedebat (P.). Du traitement des fractures de la rotule par le cerclage. (*Arch. gén. de méd.*, janv.)

21e ANNÉE. — N° 25. Vingt centimes le numéro. 12 JUIN 1901.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés agrégés, après concours : MM. les docteurs Marion, Gosset et Auvray (*chirurgie*); Demelin et Potocki (*accouchements*).

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont nommés agrégés, après concours : MM. les docteurs Bégouin (*chirurgie*); Andérodias (*accouchements*).

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Lambret est nommé, après concours, agrégé de chirurgie.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés agrégés, après concours : MM. les docteurs Villard et Tixier (*chirurgie*); Fabre (*accouchements*).

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Jeanbrau est nommé, après concours, agrégé de chirurgie.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Michel est nommé, après concours, agrégé de chirurgie.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes ; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Béliard (M.). Essai critique sur le traitement des sinusites maxillaires.

Boëlle (A.). De la fondation des cliniques chirurgicales en France.

Bornay (J.). Bactériologie des complications de la grippe (influenza).

Bruder (P.). Contribution à l'étude du stridor laryngé congénital des nourrissons.

Chabrol (A.). Contribution à l'étude de l'amputation ostéoplastique fémoro-rotulienne (procédé de Gritti).

Crotet (A.). Contribution à l'étude des ruptures du rein.

Demeurisse (G.-J.). Contagion des otites moyennes aiguës.

Désandré (L.). La varicelle suppurée et les suppurations secondaires au cours de la varicelle.

Duliège (J.-B.). Essai d'étude clinique de l'autotyphisation par le surmenage physique dans la seconde enfance.

Duvernoy (E.). De la rhinoplastie partielle.

Froment (E.). Considérations sur le traitement chirurgical de l'ascite cirrhotique par suture de l'épiploon à la paroi abdominale antérieure.

Guieysse (A.). La capsule surrénale du cobaye; histologie et fonctionnement.

Guillaume (L.). De l'influence des courants de haute fréquence sur l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine.

Jonessof (E.). A propos de l'avortement dit tubo-utérin.

Lefillatre (G.). Etude sur l'allaitement artificiel dans la classe pauvre (La goutte de lait du Havre).

Mac-Auliffe (L.). La Révolution et les hôpitaux (années 1789, 1790, 1791).

Mannoni (Ch.). Contribution à l'étude de l'étiologie et de la prophylaxie du charbon.

Mesnard (J.-P.-A.). Traitement par la suture des plaies par instrument tranchant du conduit laryngo-trachéal.

Mulle (A.). Accidents méningitiques au cours des infections intestinales des enfants.

Rétéossian. L'acide cacodylique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Robert (P.). De l'épilepsie consécutive à la trépanation.

Roquetanière (V.). Pronostic et traitement de la vomique dans les pleurésies purulentes à pneumocoques.

Roussellier (G.). Contribution à l'étude des ruptures extra-péritonéales de la vessie.

Siffre (A.). Contribution à l'étude des anomalies dentaires; le redressement chirurgical de l'antagonisme inverse.

Simon (A.). Considérations sur la propreté dans la pratique chirurgicale journalière à la ville et à la campagne.

Sudaka (J.). De l'anastomose musculo-tendineuse dans le traitement de certains pieds bots paralytiques.

Tentchoff (Ch.). Absence congénitale du grand et du petit pectoral.

Valette. L'albuminurie gravidique à la maternité de l'hôpital Tenon.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Engelhardt (G.) et **Neck** (K.). Veränderungen an Leber und Magen nach Netzabbindungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 3-4.) — Altérations du foie et de l'estomac consécutives aux ligatures de l'épiploon.

Erblöh (W.). Fünf Fälle von osteoplastischem Carcinom. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 1.)

Ferrannini (L.). Histologische Veränderungen des Centralnervensystems und des Magens bei Tetanie des Magens. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 5 janv.) — Altérations histologiques des centres nerveux et de l'estomac dans la tétanie gastrique.

Ferrari (E.). Tre casi di anomalie congenite del cuore in adulti : contributo all'anatomia patologica della *pars membranacea septi*. (*Riv. veneta di scienze med.*, 31 janv.)

Fisher (Th.). A singular case of extensive deposit of phosphate of lime in the lungs. (*Lancet*, 26 janv.) — Un cas insolite de dépôts étendus de phosphate de chaux dans les poumons.

Henke (F.). Zur Endocarditis pneumococcica. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 1.)

Höhl (E.). Abnorme Epithelbildungen im kindlichen Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Formations épithéliales anormales dans l'utérus des petites filles.

Konstantinowitsch (W.). Zur Frage der experimentellen Granulome. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 1.)

MÉDECINE

Béclère (A.). Les rayons de Röntgen et le diagnostic des affections thoraciques non tuberculeuses. In-16, 92 p. avec fig.

Bolli (V.). Del cancro massivo del fegato. (*Riforma med.*, 26 et 28 janv.) — Du cancer massif du foie.

Bradford (J.). Clinical varieties of Bright's disease. (*Lancet*, 5 janv.) — Les variétés cliniques du mal de Bright.

Brown (E.). Leukemia and splenic pseudoleukemia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 12 janv.)

Bugge (J.). Methylenblaatinjektioner diagnostiske betydning ved nyresygdomme. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, janv.) — De la valeur diagnostique des injections de bleu de méthylène dans les affections rénales.

Burnett (D.). Peumonia; its etiology and treatment. (*Med. News*, 5 janv.)

Cardamatis (J.). Des fièvres continues et de leurs formes prédominantes en Grèce. (*Grèce médicale*, août, sept., oct., nov., déc. 1900 et janv.)

Carli (A.). Per la casuistica degli aneurismi dell'aorta addominale. (*Clinica moderna*, 2 janv.)

Casaretti (V.). Contributo allo studio clinico e semeiotico del carcinoma gastrico. (*Riforma med.*, 17 janv.)

Cave (E.). Pneumococcic arthritis. (*Lancet*, 12 janv.)

Constant. Des localisations variées de la douleur dans la lithiase rénale chez l'adulte. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er janv.)

Cornet (P.). L'application diététique dans le traitement des maladies des voies digestives, avec 200 formules de préparations d'aliments. In-8°, 499 p. G. Steinheil.

Davis (N.). Case of malignant endocarditis with recovery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 janv.)

Dennig (A.). Ueber einen Fall von akuter Leukaemie ohne makroskopisch nachweisbare pathologische Veränderungen der blutbildenden Organe. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 janv.) — Un cas de leucémie aiguë sans altérations macroscopiques des organes hématopoiétiques.

Derscheid (G.). De la toux émétisante chez les tuberculeux et de son traitement. (*Policlinique*, 1er janv.)

Deycke. Zur Aetiologie der Dysenterie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 janv.)

Dombrovsky (Th.). Valeur diagnostique et prophylactique de l'emploi de la tuberculine (en russe). (*Vratch*, 6 janv.)

MALADIES INFECTIEUSES

Finlay (Ch.). The mosquito theory of the transmission of yellow fever, with its new developments. (*Med. Record*, 19 janv.) — La théorie de la transmission de la fièvre jaune par les moustiques.

Gabritschewsky (G.). Zur Prophylaxe der Diphtherie. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 1.)

Galatti (D.). Der Erfolg der Serumtherapie bei der diphtheritischen Larynxstenose. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 et 19 janv.) — Les résultats de la sérothérapie dans les cas de sténose diphtérique du larynx.

Germani (A.). Un'epidemia di febbre tifoide. (*Policlinico*, 12 janv.)

Grande (E.). Contributo allo studio clinico dell'ittero infettivo benigno. (*Gazz. degli Osped.*, 17 mars.)

Gwyn (N.). The disinfection of infected typhoid urines. (*Philadelphia Med. Journ.*, 12 janv.)

Jörgensen. Inkubationstiden ved influenza. (*Bibliotek for Læger*, avril.)

Kölzer (W.). Weitere Beobachtungen über die « Widal'sche Reaction » bei Abdominaltyphus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 1.)

Köster (H.). Conclusions formed after six years' experience with the antitoxin treatment of diphtheria. (*Med. News*, 19 janv.)

La fièvre typhoïde à Amiens : ses causes, ses remèdes. Rapport présenté au conseil municipal au nom de la Société médicale d'Amiens. In-8°, 15 p. Amiens.

Maclagan (Th.). The relation of the bowel lesion of typhoid fever to the general symptoms of the disease. (*Lancet*, 12 janv.) — Les rapports qui existent, dans la fièvre typhoïde, entre les lésions intestinales et les symptômes généraux.

Musser (J.) et **Kelly** (A.). Hemoglobinuria complicating typhoid fever. (*Philadelphia Med. Journ.*, 19 janv.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Burr (Ch.) et **McCarthy** (D.). Asthenic bulbar palsy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Carslaw (J.). Influenza and the nervous system. (*Brit. Med. Journ.*, 12 janv.)

Casarotti (T.). Un nuovo metodo di ricerca del riflesso patellare. In-8°, 13 p. avec fig. Padoue.

Chatin (P.). De la sensibilité thermique dissociée chez les hémiplégiques. (*Arch. gén. de méd.*, janv.)

Clark (L. P.). Some remarks on the modern surgical and medical treatment of epilepsy. (*Med. Record*, 12 janv.)

Collier (J.). A case of deformity of the skull simulating leontiasis ossea, associated with a condition of syringomyelia; no physical signs of syringomyelia present. (*Lancet*, 5 janv.) — Difformité du crâne simulant la léontiasis osseuse; syringomyélie constatée à l'autopsie et qui ne s'était pas manifestée pendant la vie.

Colville (W.). Mental therapeutics. In-8°, 80 p. Londres.

Crocq (J.). Etude sur le clonisme tendineux. (*Journ. de neurol.*, 20 janv.)

De Luna (G.). Epilessia ed elmintiasi. (*Policlinico*, 19 janv.)

Deschamps. Atrophie musculaire et impotence fonctionnelle par insuffisance rénale. (*Journ. de neurol.*, 5 janv.)

Duval (P.) et **Guillain** (G.). Les paralysies radiculaires du plexus brachial. In-16, 235 p. avec fig. G. Steinheil.

Eskridge (J. T.). Some remarks on the plantar reflex, with especial reference to the Babinski phenomenon. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 et 26 janv.)

Fajersztajn (J.). Ueber das gekreuzte Ischiasphänomen; ein Beitrag zur Symptomatologie der Ischias. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 janv.) — Le signe de Lasègue dans la névralgie sciatique.

Feindel (E.) et **Meige** (H.). Quatre cas de torticolis mental. (*Arch. gén. de méd.*, janv.)

Fränkel (J.). On the prognosis of hysteria; a contribution to the question of fatal hysteria. (*Med. News*, 5 janv.)

Gasser (H.). The circulation in the nervous system. In-8°, 156 p. Platteville.

Giannuli (F.) et **Majano** (N.). Un degenerato antropoide. (*Riv. mens. di neuropatol. e psichiatria*, déc. 1900 et janv.)

Grande (E.). Su di un caso di afasia per trauma al capo seguito da guarigione. (*Riforma med.*, 19 janv.)

Ilberg (G.). Die Prognose der Geisteskrankheiten. In-8°, 29 p. Halle. — Le pronostic dans les psychoses.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Cabot (F.). Method for rapid elimination of the gonococcus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 26 janv.)

Candela (N.). Manuale di malattie veneree. In-16, 229 p. Naples.

Carpenter (G.). Syphilis of children in everyday practice. In-8°, 112 p. Londres. — Syphilis chez les enfants dans la pratique journalière.

Dethlefsen (C. A.). Lupus vulgaris faciei, behandlet med chloræthyl. (*Hospitalstidende*, 16 janv.)

Dubreuilh (W.). Pigmentation cutanée causée par le « Demodex folliculorum ». (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 janv.)

Dufour (E.). Un cas de xérodermie pigmentaire avec épithélioma de la face. (*Clinique*, 25 janv.)

Emery (E.). Traitement de la syphilis. In-8°, 96 p.

Gérard (E.). Examen analytique et déterminations cryoscopiques des urines dans un cas de pemphigus chronique vrai; composition chimique des bulles de pemphigus. (*Arch. méd. de Toulouse*, 15 janv.)

Griffon (V.) et **Nattan-Larrier** (L.). Hygroma purulent à gonocoques. (*Rev. de méd.*, janv.)

Hartzell (M. B.). Cutaneous diseases accompanying diabetes. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 janv.) — Maladies cutanées accompagnant le diabète.

Heuss (E.). Beitrag zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis (Anetodermia erythematodes Jadassohn). (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er et 15 janv.)

CHIRURGIE

Cleveland (C.). The prevention and relief of post-operative intestinal obstruction. (*Med. Record*, 5 janv.) — Prophylaxie et traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire.

Coen (G.). Di un raro caso di echinococco del fegato. (*Policlinico*, 26 janv.)

Comptes rendus de la Société de stomatologie de Paris (1900). In-8°, 160 p. avec fig.

Courtin (J.). Un cas d'achondroplasie avec raccourcissement du membre inférieur droit; allongement de ce membre par inclusion de clous d'étain dans la longueur de la diaphyse. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 27 janv.)

Cox (E.). The choice of suture for the patella. (*Med. Record*, 12 janv.) — Le choix du matériel de suture dans les cas de fracture de la rotule.

Cushing (H.). Sur la laparotomie exploratrice précoce dans la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde. (*Arch. gén. de méd.*, janv.)

Dalla Vedova (R.). Per la casuistica dei tumori mesenteriali (sarcoma osteoide del mesocolon). (*Policlinico*, 12 janv.)

Delaup (S. P.). A case of ligature of the innominate artery for aneurysm. (*Philadelphia Med. Journ.*, 26 janv.)

Delétrez (A.). Tumeur éléphantiasique. (*Ann. de l'Inst. chir. de Bruxelles*, fév.)

Duchesne. Abcès péri-rectal ouvert dans l'urèthre; infiltration d'urine et phlegmon gangréneux consécutif; guérison. (*Année méd. de Caen*, janv.)

Eads (B.). Ventral hernia following abdominal section. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Engländer (B.). Ein Fall von einseitiger diffuser Brustdrüsenhypertrophie bei einer Frau. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 janv.) — Un cas d'hypertrophie unilatérale diffuse de la glande mammaire chez une femme.

Fowler (G.). A study of eighty-one cases operated upon under analgesia obtained by subarachnoid spinal cocainisation. (*Med. News*, 5 janv.) — 81 opérations effectuées à l'aide de la cocaïnisation médullaire.

Fracassini (L.). Primo caso finora conosciuto che dimostra la possibilità dell'ernia inguinale *diretta* nella donna. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 1-2.) — Premier cas connu qui démontre la possibilité de l'existence d'une hernie inguinale *directe* chez la femme.

Fraikin (A.). Une erreur de diagnostic : ostéosarcome du fémur pris pour une ostéo-arthrite tuberculeuse. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 13 janv.)

Franchini (A.) et **Ravaldini** (L.). Sopra un raro ascesso stercoraceo della coscia per ernia crurale del Littré infiammata e perforata. (*Gazz. degli Osped.*, 27 janv.)

Fratkin (B.). Beitrag zur Casuistik des Ileus. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 30 janv.)

Fredet (P.). Remarques à propos d'une pièce de hernie obturatrice. (*Rev. de chir.*, janv.)

Garel (J.). Clou fixé dans la bronche droite depuis deux mois; diagnostic par la radiographie; ablation avec l'électro aimant; guérison. (*Lyon méd.*, 6 janv.)

Gibbon (J.). Report of a case of cholelithiasis with formation and rupture of an abscess of the abdominal wall. (*Philadelphia Med. Journ.*, 19 janv.) — Un cas de cholélithiase avec rupture d'un abcès de la paroi abdominale.

Gibson (C.). An improved method of performing suprapubic cystotomy. (*Med. Record*, 12 janv.) — Un procédé perfectionné de cystotomie sus-pubienne.

Golebiewski (E.). Atlas and epitome of diseases caused by accidents. (Trad. de l'allemand et annoté par P. Bailey.) In-8°, 550 p. avec fig. et planches en couleurs. Londres.

Goodhue (E.). Wound of the trachea, with suture and union by first intention. (*Philadelphia Med. Journ.*, 12 janv.) — Plaie de la trachée; suture et réunion par première intention.

Gossner. Ein Fall von Tragfähigkeit beider Unterschenkelstümpfe nach Reamputation ohne Osteoplastik. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 janv.) — Double amputation des deux jambes sans ostéoplastie; moignons capables de supporter le poids du corps, sans l'aide de béquilles.

OPHTALMOLOGIE

Alleman (L.). Ocular manifestations of diabetes mellitus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 janv.)

Bourgeois (A.). Extraction simple de la cataracte sénile par kératotomie latérale externe et sutures de la cornée. (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Carpenter (J.). Ocular complications of injuries to the head. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 janv.) — Complications oculaires des traumatismes de la tête.

Ceraso (C.). Le malattie oculari in rapporto alle malattie delle cavità nasali, dei seni della faccia e del cranio; osservazioni anatomiche e cliniche. T. Ier. In-8°, 209 p. Turin. Unione tipogr.-editrice.

Cosse. La tare nerveuse dans le strabisme. (*Touraine méd.*, janv.)

Desbrières (A.). Cataractes congénitales. (*Limousin méd.*, janv.)

Deyl (J.). Povsechna diagnosticka dulezitos « neuritis retrobulbaris » a zajimavy pripad této choroby. (*Casopis lékaru ceskych*, 5 et 12 janv.) — Signification diagnostique de la névrite rétrobulbaire; un cas intéressant de cette affection.

Eeckman (J.). La cessation brusque d'un spasme du muscle ciliaire. (*Ann. de la policlinique centr. de Bruxelles*, janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Genese, Prophylaxe und Behandlung der Eklampsie. (*Deutsche Praxis*, 10 et 25 janv.) — Pathogénie, prophylaxie et traitement de l'éclampsie.

Benjamin (D.). Re-expansion of the uterus in labor. (*Philadelphia Med. Journ.*, 12 janv.)

Boursier (A.). Une évolution récente dans la chirurgie des fibromes utérins. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 janv.)

Brandt (K.). Om fœdselstangens brug. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, janv.) — Sur l'emploi du forceps.

Braquehaye (J.). Méthode nouvelle de traitement des fistules vésico-vaginales haut situées. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, janv.)

Brothers (A.). A case of malignant chorion epithelioma or so-called deciduoma malignum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Budin (P.). Les accouchements dans la ville de Paris; assistance publique; enseignement (1880-1900). (*Obstétrique*, janv.)

Bunts (F.). A case of uterus bilocularis or uterus septus. (*Cleveland Journ. of Med.*, janv.)

Byford (H. T.). American text-book of gynecology, medical and surgical. 2e éd. par J. M. Baldy. In-8°, 722 p. avec fig. Londres.

Calderini (G.). Relazioni possibili fra la mola vescicolare e la degenerazione cistica delle ovaia. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, janv.)

Cerné (A.). Du prolapsus utérin non consécutif à l'accouchement. (*Normandie méd.*, 15 janv.)

Charrin (A.). La pathogénie de l'éclampsie. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Chrysospathes (J.). Doppelseitige, reine Hämatosalpinx infolge von harten, weissen Adenomyomen beider Tubenwinkel. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 2.) — Hématosalpinx bilatéral déterminé par des adénomyomes blancs des deux angles tubaires.

Cramer (H.). Impression des vorangehenden Kopfes in Walcher'scher Hängelage. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 janv.) — Pressions exercées par l'accoucheur sur la tête fœtale, la femme étant dans la position de Walcher.

Cristeanu (C.). Sur le traitement des ruptures utérines complètes par hystérectomie abdominale totale, avec trois observations. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, avril.)

Cuneo (A.). Cisti suppurata dell'ovaio sinistro simulante una pionefrosi; comunicazione della sacca con l'uretere corrispondente; operazione; guarigione. (*Policlinico*, 19 janv.)

Dirner (G.). Narbige Atresie der Vulva bei einem 3 1/2 jährigen Mädchen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 20 janv.) — Atrésie cicatricielle de la vulve chez une petite fille de trois ans et demi.

Findley (P.). Arteriosclerosis of the uterus, with a report of a case of so-called « apoplexia uteri ». (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Fournier. Rétrodéviation gravidique. (*Gaz. méd. de Picardie*, janv.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Anders (J. M.). Treatment of the gastrointestinal symptoms in typhoid fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 janv.)

Arnozan (X.). Les injections hypodermiques de médicaments insolubles et le rôle des leucocytes dans l'absorption. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 janv.)

Benassi (P.). Contributo alla terapia della clorosi colle iniezioni di preparati di ferro. (*Policlinico*, 12 janv.)

Berlioz (F.). Manuel de thérapeutique. 4e éd. In-16, XXIV-581 p.

Bernheim (A.). Idiosyncrasy as to mercury; a case of erythema mercuriale. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 janv.)

Bialokur (F.). Kilka slow w sprawie leczenia nadkwasnosci zoladkowej (*hyperchlorhydria*). (*Gaz. lekarska*, 26 janv.) — Quelques remarques sur le traitement de l'hyperchlorhydrie.

Bocquillon-Limousin (H.). Formulaire des médicaments nouveaux. 12e éd. In-18, 332 p.

Bum (A.). Therapeutisches Lexikon für praktische Aerzte. 3e éd. T. II. In-8°, 772 p. avec fig. Vienne. — Dictionnaire de thérapeutique à l'usage des praticiens.

Cammidge (P.). Urotropine as a urinary antiseptic. (*Lancet*, 19 janv.)

Delabrosse. De l'opothérapie hépatique dans la cirrhose atrophique. (*Normandie méd.*, 1er janv.)

Durand (H.). Quadri sinottici di terapeutica descrittiva e clinica. (Trad. du français par C. Tamburini.) In-8°, IX-200 p. Milan.

Frank (G.). Ueber Desinfectionswirkung des Alkohols, insbesondere der Alkoholdämpfe. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 janv.) — Du pouvoir désinfectant de l'alcool, et notamment des vapeurs alcooliques.

21e ANNÉE. — N° 26. Vingt centimes le numéro. 19 JUIN 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le docteur Termier est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

VARIA

Dans sa séance d'hier, l'Academie de médecine a élu comme correspondants étrangers MM. Tichomirov (de Moscou) et Schär (de Strasbourg).

Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes en 1901.

Le onzième Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes se tiendra à Limoges du 1er au 7 août prochain.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *Physiologie pathologique et pathogénie du tonus musculaire, des modifications des réflexes et de la contracture dans les affections du névraxe;*

2° *Le délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique;*

3° *Le personnel secondaire des asiles.*

NOUVELLES

FRANCE

~~ Au mois de novembre dernier nous avons signalé qu'à la suite de l'Exposition universelle la ville de Paris se trouvait menacée d'une épidémie de variole (Voir *Semaine Médicale*, 1900, Annexes, p. CXC). Depuis lors, la situation n'a fait qu'empirer, à tel point que dans la semaine comprise du 2 au 8 juin, cette maladie a causé 24 décès, chiffre qui n'avait pas été constaté depuis dix-neuf ans. D'autre part, le nombre des cas nouveaux déclarés par les médecins s'est élevé pendant la même semaine à 145, soit environ le double de celui des précédentes semaines.

On peut juger par les détails suivants de la progression de l'épidémie :

Du 1er janvier au 31 mai 1900, c'est-à-dire avant l'affluence des étrangers à Paris à l'occasion de l'Exposition, il y a eu 15 décès par variole.

Du 1er juin à fin octobre 1900, la mortalité variolique s'est élevée exactement à 100.

Pendant les deux derniers mois de l'année, elle a été de 96.

Soit, pour toute l'année 1900, un total de 211 décès par variole.

Or, pour les 23 premières semaines de l'année 1901 (du 1er janvier au 8 juin), il y a eu 234 morts par variole, soit environ 16 fois plus que pendant la période correspondante de l'année dernière.

On peut donc dire que l'épidémie de variole qui sévit à Paris prend actuellement un caractère inquiétant. Le chiffre des cas est là pour le prouver : 1,790 depuis le commencement de l'année (avec une mortalité de 13 %). L'administration a bien prescrit les mesures nécessaires, mais jusqu'ici elles n'ont produit aucun effet.

ALLEMAGNE

~~ Si, comme nous l'avons annoncé naguère, on a facilité l'admission des aspirants au doctorat dans les Facultés de médecine de l'empire, on vient, par contre, de prolonger la durée des études médicales. D'après le nouveau règlement, qui entrera en vigueur le 1er octobre prochain, l'étude de la médecine comprendra dix semestres au lieu de neuf; de plus, — et c'est là le point nouveau — le candidat au doctorat devra, après avoir accompli le stage obligatoire et subi avec succès tous les examens, faire une année de pratique dans une clinique ou policlinique universitaire ou dans un hôpital désigné à cet effet, au bout de laquelle, s'il a rempli convenablement tous ses devoirs, il recevra l'*ärztliche Approbation* qui, seule, permet d'exercer la médecine. En somme, la durée totale des études médicales est portée de quatre ans et demi à six ans.

Ajoutons que tout candidat qui aura échoué trois fois à une même partie de l'examen de médecine est définitivement exclu; celui qui n'a pas passé toutes les parties dudit examen dans un délai de trois années est considéré comme ayant échoué à chacune des parties. Ce sont là de bons moyens pour combattre la nonchalance de certains étudiants.

L'Allemagne a compris enfin que l'enseignement clinique est la partie importante des études médicales et que sans l'instruction technique le nouveau médecin se trouve, à ses débuts dans la carrière, aux prises avec les difficultés de la pratique. On a ainsi remédié à cet état, particulier à l'Allemagne, caractérisé par ce fait que l'entrée des cliniques et des services hospitaliers n'est pas libre pour les étudiants, contrairement à ce qui a lieu en France et dans beaucoup d'autres pays. On y a obvié d'une façon heureuse et qui produira, croyons-nous, de bons résultats, d'autant plus que, si le nombre des établissements hospitaliers affectés à l'instruction des futurs docteurs venait à être insuffisant, le chancelier de l'empire pourrait autoriser un certain nombre de candidats à faire l'année pratique auprès d'un médecin compétent et pourvu d'une bonne clientèle.

Ce n'est pas tout encore. L'initiative privée est allée plus loin. Si l'Etat fait tout son devoir en donnant une instruction technique complète aux futurs médecins, de bons esprits ont pensé que, la science médicale faisant toujours des progrès, il y avait lieu de tenir les médecins déjà établis au courant des nouvelles découvertes et des nouveaux procédés de diagnostic et de traitement. A cet effet il vient de se fonder à Berlin — et tout fait prévoir qu'il en sera ainsi sous peu dans toute l'Allemagne — un comité central ayant pour but d'organiser des cours et des conférences pour le perfectionnement scientifique et pratique des médecins de la Prusse. Ces cours et conférences, qu'il ne faudrait pas confondre avec les cours dits de vacances (*Feriencurse*), sont absolument gratuits (sauf un droit de 2 fr. 50 pour la carte d'admission) et sont exclusivement destinés aux nationaux. Ce n'est pas là une affaire purement locale, attendu qu'à la séance de constitution dudit comité assistaient quatre délégués du ministère des affaires médicales et les représentants des diverses provinces du royaume. Ce qu'il importe de bien mettre en lumière, c'est que le comité central a décidé d'organiser ces cours et conférences dans toutes les villes, afin que les praticiens puissent se tenir au courant des progrès de la médecine sans être obligés d'interrompre leurs obligations professionnelles.

NOUVELLE-CALÉDONIE

~~ L'application des mesures nécessitées par l'épidémie de peste qui sévit l'an passé en Nouvelle-Calédonie souleva de nombreuses difficultés, car la loi du 3 mars 1822 sur la police sanitaire en France n'a pas été promulguée dans notre colonie du Pacifique; aussi le président de la République française vient-il, sur rapport du ministre des colonies, de signer un décret organisant de toutes pièces la protection de la santé publique en Nouvelle-Calédonie, et reproduisant dans leurs grandes lignes — en les aggravant, semble-t-il, — les principales dispositions du projet de loi sur ce sujet, actuellement en discussion au Sénat.

C'est ainsi que l'article 4 de ce décret établit l'obligation de déclarer tout cas suspect d'être un cas de maladie pestilentielle (peste, choléra, fièvre jaune, etc.) non seulement pour les médecins, mais aussi pour les chefs de famille, les logeurs, etc., etc., et, en ce qui concerne les indigènes, pour les chefs de village, les chefs de district, les chefs de congrégation. L'article 5 vise l'isolement des malades atteints de maladies pestilentielles, isolement qui « pourra s'étendre aux personnes qui se sont trouvées en contact direct avec ces malades et aux groupes suspects, jusqu'à ce qu'ils aient été soumis à la désinfection ». Par l'article 6, la désinfection des vêtements, du linge, du mobilier, des logements des malades en question est obligatoire; l'évacuation des maisons contaminées pourra être ordonnée; les corps seront inhumés à part; *ils pourront être soumis à l'incinération*. Enfin, l'article 7 donne au gouverneur le droit — quand il y aura impossibilité d'en assurer la désinfection complète, et sur avis conforme d'une commission spéciale instituée à cet effet — de faire brûler les vêtements, le linge, le mobilier, les immeubles bâtis.

Telles sont les principales dispositions de ce décret; comme autres mesures, il soumet obligatoirement à une visite médicale les voyageurs venant d'un point contaminé et à destination de l'extérieur; ces voyageurs, en cas de symptômes suspects *et de conditions hygiéniques dangereuses*, pourront même être arrêtés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

PHYSIOLOGIE

Alezais. Les adaptations fonctionnelles de l'appareil locomoteur. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Borde. Température normale du corps humain. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 20 janv.)

Guglielminetti (E.). Le mal des altitudes; le mal de montagne comparé au mal de ballon; observations faites pendant treize jours au sommet du mont Blanc. In-8°, 56 p. avec fig.

Herzen (A.). La participation de la rate à l'élaboration de la tripsine par le pancréas (en russe). (*Vratch*, 6 janv.)

Jacobelli (F.). Sulla possibilità di un passaggio refluo del contenuto vescicale negli ureteri; nota preventiva. (*Riforma med.*, 4 et 5 janv.)

Lefèvre (J.). Etude expérimentale du pouvoir protecteur de la peau et de ses coefficients de conductibilité; fonction de la conductibilité cutanée sous l'action du froid. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

MÉDECINE

Anders (J.). The diagnosis and treatment of the prebacillary stage of pulmonary tuberculosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 janv.)

Esser (J.). Beitrag zur Lehre von der Störung der Lungencirkulation. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 26 janv.) — Des troubles de la circulation pulmonaire.

Ford (W.). Obstructive biliary cirrhosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Frenkel (H.) et **Cluzet** (J.). La réaction de Haycraft pour la recherche des acides biliaires; sa valeur clinique, son explication physique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Gabrilovitch (I.). De la signification du thorax dit paralytique (en russe). (*Vratch*, 27 janv.)

Gaucher (E.) et **Sergent** (E.). De l'évolution de la néphrite gravidique. (*Rev. de méd.*, janv.)

Goldflam (S.). Ueber Erschütterung (Succussion) der Nieren. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 janv.) — De la succussion des reins.

Goldscheider (A.) et **Jacob** (P.). Handbuch der physikalischen Therapie. T. Ier, 1re partie. In-8°, 563 p. avec fig. Leipzig. G. Thieme.

Gordinier (H.) et **Lartigau** (A.). A report of a case of typhoid pleurisy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Griffin (A.). A case of siriasis. (*Lancet*, 12 janv.)

Gross (O.). Zu den cardiorenalen Theorien. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 janv.)

Haig (A.). The causation, prevention and treatment of gout. (*Med. Record*, 26 janv.)

Hänel (H.). Ueber Sensibilitätsstörungen der Haut bei Erkrankungen innerer Organe, besonders bei Magenkrankheiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er janv.) — Sur les troubles de la sensibilité cutanée dans les affections des organes internes et, en particulier, de l'estomac.

Hári (P.). Eiter im Mageninhalt. (*Pest. med.-chir. Presse*, 27 janv.) — Présence de pus dans le contenu stomacal.

Hering. Die myoerethischen Unregelmässigkeiten des Herzens. (*Prag. med. Wochensch.*, 3 et 10 janv.) — Irrégularités des battements cardiaques par myo-éréthisme du cœur.

Herrick (J.). The diagnosis of diabetes mellitus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 janv.)

Herz (M.). Ueber die Auskultation des normalen und pathologischen Muskelschalles; Verhalten desselben beim Morbus Thomsen; vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 5 janv.) — De l'auscultation des bruits musculaires normaux et pathologiques; état de ces bruits dans la maladie de Thomsen.

Hoffmann (A.). Pathologie und Therapie der Herzneurosen und der functionellen Kreislaufstörungen. In-8°, 367 p. avec fig. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — Les névroses du cœur et les troubles fonctionnels de l'appareil circulatoire.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Crocq (J.). Dissociation et antagonisme des réflexes tendineux et cutanés. (*Journ. de neurol.*, 5 fév.)

Guimbail (H.). Le traitement de l'ataxie locomotrice par les agents physiques. (*Monaco méd.*, 1er et 15 juillet, 15 sept., 1er oct., 1er nov., 15 déc. 1900; 1er janv., 1er et 15 fév., 1er et 15 mars, 1er et 15 avril et 1er mai.)

Hervouet. Ramollissement cérébral. (*Gaz. méd. de Nantes*, 19 janv.)

Khmélievsky (I.). De la spondylose rhizomélique (en russe). (*Méd. Obozr.*, janv.)

Kienböck (R.). Die Untersuchung der trophischen Störungen bei Tabes und Syringomyelie mit Röntgenlicht. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 janv.) — Recherches radioscopiques sur les troubles trophiques dans le tabes et dans la syringomyélie.

Kollarits (J.). Un cas de paralysie bulbaire aiguë chez une enfant. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Köster (G.). Zur Kenntnis der Clitoriskrisen. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 janv.) — Des crises clitoridiennes.

Kovalevsky (P.). Epilepsie (traitement, assistance et médecine légale). In-16, 294 p. avec fig.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Jullien (L.). Hérédo-syphilis; descendance des hérédo-syphilitiques. In-8°, 96 p.

Kaposi. Was ist Ekzem? (*Wien. med. Wochensch.*, 5 janv.) — Qu'est-ce que l'eczéma?

Karo (W.). Zwei Fälle von Rectalgonorrhoe als Folge von Entleerung gonorrhoischer Eiteransammlungen ins Rectum. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 janv.) — Deux cas de blennorrhagie rectale due à des abcès gonococciques de voisinage.

Kasem-Beck (A.). Un cas d'ascite avec fièvre prolongée d'origine syphilitique (en russe). (*Méd. Obozr.*, janv.)

Kiss (J.). Die abortive Heilung der Gonorrhoe. (*Pest. med.-chir. Presse*, 13 janv.) — Le traitement abortif de la blennorrhagie.

Köppen (A.). Zur Diagnose und Prognose der Gonorrhoe des Mannes. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 janv.) — Diagnostic et pronostic de la blennorrhagie chez l'homme.

Leven (L.). Wann können wir die Gonorrhoe als geheilt ansehen? (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 1.) — A quel moment peut-on considérer la blennorrhagie comme guérie?

Mendes da Costa (S.). Een geval van hyperchromia cutanea (e demodice folliculorum?). (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 mars.)

Mertens. Ueber einen Fall von Pemphigus chronicus der äusseren Haut und der Schleimhäute mit Horncystenbildung. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 janv.) — Pemphigus chronique de la peau et des muqueuses avec kystes cornés.

Mironovitch (V.). Un cas de syphilis maligne (en russe). (*Méd. Obozr.*, janv.)

CHIRURGIE

Beck (C.). On tenontitis and tenontothecitis prolifera calcarea. (*New York Med. Journ.*, 27 avril.)

Gourdet (J.). Bandage à double ressort pour l'éventration. (*Gaz. méd. de Nantes*, 19 janv.)

Grünbaum (R.). Ueber traumatische Muskelverknöcherungen. (*Wien. med. Presse*, 6 janv.) — De l'ossification des muscles consécutive aux traumatismes.

Herff (O. von). Ueber schwere Darm- und Magenlähmungen, insbesondere nach Operationen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 2.) — Des paralysies graves de l'intestin et de l'estomac, notamment à la suite d'interventions chirurgicales.

Herman (M.). Ueber das Sterilisiren der Seidenkatheter. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 19 janv.) — Un procédé de stérilisation des sondes en gomme.

Hersing (F.). Eine neue Art der Verwendung des Celluloïd zu festen Verbänden. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 janv.) — Un nouveau procédé d'utilisation du celluloïde pour la confection d'appareils inamovibles.

Herz (P.). Zur Trendelenburg'schen Saphenaresection. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 3-4.)

Hildebrand (O.). Zur Behandlung der Gelenktuberkulose. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 janv.) — Traitement de la tuberculose articulaire.

Hofmann (C.). Wie erreicht man am besten ein tiefes, regelmässiges und ruhiges Athmen zu Beginn der Narcose? (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 19 janv.) — Quel est le meilleur moyen d'obtenir, au début de la narcose chirurgicale, une respiration profonde, régulière et calme?

Hofmeister (F.). Verbandtechnik. In-12, 106 p. avec fig. Tubingue. H. Laupp. — Technique des pansements.

Horwitz (O.). A case of urethrorectal fistula cured after a third operation. (*Philadelphia Med. Journ.*, 12 janv.) — Fistule uréthrorectale guérie après trois interventions.

Jacobelli (F.). Trentadue casi di ferite penetranti curate con l'intervento. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 1-2.) — Trente-deux cas de plaie pénétrante [du thorax ou de l'abdomen] guéris à la suite d'une intervention chirurgicale.

Jordan. Ueber die subkutane Milzzerreissung und ihre operative Behandlung. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 janv.) — La déchirure de la rate sans plaie cutanée et son traitement opératoire.

Käfer (N.). Zur Behandlung der Verkürzung bei Unterschenkelbrüchen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 5 janv.) — Traitement du raccourcissement du membre inférieur dans les cas de fracture de jambe.

Kiliani (O.). On traumatic keloid of the median nerve, with observations upon the absorption of silk sutures. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Kocher (Th.) et **Quervain** (F. de). Encyklopädie der gesamten Chirurgie. Fasc. 1 et 2. In-8°, 96 p. avec fig. Leipzig. F. C. W. Vogel.

Kokall (H.). Ein Beitrag zur Echinococcenkrankheit. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 janv.) — Sur l'échinococcie.

König. Erkrankungen des Hüftgelenks. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 janv.) — Les affections de l'articulation coxo-fémorale.

Korteweg (J. A.). De chirurgische behandeling van nephritis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 13 avril.)

Krabbel. Zwei seltene Magenoperationen. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 janv.) — Deux cas rares de chirurgie de l'estomac.

Kuhn (F.). Freie Gänge bei Gallensteinoperationen. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 janv.) — Importance de la constatation de la perméabilité des voies biliaires dans les opérations pour cholélithiase.

Kümmell (H.). Die Röntgenstrahlen im Dienste der praktischen Medicin. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 et 14 janv.)

OPHTALMOLOGIE

Eversbusch (O.). Ein bemerkenswerther Fall von Sichtbarkeit der Ciliarfortsätze im Pupillargebiet. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 janv.) — Un cas remarquable de visibilité des procès ciliaires dans le champ de la pupille.

Fage. Traitement du larmoiement chronique par l'extirpation de la glande lacrymale (portion orbitaire). (*Gaz. méd. de Picardie*, janv.)

Fuchs (E.). Emphysem am Auge. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 janv.) — Emphysème de l'œil.

Gallemaerts. Sur le cysticerque de l'œil. (*Policlinique*, 15 janv.)

Guiot. Brûlure oculaire par de l'étain en fusion. (*Année méd. de Caen*, janv.)

Holt (E.). The douche in the treatment of ophthalmia neonatorum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 janv.)

Ladame-Ievleff (M[me] E.). Un procédé d'iridectomie en cas d'absence de la chambre antérieure (opération de M. Gayet). (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Morisot (E.). De la guérison de la cataracte sans l'opération de l'iridectomie. In-8°, 10 p.

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Franqué (O. von). Das beginnende Portiocancroid und die Ausbreitungswege des Gebärmutterhalskrebses. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 2.) — Le cancer du col utérin au début et ses voies de propagation.

Fritsch (H.). Ueber subkutane Durchschneidung des Sphincter bei Wiederherstellung des Dammes. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 janv.) — Sur la section sous-cutanée du sphincter de l'anus dans la reconstitution du périnée.

Goelet (A.). The resources of modern minor gynecology. (*Philadelphia Med. Journ.*, 5 janv.) — Les ressources de la petite gynécologie moderne.

Gönner (A.). Hundert Messungen weiblicher Becken an der Leiche. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 2.) — 100 mensurations du bassin, pratiquées sur des cadavres de femmes.

Goubarev (A.). Des blessures des voies urinaires au cours des interventions sur les organes pelviens de la femme (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janv.)

Grasmück (A.). Ein weiterer Fall von Hypertrophie der weiblichen Brustdrüse. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 janv.) — Un cas d'hypertrophie des glandes mammaires [pendant la grossesse].

Hawley (N.) et **Taussig** (F.). Subarachnoid cocainization in obstetrics and gynecology; a report of twenty-one cases. (*Med. Record*, 19 janv.)

Herrmann (E.). Ueber ein mit einem Kystoma pseudomucinosum combinirtes Teratom eines accessorischen Ovariums. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 2.)

Hirst (B.). Text-book of obstetrics. 2e éd. In-8°, 846 p. avec fig. Londres. — Traité d'obstétrique.

Jahreiss. Ein Fall von Uterusmyom, komplicirt durch Diabetes. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 janv.)

Kerr (J. M.). Spoon-shaped indentations in the skulls of the newborn. (*Brit. Med. Journ.*, 19 janv.) — Déformations « en cuiller » du crâne chez les nouveau-nés.

Knapp (L.). Sammlung stereoskopischer Aufnahmen als Behelf für den theoretisch-praktischen Unterricht in der Geburtshilfe. In-8°, 28 planches avec texte explicatif. Munich. — Atlas stéréoscopique d'obstétrique.

PÉDIATRIE

Baginsky (A.). Die Antipyrese im Kindesalter. In-8, 58 p. avec tracés. Berlin. — L'antipyrèse chez les enfants.

Balestre (A.) et **Gilletta de Saint-Joseph** (A.). Etude sur la mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897. In-8°, 51 p. avec fig.

Czerny (A.) et **Keller** (A.). Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Fasc. 1er. In-8°, 160 p. Leipzig et Vienne. F. Deuticke. — L'alimentation de l'enfant, ses troubles et leur traitement.

Edlefsen (G.). Ueber die Hauptunterschiede zwischen der Kuhmilch und Frauenmilch und den Werth und die Bedeutung der Ersatzmittel für Muttermilch. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er janv.) — Sur les principales différences entre le lait de vache et le lait de femme et sur la valeur des divers succédanés du lait maternel.

Filatov (N.). Des processus fébriles chroniques chez les enfants (en russe). (*Méd. Obozr.*, janv.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Fouineau (R.). Formulaire de thérapeutique infantile et de posologie. In-18, 264 p. avec fig.

Fränkel (S.). Die Arzneimittel-Synthese auf Grundlage der Beziehungen zwischen chemischem Aufbau und Wirkung. In-8°, XVI-559 p. Berlin. — La synthèse des substances médicamenteuses basée sur les rapports qui existent entre leur composition chimique et leur action.

Gossner. Einfluss subcutaner Gelatineinjection auf Nierenbeckenblutung. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 janv.) — Influence exercée par les injections hypodermiques de gélatine sur les hémorrhagies du bassinet.

Jänicke (A.). Ueber die Wirkung der Thyreoidin-Präparate bei einigen seltenen Krankheitsfällen. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 12 janv.) — Des effets des préparations thyroïdiennes dans quelques états morbides rares.

Jaworski (W.). Ueber den Gebrauch der Aqua magnesiae effervescens. (*Therap. Monatsh.*, janv.)

Kassowitz (M.). Ueber Phosphorleberthran. (*Wien. med. Presse*, 13 et 20 janv.) — De l'huile de foie de morue phosphorée.

21e ANNÉE. — N° 27. Vingt centimes le numéro. 26 JUIN 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le professeur Albert Köhler et MM. les docteurs Moritz Borchardt et Max Martens sont nommés privatdocenten de chirurgie.

Faculté de médecine de Breslau. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Max Neisser, privatdocent d'hygiène.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Heinrich Chalupecky est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Artaud (M.). Forme nerveuse de la fièvre typhoïde avec contractures.

Baqué. Traitement ambulatoire des arthrites tuberculeuses du membre inférieur, au début, chez les enfants.

Barbin (A.). Contribution à l'étude des rétentions d'urine chez la femme.

Blomme (G.). Considérations sur la polydactylie.

Bontant (J.). La fièvre aphteuse chez les animaux et chez l'homme; transmissibilité, hygiène.

Bouët (Mme A.). Contribution à l'étude des congestions pleuro-pulmonaires d'origine ovarienne.

Carrière (P.). De la précocité physique et intellectuelle chez l'homme.

Claverie (H.). Essai sur l'avortement brusqué.

Coffart (Ch.-S.). Etude historique et critique du traitement de la furonculose.

Collinot. Etude sur les manifestations veineuses au cours de la syphilis secondaire.

Couréménos (M.). Influence de la variole sur la grossesse et le produit de la conception.

Courgeon (J.). L'exploration physiologique et clinique du sens musculaire.

Gambier (A.). De la cure radicale de l'hydrocèle par le retournement de la vaginale (nouveau procédé).

Hamon (F.). Des rétrécissements de l'urèthre chez la femme.

Jacomet (A.). Cholécystotomie idéale avec ou sans cholécystectomie partielle.

Kowner (Mlle H.). De l'hérédo-dystrophie paratuberculeuse.

Lavergne (J.-H.). Essai sur les sarcomes du maxillaire supérieur (étude clinique et pronostique).

Leclerc (Ch.). Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques congénitales.

Loin (J.). Traitement du lupus tuberculeux par les scarifications ignées méthodiques.

Lourié (Mlle). Contribution à l'étude des éléments figurés du colostrum et du lait.

Malartic (H.). Les injections rachidiennes de cocaïne en obstétrique.

Maltrait (P.). De la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1900 (étude statistique et clinique).

Martin. De la récidive dans la grossesse extra-utérine.

Meyer (H.). Contribution à l'étude des durillons professionnels.

Neufeld (Mlle B.). Contribution à l'étude clinique et bactériologique de la galactophorite.

Petit (M.). Contribution à l'étude des kystes thyro-hyoïdiens médians.

Pétresco (G. Z.). La syphilide pigmentaire réticulaire du cou (syphilide pigmentaire de Hardy-Fournier).

Pitti-Ferrandi. Le paludisme et l'assainissement des régions palustres en Corse.

Quillard (A.). De l'appendicite chez la femme.

Ranson (G.). Etude sur l'hystérectomie abdominale appliquée au traitement des kystes et des tumeurs solides de l'ovaire.

Rogovine (F.). Influence de la lumière blanche et de la lumière colorée sur l'évolution des êtres vivants.

Romanesco (Adrian). Contribution à l'étude du manuel opératoire de l'éversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle.

Sens (Ch.-M.). Etude critique de quatre-vingt-neuf observations de récidive de grossesse ectopique.

Trombert (A.). Du cathétérisme rétrograde dans les ruptures traumatiques de l'urèthre.

Veau (V.). Etude de l'épithélioma branchial du cou; branchiome malin de la région cervicale.

Vergnaud (M.-E.). Fièvre typhoïde et tuberculose.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Landsteiner (K.). Zur Kenntnis der Mischgeschwülste der Speicheldrüsen. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 1.) — Tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Lehmann-Nitsche (R.). Ein seltener Fall von angeborener medianer Spaltung der oberen Gesichtshälfte. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 1.) — Un cas rare de fente médiane congénitale de la moitié supérieure de la face.

Ligorio (A.) et **Giani** (R.). Alcuni appunti sull'esame microscopico del sangue nell'osteomielite acuta. (*Riv. critica di clinica medica*, 13 et 20 avril.)

Molè (C.). Un caso d'epulide epiteliomatosa della mucosa gengivale col corion telangettasico. (*Gazz. degli Osped.*, 6 janv.)

Ricker (G.). Die Verflüssigung der Bindegewebsfasern; zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der fibrinoiden Degeneration. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 1.) — Liquéfaction des fibres du tissu conjonctif.

Röder (H.). Zwei Fälle von Ruptur des Ductus arteriosus Botalli. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 janv.)

Sabrazès et **Mathis.** Etat du sang dans la lèpre nodulaire et dans la lèpre nerveuse pure. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 13 janv.)

Schamberg (J.). The pathology of the skin in scarlet fever. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, janv.) — Lésions de la peau dans la scarlatine.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Baruchello (L.). I protoplasmi cellulari della cute et dei leucociti sotto l'azione di alcuni veleni. (*Riforma med.*, 23 et 24 janv.)

Charrin (A.). Oscillations et relations des albuminuries. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Courmont (J.) et **Montagard** (V.). La leucocytose de la vaccine chez l'homme et la génisse. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Engel (C. S.). Können wir aus der Zusammensetzung des anaemischen Blutes einen Schluss auf den Zustand der Blutbildungsorgane ziehen? (*Münch. med. Wochensch.*, 22 janv.) — Peut-on conclure de la composition du sang anémique à l'état des organes hématopoiétiques?

Hutchinson (W.). Studies in human and comparative pathology. In-8°, 352 p. Londres.

Opie (E.). The relation of cholelithiasis to disease of the pancreas and to fat necrosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.) — Les rapports qui existent entre la cholélithiase, d'une part, et les affections du pancréas et la nécrose graisseuse, d'autre part.

Ribbert (H.). Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der allgemeinen pathologischen Anatomie. In-8°, 640 p. avec fig. Leipzig. F. C. W. Vogel.

Ullman (J.). The tonsils as portals of infection. (*Med. News*, 26 janv.) — Les amygdales en tant que portes d'entrée des infections.

MÉDECINE

Hoke (E.). Zur Casuistik der Streptotrichosis pulmonum. (*Prag. med. Wochensch.*, 17 janv.)

Hugounenq (L.). L'albumosurie de Bence-Jones et les urines albumosiques. (*Lyon méd.*, 20 janv.)

Jakob (C.). Atlas-manuel de diagnostic clinique. (Trad. de l'allemand par E. Cart.) 3e éd. In-16, 396 p. avec fig. et planches.

Jaksch (R. von). Multiple Periostaffection und an myelogene Leukämie mahnender Blutbefund. (*Prag. med. Wochensch.*, 3 et 10 janv.) — Affection du périoste à localisations multiples, avec état du sang rappelant la leucémie myélogène.

Kalischer (S.). Ein Fall von Ausscheidung des Bence-Jones'schen Eiweisskörpers durch den Urin (Albumosurie) bei Rippenmyelomen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 janv.) — Albumosurie dans un cas de myélomatose costale.

Kelly (A.). Splenic anemia; anemia with enlargement of the spleen. (*Med. News*, 12 janv.)

Kobler (G.). Zur Aetiologie der Leberabscesse. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 1.) — Etiologie des abcès du foie.

Kohn (H.). Zum Thymustod. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 janv.) — De la mort due à la compression exercée par le thymus hypertrophié sur les organes avoisinants.

Kühn (A.). Ueber den Nachweis von Indican in jodhaltigen Harnen. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 janv.) — De la recherche de l'indican dans les urines contenant de l'iode.

Lanzerini (A.). Contributo allo studio del polso negativo della safena interna. (*Clinica medica italiana*, mars.)

Lartigau (A.). A study of a case of gonorrhœal ulcerative endocarditis, with cultivation of the gonococcus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Lee (E.). The curability of Bright's disease. (*Med. Times*, janv.)

Lees (D.). Acute dilatation of the heart in diphtheria, influenza, and rheumatic fever. (*Brit. Med. Journ.*, 5 janv.) — Dilatation aiguë du cœur dans la diphtérie, la grippe et dans la fièvre rhumatismale.

Lemoine (G.). Les emphysémateux. (*Nord méd.*, 15 janv.)

Lipowski (J.). Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Begründung und Technik. In-8°, 236 p. Berlin. J. Springer.

Lorentzen (C.). Om diagnosen og behandlingen af den kroniske pylorusstenose med stagnation. (*Hospitalstidende*, 30 janv. et 6 fév.)

MALADIES INFECTIEUSES

Mori (A.). Di alcune localizzazioni nella febbre tifoide. (*Gazz. degli Osped.*, 6 janv.)

Ogilvie (G.). Jaundice in typhoid fever. (*Brit. Med. Journ.*, 12 janv.) — Ictère au cours de la fièvre typhoïde.

Osler (W.). On perforation and perforative peritonitis in typhoid fever. (*Philadelphia Med. Journ.*, 19 janv.)

Pawinski (J.). Zaburzenia innerwacyjne i cyrkulacyjne w chorobach zakaznych (influenza, infectio streptococc., diplococc., etc.). (*Gaz. lekarska*, 5, 12 et 19 janv.) — Troubles de l'innervation et de la circulation dans les maladies infectieuses.

Picchi (L.) et **Pieraccini** (G.). L'ematologia nell'ileo-tifo. (*Sperimentale*, LV, 1.)

Poisson et **Aubry.** Un cas de péritonite par perforation chez un malade atteint de fièvre typhoïde; laparotomie; mort. (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 janv.)

Prip (H.). Om difteribaciller hos difterirekonvalescenter. (*Hospitalstidende*, 27 fév.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Heldenbergh (C.). Un cas de syringomyélie avec hypertrophie segmentaire d'un membre supérieur et avec troubles bulbaires. (*Journ. de neurol.*, 5 janv.)

Kräpelin (E.). Einführung in die psychiatrische Klinik. In-8°, VIII-328 p. Leipzig. — Introduction à la clinique psychiatrique.

Lafond. Deux cas de troubles de la marche d'origine psychique; tic et spasme fonctionnel. (*Loire méd.*, janv.)

Löb (J.). Comparative physiology of the brain, and comparative psychology. In-8°, 322 p. avec fig. Londres. — Physiologie comparée du cerveau et psychologie comparée.

Maclulich (P.) et **Goodall** (E.). Loss of the left forearm by amputation; death 49 years thereafter; necropsy; localised area of atrophy at the base of the right second frontal gyrus. (*Lancet*, 12 janv.) — Autopsie d'un homme ayant subi, quarante-neuf ans auparavant, l'amputation de l'avant-bras gauche; atrophie cérébrale localisée à la base de la seconde circonvolution frontale droite.

Mendel (E.). Die Tabes beim weiblichen Geschlecht. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv.) — Le tabes chez la femme.

CHIRURGIE

Küstner (O.). Operation einer Nabelschnurhernie mit Resection des vorgefallenen Leberlappens. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 janv.) — Un cas de hernie ombilicale; intervention chirurgicale avec résection d'un lobe hépatique prolabé.

Labeyrie (G.). Diagnostic de l'intervention dans l'appendicite. (*Gaz. méd. de Nantes*, 26 janv.)

Lane (W.). On the operative procedures for simple fractures which have been unscientifically treated. (*Edinburgh Med. Journ.*, janv.) — Cure opératoire des fractures vicieusement consolidées.

Lanelongue. Sur deux cas de tumeurs du sein. (*Touraine méd.*, janv.)

Lanz (O.). Die Indikationen zur operativen Behandlung der Perityphlitis. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er janv.) — Les indications du traitement opératoire de la pérityphlite.

Lecomte (J.). De l'évolution vicieuse de la dent de sagesse. (*Clinique*, 25 janv.)

Le Fort (R.). Ostéomyélite chronique d'emblée. (*Echo méd. du Nord*, 13 janv.)

Levison (Ch.). Ligation of the internal jugular vein followed by thrombosis of the lateral and sigmoid sinuses. (*Med. News*, 19 janv.) — Ligature de la veine jugulaire interne, suivie de thrombose des sinus latéral et sigmoïde.

Lewin (L.). Das Erbrechen durch Chloroform und andere Inhalationsanästhetica; ein Vorschlag zu seiner Verhütung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 janv.) — Les vomissements provoqués par les inhalations de chloroforme et d'autres anesthésiques; moyens de les éviter.

Lieffring (E.). De la cure radicale des hernies ombilicales par l'omphalectomie totale. (*Touraine méd.*, janv.)

Marwedel. Zur Casuistik der Pancreasabscesse. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er janv.)

Massimi (S.). Un caso di ferita da arma da taglio nella regione della guancia sinistra con recisione completa del dotto di Stenone; guarigione per prima con reintegrazione del canale. (*Policlinico*, 5 janv.) — Un cas de blessure par instrument tranchant de la joue gauche avec section complète du canal de Sténon; guérison par première intention.

Micaud. Rétention biliaire par bouchon muqueux chez une alcoolique; cholécystostomie; guérison. (*Loire méd.*, janv.)

Milton (H.). Removal of a foreign body from the bronchus by intrathoracic tracheotomy. (*Lancet*, 26 janv.) — Extraction d'un corps étranger de la bronche droite au moyen de la trachéotomie intrathoracique.

Montini (A.). Sulle osteomieliti acute infettive. (*Gazz. degli Osped.*, 13 janv.)

Morian. Ueber einen Fall von Druckstauung. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 janv.) — Un cas d'extravasations sanguines par compression du tronc.

Moty. Fracture de l'orbite. (*Echo méd. du Nord*, 27 janv.)

Mühsam (R.). Ueber Holzphlegmone. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 janv.) — Des phlegmons ligneux.

Nancrede (C. B.). Lectures upon the principles of surgery at Michigan University. In-8°, 398 p. Londres. — Leçons de chirurgie.

Neugebauer (F.). Ein neues Verfahren der Doppellappenbildung für Wangenplastik. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 19 janv.) — Un nouveau procédé d'autoplastie de la joue au moyen de lambeaux doubles.

Neumann. Ueber einen durch Laparotomie geheilten Fall von Hernia retrocoecalis incarcerata. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 3-4.) — Un cas de hernie rétrocæcale étranglée, guérie au moyen de la laparotomie.

UROLOGIE

Löb (R.). Ein neuer Beitrag zur Formalindesinfection, speciell in der Urologie. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 janv.)

Moullin (C. M.). The Roentgen rays and the diagnosis of urinary calculi. (*Lancet*, 19 janv.)

Posner (C.). La fièvre consécutive au cathétérisme de l'urèthre (en russe). (*Klin. Journ.*, janv.)

Raïchline (A.). Le priapisme chronique nocturne. (*Ann. des mal. des organes génito-urin.*, avril.)

Syms (P.). Treatment of prostatic hypertrophy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 janv.)

Valentine (F.). Surgical asepsis of the urethra and bladder. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 janv.) — L'asepsie chirurgicale de l'urèthre et de la vessie.

Young (H.). Ueber eine neue Methode der Behandlung der Prostata-Hypertrophie mittels eines electrocaustischen Incisors bei Vorhandensein eines « Mittellappens ». (*Monatsb. f. Urologie*, VI, 1.) — Un nouveau procédé de traitement de l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate.

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Kühne (F.). Ueber den suprasymphysären Kreuzschnitt nach Küstner. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 janv.) — De l'incision sus-pubienne en croix d'après le procédé de Küstner.

Lantos (E.). Beitrag zur Behandlung der Retroflexio uteri fixata. (*Pest. med.-chir. Presse*, 13 janv.) — Traitement de la rétroflexion adhérente de l'utérus.

Lewers (A.). The after-results in 40 consecutive cases of vaginal hysterectomy performed for cancer of the uterus. (*Lancet*, 5 janv.) — 40 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus; résultats éloignés.

Loumeau (E.). Fibrome utérin simulant une tumeur de la vessie. (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, janv.)

Maasland (H.). Perinaeorrhaphia post partum. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 mars.)

Mariani (C.). Ernia inguinale della tromba falloppiana. (*Policlinico*, 26 janv.)

Mayer (J.). Spontane Uterusinversion nach rechtzeitiger Geburt. (*Prag. med. Wochensch.*, 31 janv.) — Inversion spontanée de l'utérus après un accouchement à terme.

Monchy (M. de). Eenige mededeelingen over retroflexie-operaties. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 12 janv.)

Morris (R.). Notes on ovarian grafting. (*Med. Record*, 19 janv.) — De la greffe ovarienne.

Neumann (S.). Ein Fall von puerperaler Osteomalacie. (*Pest. med.-chir. Presse*, 6 janv.)

Oliver (T.). A case of chronic inversion of the uterus of seven months' duration successfully treated by Aveling's repositor. (*Lancet*, 12 janv.) — Inversion chronique de l'utérus datant de sept mois; guérison par l'application du pessaire d'Aveling.

Olshausen (R.). Zur gynäkologischen Massage. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 janv.)

Palmedo (A.). Geburtsstörung durch Doppelmissbildung. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 janv.) — Dystocie dans un cas de monstre double.

Peters (H.). Beitrag zur Casuistik der Vasa praevia und Gedanken zur Theorie der Insertio velamentosa. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

PÉDIATRIE

Finizio (G.). Diplegia spastica congenita da agenesia corticale. (*Pediatria*, janv.)

Gregor (K.). Ueber die Verwendung des Leims in der Säuglingsernährung. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 19 janv.) — Sur l'emploi de la gélatine dans l'alimentation des nourrissons.

Guaita (R.). La cura purgativa e la dieta idrica nelle malattie dei bambini. In-8°, 36 p. Milan.

Heubner (O.). Zur Kenntnis der Säuglings-Atrophie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 1.) — De l'athrepsie des nourrissons.

Holt (L.). The home modification of milk for infant feeding. (*Philadelphia Med. Journ.*, 5 janv.) — Modifications qu'on doit faire subir au lait destiné aux nourrissons.

Johannessen (A.). Om melkens sterilisation. (*Norsk. Mag. for Lægevidenskaben*, janv.) — De la stérilisation du lait.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Andrews (A.). A new objective test for mastoiditis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 janv.) — Un nouveau moyen de diagnostic de la mastoïdite.

Bergonié (J.). Les corps étrangers du larynx et les rayons X. (*Arch. d'électricité méd.*, janv.)

Botey (R.). Enorme fibro-mixoma llenando el cavum, emergiendo en la oro-faringe y ocupando toda la fosa nasal derecha. (*Bol. de laringol., otol. y rinol.*, mars-avril.)

Cisneros (J.). Sinusitis fronto-maxilar doble. (*Bol. de laringol., otol. y rinol.*, janv.-fév.)

Davis (G.). Laryngectomy under eucaine anæsthesia, with remarks on the technique of the operation. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Escat (E.). Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx (naso-pharynx, oro-pharynx, laryngo-pharynx). In-8°, 576 p.

Heiman (T.). Wskazania do leczenia operacyjnego przewleklych spraw ropnych w uchu srodkowem. (*Gaz. lekarska*, 19 et 26 janv.) — Les indications opératoires dans les otites moyennes suppurées chroniques.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brouardel (P.). Les intoxications causes d'avortement. (*Ann. d'hyg. publ.*, janv.)

Chrobak (R.). Ueber den Nachweis von Hakenzangenspuren an den Muttermundslippen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 janv.) — De la mise en évidence des traces laissées par les pinces à crochet sur les lèvres du col utérin.

Delepine (S.). The detection of arsenic in beer and brewing material. (*Brit. Med. Journ.*, 12 janv.)

Ingerslev (E.). Om selvhjælp under födsel særlig i retsmedicinsk henseende. (*Bibliotek for Læger*, janv.) — Etude médico-légale sur l'accouchement sans assistance.

Kelynack (T.) et **Kirkby** (W.). Arsenical poisoning in beer drinkers. In-8°, 138 p. avec fig. Londres. — Intoxication par l'arsenic chez les buveurs de bière.

Leroy (R.). Rapport médico-légal sur un cas d'exhibitionnisme épileptique. (*Ann. d'hyg. publ.*, janv.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Klebs (E.). Zur Behandlung der Tuberkulose; hereditäre Uebertragung und andere Infectionswege. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 janv.) — Traitement de la tuberculose.

Klein (E.). Ueber die Behandlung des Typhus abdominalis. (*Ungar. med. Presse*, 30 janv.) — Traitement de la fièvre typhoïde.

Lannois. Quelques cas de chorée traités par le cacodylate de soude. (*Lyon méd.*, 27 janv.)

Leclainche (E.) et **Morel** (Ch.). La sérothérapie de la septicémie gangreneuse. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

Lemke (A. F.). Tuberculosis of the lungs treated by compression with nitrogen after the method of Murphy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 janv.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire au moyen d'injections intrapleurales d'azote.

Lindemann (E.). Neuere Behandlungsmethoden des chronischen Gelenkrheumatismus. (*Berlin. Klinik*, janv.) — Sur quelques nouveaux procédés de traitement du rhumatisme articulaire chronique.

Mariani (F.). Le iniezioni di gelatina; studio sperimentale e clinico. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 1-2.)

Mayor (A.). La gastérine. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Mays (Th.). The silver-injection treatment of pulmonary consumption. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 janv.) — Traitement de la phtisie par des injections de nitrate d'argent.

Meyer. Die Behandlung der Peritonitis und ähnlicher Krankheiten durch Alkoholumschläge. (*Therap. Monatsh.*, janv.) — Traitement de la péritonite et des affections similaires par l'application de compresses à l'alcool.

21e ANNÉE. — N° 28. Vingt centimes le numéro. 3 JUILLET 1901.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés agrégés, après concours : MM. les docteurs Rieffel et Cunéo (*anatomie*); Guiart (*histoire naturelle*); Richaud (*pharmacie*).

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Sigalas, agrégé, est nommé professeur de physique pharmaceutique (chaire nouvelle).

Sont nommés agrégés, après concours : MM. les docteurs Gentès et Cavalié (*anatomie*); Benech (*chimie*); Dupouy (*pharmacie*).

Faculté de médecine de Lille. — Sont nommés agrégés, après concours : M. le docteur Gérard (*anatomie*); M. Vallée (*pharmacie*).

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Regaud est nommé, après concours, agrégé d'anatomie.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Poujol est nommé, après concours, agrégé de physiologie.

Faculté de médecine de Toulouse. — Sont nommés agrégés, après concours : MM. les docteurs Cluzet (*physique*); Ribaut (*pharmacie*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Aubry (J.). Contribution à l'étude de l'aortite blennorrhagique.

Auvray (O.). Etude de quelques variations du volume du foie; leur valeur sémiologique.

Carlo (F.). Sur la fréquence des embolies pulmonaires aux différentes époques de l'évolution des thromboses veineuses d'origine traumatique.

Carré (J.). Foie et reins kystiques chez un fœtus.

Chérut (P.). Contribution à l'étude de la hernie ombilicale étranglée chez l'adulte.

Colin. De la soif brightique.

Darbois (P.). Traitement du lupus vulgaire suivant les indications.

Duval (A.). De la sténose congénitale du pylore chez les nouveau-nés.

Frénel. Contribution à l'histoire des névrites des syphilitiques.

Guibé (M.). De la calcification des fibro-myomes utérins.

Guillot (M.). Traitement chirurgical du cancer du pylore.

Guyot (J.). Contribution à l'étude des larves de gastrophiles (œstrides) parasites de l'estomac du cheval.

Husni-Chakir. De l'hypospadias balanique et de son traitement chirurgical (procédé de von Hacker).

Jossu (A.). Contribution à l'étude de la contagion de la pneumonie.

Jousset (A.). Des humeurs opalescentes de l'organisme.

Michaut (Ch.). Contribution à l'étude de la péritonite à pneumocoques chez l'enfant.

Monod (Fernand). Traitement chirurgical du pied bot varus équin congénital chez l'enfant.

Pédeprade (A.). L'analgésie par injection de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire en chirurgie.

Perros (F.). De la suture de la vessie et du traitement de la plaie abdominale après la taille hypogastrique.

Perrot (H.). Infection de la glande parotide chez le nouveau-né.

Pila (D.). Etude critique de la castration chez la femme; ses résultats thérapeutiques, ses abus et ses conséquences sociales.

Rastouil (A.). Appendicite chronique.

Sicard (G.). Sur quelques points de technique de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale; ses résultats.

Tournemelle (Ch.-H.). Des éventrations post-opératoires; causes et traitement.

Tribaudeau. Des déplacements pathologiques du médiastin, liés aux mouvements respiratoires (étude de radioscopie médicale).

Weil (E.). Le sang et les réactions défensives de l'hématopoïèse dans l'infection variolique.

Zimmern (A.). Hémorrhagies utérines; indications et contre-indications de leur traitement électrique; action excito-motrice de l'électricité.

MÉDECINE

Luna (G. de). Un cas d'estomac biloculaire. (*Marseille méd.*, 15 janv.)

Maixner (E.). Nekteré poznamky ku pathogenesi a symptomatologii vyduti srdecnice. (*Casopis lékaru ceskych*, 5, 12, 19 et 26 janv.) — Quelques remarques sur la pathogénie et la symptomatologie des anévrysmes de l'aorte.

Mercier (G.). Guide pratique pour l'analyse des urines (procédés de dosage des éléments de l'urine; tables d'analyses; recherches des médicaments éliminés par l'urine). 3e éd. In-18, XI-228 p. avec fig. et planches.

Michaelis (L.). Ueber eine neue Form der Hämoglobinurie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 janv.) — Sur une forme non encore décrite d'hémoglobinurie.

Mikhaïlov (N.). Un cas de névralgie hépatique ayant simulé la cholélithiase (en russe). (*Klin. Journ.*, janv.)

Morrissey (J.). A plea for a more rational prognosis in cardiac affections. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 janv.)

Neumann (H.). Ein Fall von geheiltem Wasserkopf. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 janv.) — Un cas d'hydrocéphalie guérie.

Peabody (G.). A case of æstivo-autumnal fever with unusual symptoms. (*Med. Record*, 5 janv.) — Un cas d'asthme des foins à symptômes insolites.

Petruschky (J.). Krankheitserreger und Krankheitsbild. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 1.)

Picot. Etiologie et pronostic de la cirrhose atrophique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 2, 9, 16 et 30 déc. 1900 et 13 janv.)

Plessi (D.). Notevole spostamento del cuore da essudato pleurico. (*Gazz. degli Osped.*, 27 janv.) — Déplacement considérable du cœur dans un cas de pleurésie avec épanchement.

Preble (R.) et **Hektoen** (L.). A case of multiple fibromata of the nerves, with arthritis deformans. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Predtetchensky (V.). Manuel de microscopie clinique (en russe). In-8°, XII-170 p. avec fig. et planches en couleurs. Moscou.

Reynaud (G.). Un cas de fièvre hémoglobinurique, d'origine palustre. (*Marseille méd.*, 1er janv.)

Riegler (E.). Eine neue empfindliche Zuckerprobe. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 janv.) — Un nouveau procédé très sensible de recherche du sucre dans les urines.

Salinger (J.) et **Kalteyer** (F.). Modern medicine. In-8°, 802 p. avec fig. Londres.

MALADIES INFECTIEUSES

Kolipinski (L.). The appearance of the soft palate a pathognomonic symptom of epidemic influenza. (*Med. News*, 1er juin.) — Un signe précoce et pathognomonique de la grippe.

Ravenel (M. P.) et **McCarthy** (D. J.). The rapid diagnosis of rabies. (*University Med. Magazine*, janv.) — Diagnostic rapide de la rage.

Remlinger (P.). Contribution à l'étude des réflexes tendineux dans la fièvre typhoïde. (*Rev. de méd.*, janv.)

Trumpp. Progrediente Diphtherie bei rechtzeitiger Serumbehandlung. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 janv.) — Un cas mortel de diphtérie ayant évolué d'une manière progressive malgré l'emploi précoce de la sérothérapie.

Ubertis (F.). Vaiuolo ed immunità con la vaccinazione. (*Gazz. degli Osped.*, 6 janv.) — Variole et immunité par vaccination.

Valassopoulo (A.). La peste d'Alexandrie en 1899 au point de vue clinique, épidémiologique, etc. In-8°, 164 p. avec fig.

Vicente (M.). Le paludisme à Paris. 2e partie. In-8°, 325 p. avec fig.

Wassermann (A.). Ueber die Ursachen der natürlichen Widerstandsfähigkeit gegenüber gewissen Infectionen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 janv.) — Causes de l'immunité naturelle à l'égard de certaines infections.

Zuhr (J.). Ein Fall von Morbilli pemphigoidei mit Diphtheritis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 janv.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Meyer (E.). Poliomyelitis anterior chronica nach Trauma. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 janv.)

Mongeri (L.). Névroses et grossesse. In-8°, 41 p. Constantinople.

Mouratov (V.). De la démence catatonique (en russe). (*Méd. Obozr.*, janv.)

Muralt (L. von). Zur Kenntnis des Geruchsorganes bei menschlicher Hemicephalie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 janv.) — L'appareil olfactif dans l'hémicéphalie chez l'homme.

Neurath (R.). Ueber seltenere Knochendeformitäten nach spinaler Kinderlähmung. (*Wien. med. Presse*, 27 janv.) — Déformations osseuses rares, consécutives à la paralysie spinale infantile.

Oddo (C.). Paralysie labio-glosso laryngée apoplectiforme d'origine bulbaire. (*Marseille méd.*, 1er janv.)

Pitres (A.). Sur un cas de tumeur du pédoncule cérébral droit. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 janv.)

Queirolo (G.). Tumore del cervelletto. (*Clinica moderna*, 9, 16 et 23 janv.)

Robinson. Le syndrome de Briquet (un cas de paralysie diaphragmatique d'origine hystérique). (*Rev. de neurol.*, 30 janv.)

Roux (J.). Diagnostic et traitement des maladies nerveuses. In-18, 560 p. avec fig.

CHIRURGIE

Nicolaysen (J.). Hæmatoporfyrin-uri efter chloroformnarkose. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, janv.) — Un cas d'hématoporphyrinurie consécutive à la chloroformisation.

Nitchkov. Deux cas rares de calculs de la vessie ayant pour noyaux des corps étrangers (en bulgare). (*Spis. na sofiésk. médic. drouj.*, janv.)

Nöggerath (C.). Das Verhalten unmittelbar der Luft entstammender Keimformen in frischen Thierwunden. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 3-4.) — Sur la présence de germes provenant directement de l'air dans les plaies récentes.

Oliver (J. H.). Fístula estercoral consecutiva á una hernia umbilical estrangulada; operación por el método intra-peritoneal; colocación de dos botones de Murphy. (*Rev. méd. del Uruguay*, mars.)

Oui. Contusion abdominale mortelle. (*Echo méd. du Nord*, 13 janv.)

Pagenstecher. Weiterer Beitrag zur Herzchirurgie : die Unterbindung der verletzten Arteria coronaria. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 janv.) — Ligature de l'artère coronaire.

Pel (P. K.). De chirurgische behandeling der nephritis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 13 avril.)

Petrov (A.). Traitement des fractures de la clavicule par la suture métallique (en bulgare). (*Spis. na sofiésk. médic. drouj.*, janv.)

Phocas. Kystes sébacés et dermoïdes. (*Nord méd.*, 1er janv.)

Pluyette. Abcès tuberculeux du sein. (*Marseille méd.*, 15 janv.)

Pollosson (A.) et **Piéry** (M.). Un cas d'épithélioma primitif du thymus; tumeur polykystique congénitale du cou chez un enfant; épithélioma infiltré. (*Province méd.*, 5 janv.)

Preindlsberger (J.). Weitere Beiträge zur Operation bei Ileus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 31 janv.) — Traitement opératoire de l'iléus.

Quadflieg. Entfernung eines künstlichen Gebisses durch Gastrotomie aus dem Oesophagus. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 janv.) — Extraction, au moyen de la gastrotomie, d'un râtelier arrivé dans l'œsophage.

Raw (N.). Membranous œsophagitis; expulsion of a complete cast of the œsophagus. (*Lancet*, 5 janv.)

Reerink (H.). Die Behandlung der frischen Luxation der Peroneussehnen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 12 janv.) — Traitement de la luxation récente des tendons des péroniers.

Reich (W.). Ein Beitrag zum plastischen Ersatz der Penishaut vom Scrotum. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 3-4.) — Autoplastie d'une perte de substance de la peau du pénis au moyen d'un lambeau emprunté au scrotum.

Remedi (V.). Della influenza che gli antisettici spiegano sullo sviluppo degli schizomiceti nelle ferite; ricerche sperimentali eseguite col sublimato corrosivo e con le spore di tetano. In-8°, 23 p. Cagliari.

Rémy (Ch.). Traité des varices des membres inférieurs et de leur traitement chirurgical. In-8°, 287 p. avec fig. et planches.

Riedel. Ueber die Gallensteine. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7, 14 et 21 janv.) — De la cholélithiase.

Riegner. Exstirpation der traumatisch zerrissenen Milz. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 9 janv.) — Splénectomie pour déchirure traumatique.

Roberts (J.). Two cases of epiplopexy in cirrhosis of the liver. (*Philadelphia Med. Journ.*, 26 janv.) — Deux cas d'épiplopexie pour cirrhose du foie.

Rolando (S.). Sopra un caso di ernia crurale strozzata con gangrena dell'intestino e dell'omento. (*Gazz. degli Osped.*, 27 janv.)

Roncali (D.). Proposta di un nuovo metodo di laminectomia temporanea e descrizione di nuovi istrumenti all'uopo ideati. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 1-2.)

Rotter (J.). Ueber die Radicaloperationen freier Hernien. (*Therap. Monatsh.*, janv.) — De la cure radicale des hernies non étranglées.

Rovsing (Th.). Bidrag til ventriklens kirurgi. (*Hospitalstidende*, 3, 10 et 17 avril.)

Schall (J.). Rupture of the urethra; perineal section; recovery. (*Med. Times*, janv.) — Rupture de l'urèthre; taille périnéale; guérison.

Schmidt (M.). Zwei technische Vorschläge zur Magen-Darmchirurgie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 26 janv.) — Deux modifications techniques de la chirurgie gastro-intestinale.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Petit (P.). Eléments d'anatomie gynécologique clinique et opératoire. In-8°, 348 p. avec fig.

Piering (O.). Ueber Massage bei Frauenkrankheiten. (*Prag. med. Wochensch.*, 24 et 31 janv.) — Massage en gynécologie.

Plauchu et **Reure**. Vagissements intra-utérins. (*Lyon méd.*, 6 janv.)

Port (K.). Die Eröffnung perityphlitischer Douglasabscesse vom Parasacralschnitt aus. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 janv.) — Ouverture des abcès du cul-de-sac de Douglas d'origine pérityphlitique au moyen de l'incision parasacrée.

Puppel (E.). Ueber die Ausbreitung des Gebärmutterkrebses in praeformierten Lymphbahnen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — De la propagation du cancer de l'utérus par la voie lymphatique.

Ratchinski (N.). Les calculs utérins (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janv.)

Ries (E.). A case of pregnancy in the rudimentary horn. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.) — Un cas de grossesse dans une corne utérine rudimentaire.

Sapelli (A.). Un caso di dermatite erpetiforme del Duhring in puerperio. (*Gazz. degli Osped.*, 6 janv.)

Schäffer (O.). Atlas and epitome of gynecology. (Trad. de l'allemand par R. Morris.) In-8°, 272 p. avec fig. et planches en couleurs. Londres. — Atlas et précis de gynécologie.

Schatz. Ueber den Schwerpunkt der Frucht. (*Wien. med. Wochensch.*, 26 janv.) — Sur le centre de gravité du fœtus.

Schenk. Beitrag zur Lehre von den pseudointraligamentären Eierstocksgeschwülsten. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Des tumeurs ovariennes pseudo-intraligamentaires.

PÉDIATRIE

Keller (A.). Kranke Kinder an der Brust. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 1.) — De l'allaitement des nourrissons malades.

Kucera (W.). Hemiplegia infantilis. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, janv.)

Langer (J.). Meningitis cerebrospinalis suppurativa, bedingt durch Influenzabacillen; Lumbalpunktion; Heilung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 1.) — Méningite cérébro-spinale purulente d'origine grippale; ponction lombaire; guérison.

Longo (A.). Contributo allo studio del diplococco intracellulare di Weichselbaum e Jäger e della meningite cerebro-spinale epidemica nei bambini. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 1-2.)

Monti. Bemerkungen über den Wert der Phosphortherapie bei Rachitis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 janv.) — De la valeur du phosphore dans le traitement du rachitisme.

Morquio (L.). Sobre púrpuras primitivas. (*Rev. méd. del Uruguay*, janv.)

Morse (J.). Some cases of tetany in infancy. (*Philadelphia Med. Journ.*, 5 janv.)

Nourrit (Mlle). Sur un cas d'ictère grave chez l'enfant. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 6 janv.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Hovell (T.). Treatise on diseases of the ear, including anatomy and physiology, with treatment of affections of the nose and pharynx which conduce to aural disease. 2e éd. In-8°, 836 p. Londres. — Traité des maladies de l'oreille.

Koller (C.). Case of thrombophlebitis of the left sigmoid sinus masking a latent brain abscess in the left temporo-sphenoidal lobe, both arising from chronic otitis media. (*Med. Record*, 19 janv.) — Thrombophlébite du sinus sigmoïde gauche ayant masqué un abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche, d'origine otitique.

Magnan. Séméiologie de l'otalgie. (*Touraine méd.*, janv.)

Marage. Rôle de la chaîne des osselets dans l'audition; application au traitement de la surdité et des bourdonnements. In-8°, 14 p. avec fig.

Masini (G.). Corpo estraneo nella trachea e nel bronco sinistro; tracheotomia; radioscopia. (*Gazz. degli Osped.*, 6 janv.) — Corps étranger dans la trachée et la bronche gauche; trachéotomie; radioscopie.

HYGIÈNE

Badaloni (G.). Le malattie della scuola e la loro profilassi. In-8°, 315 p. avec fig. Rome. Soc. editr. Dante Alighieri.

Blackader (A. D.). On the sterilization of milk; its advantages and limitations. (*New York Med. Journ.*, 2 fév.) — Sur la stérilisation du lait.

Carles (P.). Eau de la ville de Bordeaux. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 janv.)

Conradi (H.). Ueber den Einfluss erhöhter Temperaturen auf das Casein der Milch. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 janv.) — De l'influence exercée par les hautes températures sur la caséine du lait.

Langlois (J.). Précis d'hygiène publique et privée. 2e éd. In-18, XII-621 p. avec fig.

Navarre (P.-J.). Leçons sur la prophylaxie du paludisme (faites à l'Enseignement colonial de Lyon). In-8°, 60 p. avec fig. Lyon.

Parkes (L.) et **Kenwood** (H.). Hygiene and public health. In-8°, 754 p. avec fig. Londres.

Reille (P.). Hygiène et pouvoirs publics. (*Ann. d'hyg. publ.*, janv.)

Trolard. La variolisation chez les indigènes; ses dangers; nécessité de sa prohibition. (*Bull. méd. de l'Algérie*, déc. 1900 et janv.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Monin (F.). Traitement des vomissements de la grossesse par le bicarbonate de soude à haute dose. (*Lyon méd.*, 27 janv.)

Nikitin (W. N.). Beitrag zur Frage der antipyretischen Behandlungsmethoden. (*Med. Woche*, 11 mars.)

Noorden (K. von). Ueber die Arzneibehandlung des Diabetes mellitus. (*Deutsche Praxis*, 10 janv.) — Traitement médicamenteux du diabète sucré.

Paravicini. Selbstmassage und Gymnastik im lauen Bade. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 janv.) — Gymnastique et massage pratiqué par le malade lui-même dans un bain tiède.

Pfannenstiel (J.). Zur Diskussion über die Paraffineinspritzung bei Incontinentia urinae nach Gersuny. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 janv.) — Sur la valeur thérapeutique des injections de vaseline d'après le procédé de M. Gersuny dans les cas d'incontinence d'urine.

Rey-Pailhade (J. de). Rôle du philothion dans le mécanisme de l'action des médicaments spéciaux de la nutrition. (*Bull. gén. de thérapeutique*, 23 janv.)

Soulier (H.). Memento-formulaire des médicaments nouveaux (avec une table alphabétique des indications). 4e éd. Supplément au Traité de thérapeutique et de pharmacologie. In-8°, 24 p.

Suter (F.). Ueber Urotropin. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 janv.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Doumer (E.). Traitements électriques des fibromes et des fibromyomes utérins. (*Nord méd.*, 1er janv.)

Larat (J.). Traité pratique d'électricité médicale. 2e éd. In-8°, 871 p. avec fig.

Leduc (S.). La théorie des ions en médecine. (*Gaz. méd. de Nantes*, 5 janv.)

Moraga Porras (A.). Tratado práctico de electroterapia general y especial. T. III et IV : franclinoterapia y electro-diagnóstico. In-8°, 151 p. avec fig. Santiago-de-Chili.

Slétov (N.) et **Postnikov** (P.). L'électrolyse dans le traitement des sténoses cicatricielles de l'œsophage (en russe). (*Vratch*, 6 janv.)

Strebel (H.). Untersuchungen über die bakterizide Wirkung des Hochspannungsfunkenlichtes nebst Angabe einer Methode zur besseren Ausnützung der bakteriziden Kraft des Voltabogenlichtes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 janv. et 7 fév.) — Recherches sur l'action bactéricide de la lumière des étincelles d'un courant à haute tension; une méthode d'utilisation du pouvoir bactéricide de la lumière de l'arc voltaïque.

BACTÉRIOLOGIE

Albrecht (H.) et **Ghon** (A.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Morphologie und Pathologie des Influenzabacillus. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 1.)

Baldassari (L.). Sul contenuto microbico e sulla resistenza dei germi patogeni in alcuni oli. (*Giorn. della reale Soc. ital. d'igiene*, 28 fév.)

Bendix (E.). Zur Chemie der Bakterien. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 janv.)

Bliesener. Beitrag zur Lehre von der Sporenbildung bei Cholerabacillen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 1.) — Recherches sur la formation de spores par le bacille du choléra.

Cantani (A.). Ueber das Wachstum der Influenzabacillen auf hämoglobinfreien Nährböden. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 1.) — Du développement des bacilles de l'influenza sur les milieux exempts d'hémoglobine.

Chodat (R.) et **Hofman-Bang** (N.). Les bactéries lactiques et leur importance dans la maturation du fromage. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

Dupont (A.). Tableaux synoptiques de bactériologie médicale. In-8°, 80 p.

Fokker (A. P.). Untersuchungen über Heterogenese. 4. Heft : Die Granula der Milch. In-8°, 102 p. avec fig. Groningue. P. Noordhoff. — Recherches sur l'hétérogénie : les granulations du lait.

GÉNÉRALITÉS

Arsonval (d'), **Gariel**, **Chauveau**, **Marey** et **Weiss**. Traité de physique biologique. T. Ier : mécanique; actions moléculaires et chaleur. In-8°, VII-1151 p. avec fig.

Binda (C.). Un nuovo cefalometro. (*Giorn. di med. legale*, janv.-fév.)

Boyce (R.) et **Sherrington** (C. S.). The Thompson Yates laboratories report. T. III, 2e partie. In-4°, p. 117 à 266, avec fig. Liverpool.

Coutts (W. Burdett). Sick and wounded in South Africa ; what I saw and said of them and of the army medical system. In-8°, 272 p. Londres.

Fajarnés (E.). La morti-natalidad en Palma de Mallorca durante un cuarto de siglo (1872-1896). (*Rev. balear de cienc. méd.*, 30 janv. et 10 fév.)

Finizio (G.). Appunti sulla « lettura del pensiero ». (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 15 janv.)

Fontanges (H.). Les femmes docteurs en médecine dans tous les pays; étude historique, statistique, documentaire et anecdotique sur l'art de la médecine exercé par la femme. In-8°, 276 p. avec fig.

Premier Congrès international de la presse médicale (Paris, 1900) : compte rendu officiel des séances. In-8°, 436 p.

Richardson (Sir B. W.). Disciples of Æsculapius. 2 vol. In-8°, 844 p. avec fig. Londres.

VIN GIRARD

de la Croix de Genève

IODO-TANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

Apéritif, tonique et reconstituant par excellence

(20,000 attestations médicales)

Indications : MALADIES DE POITRINE, ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES, DÉVIATIONS, RACHITISME, ALBUMINURIE, ASTHMES, CATARRHES, RHUMATISMES, BRONCHITES CHRONIQUES, AFFECTIONS CARDIAQUES, ACCIDENTS TERTIAIRES, CONVALESCENCES.

et toutes affections ayant pour cause la FAIBLESSE GÉNÉRALE et l'ANÉMIE

Un flacon de **VIN GIRARD** *(1/2 litre environ) renferme les principes médicamenteux contenus dans 5 litres d'huile de foie de morue.*

SIROP GIRARD possède les mêmes éléments médicamenteux, il est recommandé plus particulièrement dans la médecine des enfants.

Envoi franco d'échantillons aux Docteurs

A. GIRARD, 22, Rue Condé, Paris.

BIOPHORINE

KOLA GLYCÉRO-PHOSPHATÉE

Médication Dynamogène

La **BIOPHORINE,** granulé à base de **Kola, Glycéro-phosphate, Quinquina** et **Cacao vanillé,** est le prototype de la médication antineurasthénique et antidéperditrice.

Indications : NÉVROSES, NÉVRALGIES REBELLES, ANÉMIE CÉRÉBRALE, ATAXIE, ALBUMINURIE, PHOSPHATURIE, DÉPRESSIONS NERVEUSES, VERTIGES, HYPOCONDRIE, SURMENAGE, EXCÈS.

L'action de la **BIOPHORINE** (composition inimitable, homogène et rigoureusement titrée), *est presque immédiate et suivie d'une sensation étrange de* **renaissance vitale.**

Envoi franco d'échantillons aux Docteurs

A. GIRARD, 22, Rue Condé, Paris.

Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900.

Granules de Catillon

à 1 milligr. d'Extrait Titré de

STROPHANTUS

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les expérimentations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide,** *relèvent vite le* **cœur affaibli,** *atténuent ou dissipent*

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES

Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.

Effet immédiat, innocuité (usage continu tonifie l'estomac), pas d'intolérance, pas de vasoconstriction.

Granules de Catillon

à 1/10 milligr. **STROPHANTINE** cristall.

Tonique du Cœur non diurétique

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exiger les Vrais Granules de CATILLON.

Paris, 3, Boul^d St-Martin et Pharmacies.

Officiellement adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900.

Poudre de PEPTONE CATILLON

Produit supérieur, pur, inaltérable, Agréable au goût, on ne peut plus nutritif et assimilable. Représente **10** fois son poids de viande de bœuf.

ALIMENT des malades qui ne peuvent **DIGÉRER** ou qu'on veut **SURALIMENTER.**

Remplace la **VIANDE CRUE,** fait tolérer le **RÉGIME LACTÉ.**

Les faits prouvent qu'on nourrit tous les malades (aigus, chroniques, opérés) avec 3 à 6 fois par jour, Grog, Bouillon ou Lait 1 bol, POUDRE de PEPTONE CATILLON 1 cuiller.

LAVEMENT NUTRITIF : *2 cuillers, 5 gout. laudanum, 125 gr. d'eau, 1 jaune d'œuf.*

On soutient leurs forces, on leur permet de résister à la maladie et on abrège la convalescence.

On remplace ainsi le bouillon, qui ne nourrit pas, par un aliment puissant.

La **Peptone** *est un produit* **français,** *ce sont les expériences scientifiques de M.* CATILLON *qui ont démontré sa valeur et le* **Codex** *a adopté sa formule (V. Bull. de thérapeut. et Bull. de l'Académie de Médecine 1880). Nous le rappelons pour réagir contre l'invasion des produits exotiques, acides, de qualité moindre et vendus plus cher.*

VIN DE PEPTONE CATILLON

30 *gr.* **viande** *et* **0,40 Glycérophosphates assimilables** *par verre a madère.*

Rétablit les Forces, l'Appétit, les Digestions. *Très utile à tous les* **Malades affaiblis.**

Maladies d'Estomac, Diarrhée chronique, Consomption, Inappétence, Enfants, Convalescents, etc.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Pharmacies.

Kola-Peptone Catillon

SACCHARURE dans lequel la PEPTONE remplace le sucre des KOLAS granulés.

Le meilleur mode d'administrer le Kola, l'aliment complétant le tonique-stimulant.

La dose de 5 gr. ou 2 cuill. à café représente : **Viande assimilable 20 gr.; Extrait complet de Kola titré, 1.50**

Se fait aussi en CROQUETTES, *utiles aux* **enfants,** marcheurs, cyclistes, *etc.*

Élixir de Kola Glycérophosphaté DE CATILLON

Tonique Reconstituant contenant par verre à liqueur

Phosphoglycérates de chaux, potasse et soude, 0g25

Extrait complet de Kola titré, 1.50

Ces produits contiennent tous les principes du Kola, y compris le Rouge, tonique essentiel. Pour constater sa présence, on étend d'eau, le rouge se sépare, le liquide se trouble.

Pure, Inodore, Agréable au Goût, se Conserve bien

POUDRE de VIANDE de CATILLON

Boîte de 500 gr., 6 fr. 50; 1/2 Boîte, 3 fr. 50; Kilo, 12 fr.

POUDRE ALIMENTAIRE

(VIANDE & LENTILLES)

Aliment complet, azoté et hydrocarboné

Boîte de 500 gr., 5 fr. 50; 1/2 Boîte, 3 fr.; Kilo, 10 fr.

CRÉOSOTE DE HÊTRE purifiée — **PILULES** à 0,10 **CRÉOSOTE** purifiée — **HUILE CRÉOSOTÉE** au 1/10e injectable — **APPAREIL** pour Injections.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE DE CATILLON

0 gr. 20 de *Créosote purifiée par cuiller.* — **Reconstituant antiseptique** précieux.

Remplace l'huile de ***Morue*** avec avantage, bien tolérée pendant les chaleurs, fait cesser l'***Expectoration*** et la ***Toux.***

VIN de CATILLON à la Glycérine et au Quinquina. Effets de l'Huile de Morue et des Meilleurs Quinquinas. Combat la constipation au lieu de la créer. *Inappétence, Débilité, Consomption, Diabète, etc.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON, à la Glycérine et au Quina. *0 gr. 25 de Fer par cuillerée,* Quina et Fer à haute dose sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

VIN TRI-PHOSPHATÉ de CATILLON à la Glycérine et au Quinquina. *Un verre à liqueur contient 0 gr. 60 des trois phosphates de Chaux, Potasse et Soude.* Remplace huile de morue, quina et phosphates.

ÉLIXIR de PEPSINE et DIASTASE à la **GLYCÉRINE** de **CATILLON.** Puissant digestif reconstituant, plus actif que la pepsine ordinaire. Rétablit les fonctions de l'intestin et de l'estomac.

Tablettes de Catillon à 0 gr. 25 DE CORPS. Prix : 3 fr.

THYROÏDE — OBESITE, MYXŒDÈME, GOITRE, Herpétisme, etc.

Titré, Stérilisé. Goût agréable. Tolérance parfaite. Efficacité certaine. 2 à 8 par jour.

Neurasthénie, Ataxie, Débilité sénile, etc.

SUC TESTICULAIRE

CONCENTRÉ, STERILISÉ, de CONSERVATION ASSUREE. Fl. de **15** gr.; **6** fr.; **40** gr.: **12** fr.

IODO-THYROÏDINE, principe iodé, même usage. PRIX : 3 fr. — CATILLON, 3, Boulev^d St-Martin, PARIS. — *Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900.*

21e ANNÉE. — N° 29. Vingt centimes le numéro. 10 JUILLET 1901.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Envoi d'une mission française en Amérique pour l'étude de la fièvre jaune.

La fièvre jaune sévissant périodiquement dans certaines parties du domaine colonial de la France, telles que les Antilles et surtout le Sénégal, le gouvernement français a présenté au Parlement un projet de loi portant ouverture d'un crédit applicable à une mission sanitaire pour l'étude de cette maladie. La Chambre des députés et le Sénat viennent de voter à l'unanimité et sans discussion une somme de 100,000 fr. pour l'organisation et l'entretien de cette mission, qui comprendra trois ou quatre membres et partira au mois d'octobre prochain. Ce crédit est principalement affecté à la dépense de premier établissement; l'entretien de la mission, une fois celle-ci constituée et installée, sera vraisemblablement supporté par le Sénégal qui est directement intéressé dans la question.

La mission scientifique pour l'étude de la fièvre jaune sera placée sous la direction de l'Institut Pasteur, qui assurera, au besoin, le renouvellement de ses membres. Elle devra se rendre de préférence au Brésil, car le typhus amaril se montre plus régulièrement à Rio-de-Janeiro que dans ses deux autres foyers américains (la Havane et le golfe du Mexique) et, en outre, cette ville offre des avantages incontestables au point de vue de l'installation et des recherches.

Rappelons, à ce propos, qu'une mission anglaise ayant le même but est déjà installée à Para.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Agnesi (P.-N.). Contribution à l'étude des luxations récidivantes de la rotule.

Allanic (J.). Du rôle de certains médicaments et en particulier des anesthésiques dans la genèse des troubles labyrinthiques.

Audy (A.). Des accidents d'éruption des dents permanentes autres que les dents de sagesse.

Bailleau (R.). Des tachycardies de la ménopause.

Bayet. Appendicite et fièvre typhoïde; étude clinique et diagnostic différentiel.

Benoist de la Grandière (L.). Contribution à l'étude des varices de l'estomac.

Bernard (Henry). Etude clinique sur la colique de plomb.

Besson (E.). Contribution à l'étude du cancer de l'ombilic.

Borges de Castro (C.). Des hémorrhagies du sinus longitudinal supérieur dans les traumatismes du crâne.

Capelle (P.-J.). Contribution à l'étude du lupus érythémateux des muqueuses.

Cholet (G.). L'orchite des typhiques.

Cohn (Mlle Th.). Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie des nodosités des cornes utérines d'origine salpingienne.

Courchet (L.). Contribution à l'étude sur les anévrysmes cirsoïdes du cuir chevelu.

Font-Réaulx (P. de). De la conduite à tenir dans les plaies thoraco-abdominales (voie transpleurale).

Fortin (R.). De la phonendoscopie; étude phonendoscopique de la rate.

Grenié (J.). Etude sur le molluscum pendulum.

Henriot (D.). De la conduite à tenir en cas de fœtus mort pendant la grossesse.

Mélin. Contribution à l'étude des complications bronchopulmonaires de la rougeole.

Noel (V.). Considérations sur les déformations osseuses du pied bot congénital et leur traitement.

Pannetier (H.). Contribution à l'étude de l'accouchement chez les primipares très jeunes.

Polonsky (B.). Contribution à l'étude des fistules congénitales sacro-coccygiennes.

Rebreyend (P.). Les plaies perforantes de l'utérus.

Renaut (P.). Contribution à l'étude de l'alcoolisme congénital au point de vue expérimental et clinique.

Roques (L.). La médecine des accidents et les hôpitaux des corporations industrielles en Allemagne.

Salvant (P.). Traitement pathogénique du delirium tremens fébrile (délire alcoolique toxi-infectieux) par la balnéation froide.

Taranto (I. M. de). Les ostéomes de l'orbite.

Vareillaud (A.). De l'ictère acholurique hémorrhagipare et des hémorrhagies au cours de l'ictère acholurique.

MÉDECINE

Saundby (R.). Leucocythæmia. (*Brit. Med. Journ.*, 5 janv.)

Schlagenhaufer (F.). Ein Fall von Influenza-Endocarditis der Aortenklappen und des offenen Ductus Botalli. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 1.) — Un cas d'endocardite grippale des valvules sigmoïdes de l'aorte avec persistance du canal artériel.

Slomann (H. C.). Mediko-mekaniske systemer. (*Bibliotek for Læger*, janv.)

Solis-Cohen (S.). The relative importance of valvular and muscular lesions in diseases of the heart. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 janv.) — L'importance respective des lésions valvulaires et des altérations musculaires dans les cardiopathies.

Stevens (A.). Manual of practice of medicine. 5e éd. In-8°, 520 p. Londres.

Stoner (A.). Intestinal indigestion. (*Med. Record*, 5 janv.)

Strebel (H.). Die Fettleibigkeit und ihre Behandlung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 21, 24 et 28 janv.) — L'obésité et son traitement.

Surmont (H.). La stomatite ulcéro-membraneuse; ses rapports avec l'angine de Vincent. (*Echo méd. du Nord*, 6 janv.)

Vergely (P.). Diabète traumatique révélé par des symptômes angineux, avec quelques réflexions sur les diabètes traumatiques. (*Rev. de méd.*, janv.)

Wolfner (F.). Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von Zucker im Harne der fettleibigen Menschen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 janv.) — Sur la fréquence de la glycosurie chez les obèses.

Wolowski. Die quantitative Bestimmung des Indicans im Harn und ihre klinische Bedeutung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 janv.) — Le dosage de l'indican dans les urines et sa signification clinique.

Yvon (P.). Manuel clinique de l'analyse des urines. 6e éd. In-18, IX-555 p. avec fig. et planches.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Rummo (G.). Siringomielia traumatica. (*Riforma med.*, 2 et 3 janv.)

Sano (F.). Cellules nerveuses à deux noyaux. (*Journ. de neurol.*, 20 janv.)

Schönborn (S.). Mitteilungen zur Friedreichschen Ataxie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv.)

Sitta. Prispevek ke klinickému studiu « ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique ». (*Casopis lékaru ceskych*, 19 janv.)

Sklodowski (J.). Przypadek porazenia Brown-Séquard'a oraz rzut oka na nowsze poglady w sprawie przewodnictwa czuciowego i ruchowego w rdzeniu. (*Gaz. lekarska*, 12 et 19 janv.) — Un cas de syndrome de Brown-Séquard.

Spehl. Les attitudes de la main dans les affections nerveuses. (*Clinique*, 18 janv.)

Spillmann (L.). Deux cas de myopathie primitive progressive. (*Rev. de méd.*, janv.)

Stanowski. Ein Fall von Heilung einer Myelitis. (*Therap. Monatsh.*, janv.) — Un cas de myélite guérie.

Stefanowska (Mlle). Résistance réactionnelle variable dans les différents territoires du cerveau. (*Journ. de neurol.*, 5 janv.)

Wallenberg (A.). Giebt es centrifugale Bahnen aus dem Sehhügel zum Rückenmark? (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 janv.) — Y a-t-il dans la moelle épinière des faisceaux centrifuges provenant de la couche optique?

Weygandt (W.). Ueber das manisch-depressive Irresein. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 et 28 janv.) — Folie circulaire.

White (H. J.). Two cases of localized neuritis occurring as a complication of typhoid fever. (*Philadelphia Med. Journ.*, 19 janv.) — Deux cas de névrite localisée compliquant la fièvre typhoïde.

Zabloudovsky (I.). De la crampe des écrivains (en russe). (*Vratch*, 6 et 13 janv.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Mracek (F.). Atlas of diseases of the skin, including epitome of pathology and treatment. (Traduit de l'allemand par H. Stelwagon.) In-8°, 200 p. avec fig. et planches en couleurs. Londres. — Atlas des maladies de la peau.

Neumann. Ueber endemische Syphilis der Gegenwart. (*Wien. med. Presse*, 6 et 13 janv.) — De la syphilis endémique à l'heure actuelle.

Ráskai (D.). Zur Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 janv.)

Sachs (O.). Vier Fälle von sogenannter « plastischer Induration » der Corpora cavernosa penis nebst Berücksichtigung der übrigen im Corpus cavernosum penis vorkommenden Verhärtungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 31 janv.) — Quatre cas d'« induration plastique » des corps caverneux.

Scarenzio (A.). La cura precoce della sifilide. (*Clinica moderna*, 2 janv.)

Schamberg (J.). A peculiar progressive pigmentary disease of the skin. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, janv.) — Une maladie singulière de la peau, caractérisée par des taches à évolution progressive.

Scholtz (W.). Ueber die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut und ihre Verwendung bei der Behandlung der Hautkrankheiten. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 12 et 16 janv.) — Action exercée par les rayons de Röntgen sur la peau et radiothérapie des dermatoses.

Sellei (J.). Ueber den heutigen Stand der Lehre der Leukoplakie (Schwimmer). (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er janv.) — De l'état actuel de nos connaissances sur la leucoplasie.

Török (L.). In zerstreuten Flecken auftretende schuppende Erythrodermie. (*Pest. med.-chir. Presse*, 6 janv.) — Erythrodermie squameuse en plaques disséminées.

Tschlenoff (M.). Ueber einen Fall eines primären tuberculösen Hautgeschwürs am Penis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 1.) — Ulcère tuberculeux primitif du pénis.

Zarubin (V.). Zur Histologie der Sclerodermia circumscripta. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 1.)

CHIRURGIE

Schwartz (E.). Chirurgie du foie. In-18, 555 p. avec fig.

Scudder (C. L.) et **Cotton** (F. J.). Treatment of fractures. 2e éd. In-8°, 458 p. avec fig. Londres.

Sheldon (J.). Dorsal dislocation of the trapezoid. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.) — Un cas de luxation dorsale du trapézoïde.

Shimanck (F.). Primary branchiogenic carcinoma. (*Philadelphia Med. Journ.*, 5 janv.)

Shrady (G.). Early diagnosis of mammary tumors. (*Med. Record*, 26 janv.) — Diagnostic précoce des tumeurs du sein.

Stecchi (R.) et **Gardini** (A.). Manuale di chirurgia operatoria. In-12, 321 p. avec fig. Milan. U. Hoepli.

Taylor (H. L.). Retardation of growth as a cause of shortening after coxitis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 26 janv.) — Des retards de croissance comme cause de raccourcissement du membre inférieur après la coxite.

Thiriar. A propos de quelques accidents opératoires. (*Clinique*, 18 janv.)

Townsend (W.). Treatment of tuberculosis of the knee-joint. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 janv.) — Traitement de la tuberculose du genou.

Tricomi (E.). Epatectomia parziale per sifiloma. (*Riforma med.*, 7 et 8 janv.)

Tscherning (E. A.). Konservativ operativ behandling af traumatisk nyrelidelse. (*Bibliotek for Læger*, avril.) — Chirurgie conservatrice du rein.

Tubby (A.). The treatment of Dupuytren's contraction and other points in the surgery of the hand. (*Lancet*, 12 janv.) — Traitement de la maladie de Dupuytren; quelques points de la chirurgie de la main.

Turazza (G.) et **Avesani** (G.). Sulla limitazione del laccio elastico in chirurgia. (*Riforma med.*, 11 et 12 janv.)

Ullmann (K.). Ueber die Heilwirkung der durch Wärme erzeugten localen Hyperämie auf chronische und infectiöse Geschwürsprocesse. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 janv.) — Action curative exercée par l'hyperémie locale obtenue au moyen de la chaleur sur les plaies infectées et les infiltrations inflammatoires chroniques.

Vaccari (L.). Contributo allo studio delle fratture dell'astragalo. (*Clinica chirurgica*, janv.)

Vanverts (J.). Corps thyroïde et fractures; de la consolidation des fractures chez les hypothyroïdiens. (*Nord méd.*, 15 janv.)

Viana (G.). Per la casistica delle gastroenterostomie ed enterostomie in rapporto all'applicazione del bottone Murphy e del bottone scomponibile. (*Gazz. degli Osped.*, 27 janv.)

Vignard. Fibromes multiples du membre inférieur chez un homme de trente-six ans. (*Gaz. méd. de Nantes*, 5 janv.)

Villard (E.) et **Vignard** (P.). Phlébite du membre inférieur gauche et appendicite. (*Rev. de chir.*, janv.)

Villemin (P.). Traumatismes, infections et diathèses. In-18, 550 p. avec fig.

Virnicchi (A.). Indicazioni chirurgiche della distensione dei nervi. (*Gazz. internazion. di med. prat.*, 31 janv.)

Vitrac (J.). Ectokelostomie; déplacement du sac herniaire, suivi de sa marsupialisation, pour permettre à la fois, dans les hernies infectées, le drainage de la cavité péritonéale et la cure radicale de la hernie. (*Rev. de chir.*, janv.)

Vulliet (H.). Aperçu historique sur la cure radicale des hernies. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Vulpius (O.). Ueber die Behandlung des Klumpfusses Erwachsener. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er janv.) — Traitement du pied bot chez les adultes.

Warren (J. C.) et **Gould** (A. P.). The international text-book of surgery. 2 vol. In-8o, 1072 p. Londres.

Watten (J.). Kilka uwag o resekcyi zoladka sposobem Kocher'a, na podstawie dwoch przypadkow operowanych. (*Gaz. lekarska*, 5 et 12 janv.) — Deux cas de résection de l'estomac d'après le procédé de Kocher.

Wiener (A.). Zur Behandlung der Patellarfrakturen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 5 janv.) — Un procédé de traitement des fractures de la rotule.

Wills. External drainage of lung cavities. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 janv.) — Drainage des cavernes pulmonaires.

Wortman (J. L.). Osteomyelitis chronica staphylo-mycotica ossis pubis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 fév.)

Zérénine (V.). Lipomes symétriques multiples (en russe). (*Méd. Obozr.*, janv.)

Zervos (S.). Sechs Fälle von Leberechinococcen mit Durchbruch in die Lunge. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 janv.) — 6 cas de kystes hydatiques du foie avec irruption dans le poumon.

Zuckerkandl (O.). Atlas and epitome of operative surgery. (Trad. de l'allemand par J. Ch. da Costa.) In-8o, 396 p. avec fig. et planches en couleurs. Londres. — Atlas de chirurgie opératoire.

OPHTALMOLOGIE

Mutermilch (J.). De la fixation du lambeau muqueux dans l'opération plastique du bord palpébral (marginoplastie). (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Pansier (P.). Histoire des lunettes. In-8o, 141 p. avec fig. Paris.

Payne (R.). Report of a case of primary glioma of the optic nerve. (*Med. Record*, 12 janv.)

Reber (W.). A clinical study of one hundred and fifty cases of hyperphoria. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 janv.) — Etude clinique de 150 cas d'hyperphorie.

Schlesinger (E.). Ein Beitrag zur Diphtherie der Conjunctiva (Conjunctivitis crouposa durch Diphtheriebacillen); Pemphigus; Heilserum. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 janv.)

Schlösser (C.). Die für die Praxis beste Art der Gesichtsfelduntersuchung, ihre hauptsächlichsten Resultate und Aufgaben. (*Samml. zwangloser Abhandl. aus dem Gebiete der Augenheilk.*, III, 8.) — Le meilleur procédé pratique pour l'examen du champ visuel.

Stöwer. Ein Beitrag zur Pathologie der Thränendrüse. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 janv.) — Contribution à la pathologie des glandes lacrymales.

Trombetta (E.) et **Ostino** (G.). Nistagmo e canali semicircolari. (*Clinica moderna*, 9 janv.)

Wölfflin (E.). Beschreibung einer neuen Art der Pterygiumoperation. (*Deutsche Praxis*, 10 janv.) — Une nouvelle opération de ptérygion.

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Schiff (A.). Ueber die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Sexualorganen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 janv.) — Rapports entre le nez et les organes génitaux chez la femme.

Shoemaker (G.). Fallacies concerning the menopause. (*Philadelphia Med. Journ.*, 12 janv.) — Préjugés concernant la ménopause.

Sinclair (W.). A series of 10 successful cases of cæsarean section. (*Lancet*, 19 janv.)

Sippel (A.). Bemerkungen zur Tuberkulose der weiblichen Genitalien und des Bauchfells. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 janv.) — Tuberculose des organes génitaux de la femme et du péritoine.

Stapler (D.). Zur Behandlung des inoperablen Uteruscarcinoms. (*Wien. med. Wochensch.*, 26 janv.) — Traitement du cancer inopérable de l'utérus.

Stolz (M.). Zur Abnabelung des Neugeborenen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 31 janv.) — Traitement du cordon ombilical.

Strobell (C.). Vaginal hysterectomy, with case reports. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Vigot (A.). Faut-il serrer le ventre des nouvelles accouchées? (*Année méd. de Caen*, janv.)

Wetherill (H. G.). Two rare tumors : a calcareous uterine fibroma and a fibromyoma of the urethra. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Williams (W.). Uterine tumours; pathology, treatment. In-8o, 376 p. Londres.

Wormser (E.). Nochmals zur puerperalen Gangrän der unteren Extremitäten. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 janv.) — De la gangrène puerpérale des extrémités inférieures.

Zaborowski (S.). Zgorzel tkanek macicy w pologu (*metritis dissecans*). (*Gaz. lekarska*, 5, 12 et 19 janv.)

PÉDIATRIE

Ponfick (E.). Ueber die Beziehungen der Skrophulose zur Tuberkulose. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 1.) — Sur les rapports qui existent entre la scrofulose et la tuberculose.

Schmid-Monnard. Ueber den Wert von Körpermaassen zur Beurtheilung des Körperzustandes bei Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 1.) — De la valeur des mensurations du corps pour la détermination de l'état de santé des enfants.

Schmidt (A.). Die Fehler der Saugflaschen und ihre Vermeidbarkeit; ein Beitrag zur Säuglingsernährung. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er janv.) — Les défauts dans la construction des biberons et les moyens de les éviter.

Sonnenberger. Beiträge zur Aetiologie und Pathogenese der acuten Verdauungsstörungen im Säuglingsalter, insbesondere der Cholera nostras. (*Therap. Monatsh.*, janv.) — Etiologie et pathogénie des troubles digestifs aigus chez les nourrissons et, en particulier, du choléra nostras.

Starr (L.) et **Westcott** (T. S.). American textbook of diseases of children, including special chapters on essential surgical subjects; orthopædics, diseases of eye, ear, nose, throat, skin and on diet, hygiene, general management of children. 2e éd. 2 vol. In-8o, 1260 p. Londres. — Traité de pédiatrie.

Wichmann (J. V.). Medfödt kraniotabes. (*Bibliotek for Læger*, janv.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Lescœur et **Vermersch**. Empoisonnement par des composés du zinc. (*Echo méd. du Nord*, 13 janv.)

Leszynsky (W.). Coffee as a beverage, and its frequent deleterious effects upon the nervous system : acute and chronic coffee poisoning. (*Med. Record*, 12 janv.) — Intoxication aiguë et chronique par le café.

Mackenna (R.). The toleration of arsenic. (*Brit. Med. Journ.*, 12 janv.)

Minovici (M.). La viabilité en droit roumain au point de vue médico-légal. (*Arch. d'anthropol. crim.*, janv.)

Moity. Danger d'intoxication saturnine par l'emploi des capsules métalliques pour la capsulation des eaux minérales. (*Limousin méd.*, janv.)

Morache (G.). Le secret médical. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 et 29 avril, 6, 20 et 27 mai, 24 juin, 1er juillet, 9 déc. 1900 et 20 janv.)

Raw (N.), **Barendt** (F.) et **Warrington** (W.). Epidemic arsenical poisoning amongst beer drinkers. (*Brit. Med. Journ.*, 5 janv.) — Empoisonnement en masse par l'arsenic parmi les buveurs de bière.

Reynolds (E.). An account of the epidemic outbreak of arsenical poisoning in beer-drinkers in the North of England and the Midland counties in 1900. (*Lancet*, 19 janv.) — Relation de l'épidémie d'empoisonnements par l'arsenic, survenue en 1900 parmi les buveurs de bière dans le nord et le centre de l'Angleterre.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Tauszk (F.). Beiträge zur Dosierung des Morphium im Greisenalter. (*Ungar. med. Presse*, 15 janv.) — Posologie de la morphine chez les vieillards.

Teschemacher. Ueber Salol bei Diabetes mellitus. (*Therap. Monatsh.*, janv.)

Thompson (H.). Suggestions on the treatment of whooping-cough. (*Philadelphia Med. Journ.*, 12 janv.) — Traitement de la coqueluche.

Toff (E.). Kreosotal und Duotal bei nichttuberkulösen Erkrankungen der Respirationsorgane. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 3 janv.) — Carbonate de créosote et carbonate de gaïacol dans le traitement des affections non tuberculeuses des voies respiratoires.

Upson (Ch.). Important points in the management and treatment of consumption. (*Med. Record*, 19 janv.)

Wilson (J. C.) et **Eshner** (A.). Text-book of applied therapeutics. 2 vol. In-8o, 1326 p. Londres.

BALNEOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Jaworski (W.). Mineralwässer und Heilwässer. (*Wien. med. Wochensch.*, 5 janv.) — Eaux minérales et eaux médicinales.

Laquer (B.). Die Pyrenäenbäder. (*Zeitsch. f. diätet. u. physik. Therapie*, V, 1.) — Les stations balnéaires des Pyrénées.

Mazeran (A.). Traitement hydrominéral de la gravelle intestinale. In-8o, 11 p.

Pearce (F. S.). The climatology of neurasthenia. (*Med. News*, 26 janv.)

Scheuer (V.) et **Wybauw** (R.). Spa : passé, présent, avenir; causerie médicale. In-8o, 126 p. Bruxelles.

Tyson (J. et T. M.). The climatic treatment of chronic Bright's disease. (*Med. News*, 26 janv.)

BACTÉRIOLOGIE

Goupil (P.). Tableaux synoptiques pour l'analyse chimique de l'eau et l'examen microscopique. In-8o, 70 p. avec fig.

Levy (E.) et **Klemperer** (F.). Elements of clinical bacteriology. (Trad. de l'allemand par A. Eshner.) In-8o, 442 p. Londres.

McFarland (J.). Text-book upon pathogenic bacteria. 3e éd. In-8o, 622 p. avec fig. Londres.

Patellani (S.). Contributo allo studio della cultura del gonococco di Neisser. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, janv.)

Paul (Th.). Die Anwendung des Sandes zum schnellen Filtriren des Nähragars. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 janv.) — Emploi du sable pour la filtration rapide de l'agar-agar.

Pieraccini (G.) et **Nencioni** (M.). Contributo allo studio batteriologico del sangue nella gastro-enterite acuta. (*Riforma med.*, 14, 15 et 16 janv.)

Schmidt (R.). Ueber Bacterium coli- und Mesentericusbacillose des Magens nebst Bemerkungen zur « Milchsäurebacillen » - Flora. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 janv.)

Tobler (Maria). Beitrag zur Frage des Vorkommens von Tuberkelbacillen und anderen säurefesten Bacillen in der Marktbutter. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 1.) — Recherches sur la fréquence dans le beurre de commerce de bacilles de la tuberculose et d'autres microbes résistant à l'action décolorante des acides.

Valerio (N.). Contributo alle intossicazioni batteriche. (*Gazz. degli Osped.*, 27 janv.)

21e ANNÉE. — N° 30. Vingt centimes le numéro. 17 JUILLET 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Landouzy, professeur de thérapeutique, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale.

Ecole de médecine de Clermont. — M. M.-A. Col, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Guerbet, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Delpeuch, médecin des hôpitaux de Paris. — M. le docteur Bleicher, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Fontorbe, ancien professeur de chirurgie militaire et navale à l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort. — M. le docteur C. Hirigoyen, ancien chirurgien des hôpitaux de Bordeaux. — M. le docteur Salistchev, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Tomsk. — M. le docteur Versilov, privatdocent de neurologie à la Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur H. Baur, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Giessen. — M. le professeur Karl Langenbuch, chirurgien en chef de l'hôpital Lazarus à Berlin. — M. le docteur Julius von Siklóssy, privatdocent d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur M. B. Perkins, professeur de chimie à l'Albany Medical College. — M. le docteur D. W. Marston, lecteur de chirurgie orthopédique à la Post-Graduate Medical School and Hospital de New York.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Bazil (P.). Des albuminuries intermittentes.

Berest (A.). Des troubles nerveux chez les amygdaliens.

Bernard (A.). Périostite aiguë suppurée sans ostéomyélite.

Berthelot (P.). Résultats éloignés du traitement de la tuberculose testiculaire par les opérations économiques.

Beuchet (F.). De l'influence des maladies de l'aorte sur le développement de la tuberculose pulmonaire.

Boissier (P.-F.). Traitement des déchirures anciennes et incomplètes du périnée par le procédé de Pozzi.

Bournisien de Valmont. Etude sur une forme non douloureuse d'hypersécrétion chlorhydrique continue avec dénutrition générale.

Brugirard (E.). Bénignité relative des fractures du crâne chez les enfants.

Brunet (H.). Considérations sur l'emploi de la glande surrénale en thérapeutique.

Carpentier (A.). Des indications du tubage et de la trachéotomie dans les laryngites diphtériques.

Cau (J.). De la toxicité du phosphore.

Compain (H.). Contribution à l'étude de l'emploi de l'oxycyanure de mercure dans les affections uréthrales (uréthrites et rétrécissements).

Fradin. Infection et épilepsie; la diphtérie chez les épileptiques.

Furet (L.). De la narcolepsie.

Galès (J.). Contribution à l'étude de la radiographie appliquée aux projectiles logés dans la tête.

Glennie. Broncho-pneumonie intestinale (étude critique).

Guéry (A.). Etude sur la suppuration des fibromyomes utérins.

Guesdon (H.). Le lichen d'Islande; l'acide cétrarique, l'acide protocétrarique; leurs propriétés anti-émétiques.

Imbault (F.). Contribution à l'étude de la fréquence de la tuberculose chez les alcooliques.

Lassudrie-Duchêne (E.). Pathogénie de l'éclampsie.

Latron (Ch.-M.). Des états cataleptiques dans les infections et les intoxications.

Laufer (J.-N.). L'hypochloruration et l'action des bromures dans l'épilepsie (étude physiologique).

Louvet (E.). De l'intervention précoce et préventive dans les cas de délivrance incomplète (étude statistique faite à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine).

Massard (E.). De l'alcoolisme dans le quartier Saint-Antoine.

Mathey (P.). La tuberculose à Paris.

Minet (H.). Les suppurations prostatiques et périprostatiques (formes et traitement).

Monnamy (V.-F.). Contribution clinique au traitement de la tuberculose pulmonaire par le cacodylate de soude.

Mouras (J.). De la curabilité de la cirrhose alcoolique, en particulier par l'opothérapie hépatique.

Neumager (V.). Les signes pseudo-cavitaires dans les pneumonies grippales.

Perrineau (E.). Etude comparative, chirurgicale et médico-légale des lésions produites à travers les tissus par les balles de petit et moyen calibre des armes de poche (revolvers à poudre pyroxylée).

Pesme. Traitement des tuberculoses externes fistulisées et des tuberculoses cutanées.

Pinatel (P.). Des lésions de l'estomac consécutives au traumatisme par contusion.

Prestrelle (F.). Pneumococcie à localisations multiples.

Pron (L.). Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques.

Sueur (Ch.). Du bleu de méthylène chimiquement pur, en poudre, dans le traitement des métrites.

PHYSIOLOGIE

Bernheim (A.). Movements of intestines. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 fév.)

Bunge (G. von). Lehrbuch der Physiologie des Menschen. T. Ier. In-8°, 381 p. avec fig. et planches en couleurs. Leipzig. — Traité de physiologie humaine.

Cavazzani (E.). Contributo alla fisiologia del liquido cerebro-spinale. In-8°, 57 p. avec fig. Ferrare.

Lipman-Wulf (L.). Beiträge zur Lehre von der Nierenfunktion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 janv.) — Fonctions du rein.

Oliver (G.). Contribution to the study of blood and blood pressure. In-8°, 288 p. Londres. — Le sang et la pression sanguine.

Rosenthal (J.). Lehrbuch der allgemeinen Physiologie; eine Einführung in das Studium der Naturwissenschaften und der Medizin. In-8°, XI-616 p. avec fig. Leipzig. — Traité de physiologie générale.

Stefani (A.). Della proprietà delle fibre nervose di mantenere isolati i loro monconi centrali. (*Gazz. degli Osped.*, 13 janv.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Schwankhaus (P.). A case of appendicitis in which a lumbricoid worm passed through the ruptured appendix into the peritoneal cavity. (*Amer. Practitioner and News*, 1er janv.) — Appendicite avec rupture de l'appendice ayant donné passage à un lombric.

Secchi (T.). Un caso di morbo di Addison con tubercolosi incipiente delle capsule surrenali. (*Gazz. med. di Torino*, 21 et 28 mars et 4 avril.)

Spiller (W. G.). Remarks on the importance of the so-called specific lesions of rabies. (*University Med. Magazine*, janv.) — De la signification des lésions soi-disant spécifiques de la rage.

Summers (J. E.). Double ureter; report of a nephrectomy done upon a young child with this condition present. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Vasoin (B.). Contributo allo studio delle alterazioni istologiche dei reni nell'avvelenamento per sublimato corrosivo. (*Riforma med.*, 18, 19 et 21 janv.)

Woskresensky (M.). Uterus cysticus. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 1.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Baldassari (L.). Esperimenti sull'emostasi epatica. (*Riforma med.*, 21 fév.)

Battelli (F.). Note relative au rétablissement des fonctions du cœur et des centres nerveux après l'anémie totale. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév.)

Benassi (G.). Alcune alterazioni del sangue prodotte dalla narcosi cloroformica. (*Gazz. degli Osped.*, 17 fév.)

Bordier (H.) et **Piéry.** Recherches expérimentales sur les lésions des cellules nerveuses d'animaux foudroyés par le courant industriel. (*Lyon méd.*, 17 fév.)

Frassi (A.). Note di anatomia patologica nell'avvelenamento sperimentale da ricino. (*Clinica moderna*, 16 et 30 janv. et 6 fév.)

Teissier (J.) et **Guinard** (L.). Nouvelles recherches expérimentales sur la pathogénie de l'œdème aigu du poumon. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Ascarelli (A.). Ricerche su alcune proprietà dei sieri emolitici. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 4.)

Auché et **Vaillant.** Etude qualitative et quantitative des globules blancs du sang chez les cancéreux. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 fév.)

Behring (E. von) et **Kitashima.** Ueber Verminderung und Steigerung der ererbten Giftempfindlichkeit. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 fév.) — Sur la diminution et l'augmentation de la réceptivité héréditaire à l'égard des toxines.

Brunazzi (G.). Sulle variazioni dell'alcalinità del sangue durante l'innalzamento febbrile della temperatura. (*Gazz. degli Osped.*, 17 fév.)

Hüppe (F.). Ueber Krankheitsursachen vom Standpunkte der naturwissenschaftlichen Medicin. (*Wien. med. Wochensch.*, 16 et 23 fév.) — Des causes morbides.

Levi (G.). Il jodo allotropico e la immunizzazione preservativa e curativa. (*Riforma med.*, 20 fév.)

Maass (H.). Ueber mechanische Störungen des Knochenwachstums. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 2.) — Sur les troubles mécaniques du développement des os.

Maggiorani (A.). Le diamagnétisme des humeurs animales par rapport à la préservation, le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies, et notamment de la tuberculose pulmonaire, avec indication de la manière d'agir de certains remèdes et de la conservation des substances organiques. (*Rev. internation. d'électrothérapie*, janv.-fév.)

MÉDECINE

Ambrosini. Di un caso di nevrosi cardiaca (*Gazz. degli Osped.*, 24 fév.)

Ayerza (A.) et **Piñero** (H. G.). Poliserositis y perivisceritis (fisio-patologia de las serosas). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.)

Bannatyne (G. A.). Points in the classification and diagnosis of some joint affections. (*Lancet*, 23 fév.) — Quelques réflexions sur la classification et le diagnostic de certaines affections articulaires.

Baudouin (F.). Accidents urémiques complexes au cours d'une pneumonie aiguë. (*Touraine méd.*, fév.)

Bäumler. Ueber einen Fall von wachsendem Pigmentnævus mit eigentümlichen hydropischen Erscheinungen (Anasarka und vorwiegend einseitiger Pleuraerguss). (*Münch. med. Wochensch.*, 26 fév.) — Un cas de nævus pigmentaire progressif avec phénomènes hydropiques singuliers (anasarque et épanchement pleural prédominant du côté gauche).

Belfiore (G.). Brevi note urologiche sui vaiuolosi; peptonuria; indicanuria. (*Gazz. degli Osped.*, 24 fév.)

Berliner (A.). Ueber Perforation von Bauchhöhlenergüssen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 3-4.) — Perforation de la paroi abdominale due à l'existence d'un épanchement.

Blumenau (E.). Des affections des voies respiratoires supérieures survenant au cours du rhumatisme (en russe). (*Vratch*, 10 fév.)

Bommier. L'incontinence nocturne d'urine. (*Nord méd.*, 1er fév.)

Breitmann (M.). Physiologie et pathologie de la cloison interventriculaire du cœur : syphilis de la cloison (en russe). (*Vratch*, 10 fév.)

Brügelmann (W.). Das Asthma, sein Wesen und seine Behandlung, auf Grund zweiundzwanzigjähriger Erfahrungen und Forschungen. 4e éd. In-8°, XVIII-218 p. Wiesbaden. J. F. Bergmann.

Chapman (P. M.). Remarks on the heart-index interval in aortic regurgitation. (*Brit. Med. Journ.*, 16 fév.) — Quelques remarques sur le retard du pouls comme signe de régurgitation aortique.

Guida (T.). L'anemia splenica come entità morbosa. (*Riforma med.*, 30, 31 janv. et 1er fév.)

MALADIES INFECTIEUSES

Anders (J.). History of typhoid fever, with statistics. (*Med. Bulletin*, janv.)

Baccarani (U.). Su alcuni fenomeni curiosi della febbre tifoide : delirio e insonnia nel periodo prodromico, enterorragia precoce, segno palmo-plantare, polso paradossale, tosse splenica, scialorrea, uretrite, desquamazione, prurito, stitichezza. (*Riforma med.*, 23 et 25 fév.)

Barette. Traitement du tétanos par les injections intracérébrales de sérum antitétanique. (*Année méd. de Caen*, fév.)

Barjon (F.) et **Lesieur** (Ch.). Septicémie éberthienne à forme d'arthrotyphus sans lésions intestinales ni spléniques avec réaction de Widal positive. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Belbèze (R.). Perforation de la veine cave inférieure au-dessus du diaphragme avec hémorrhagie intrapleurale mortelle, au cours d'une fièvre typhoïde en voie de guérison. (*Loire méd.*, fév.)

Betti (U. A.). Contributo allo studio della patogenesi del delirio nel corso delle malattie infettive. (*Gazz. degli Osped.*, 10 fév.)

Bruncher. Variole et vaccine dans l'arrondissement de Batna (1895-1900). (*Bull. méd. de l'Algérie*, janv. et fév.)

Burrows (F. G.). A clinical study of diphtheria. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Carrière (G.). Sur un cas de diphtérie trachéobronchique. (*Nord méd.*, 1er fév.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Adamkiewicz (A.). Die Grosshirnrindenganglienzelle des Menschen als selbständiges Organ. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 3-4.) — La cellule ganglionnaire de l'écorce cérébrale en tant qu'organe indépendant.

Adler. Ueber Appendicitis in « nervösen » Familien. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév.)

Alberici (R.). Risveglio preagonico della psiche nella demenza. (*Gazz. degli Osped.*, 3 fév.)

Bard (L.). Du signe de l'orbiculaire dans le diagnostic de la paralysie faciale. (*Lyon méd.*, 10 fév.)

Bischoff (H.). Ein Fall von Chorea senilis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 3-4.) — Un cas de chorée sénile.

Borst (M.). Die psycho-reflectorische Facialisbahn (Bechterev) unter Zugrundelegung eines Falles von Tumor im Bereich des Thalamus opticus. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév.) — La voie suivie par les réflexes du nerf facial à point de départ psychique (Bechterev); étude basée sur un cas de tumeur siégeant dans la région de la couche optique.

Braslavsky (P.). De l'ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique (en russe). (*Méd. Obozr.*, fév.)

Bucelski (S.). Czynniki, wywolujace bezwlad postepujacy. (*Gaz. lekarska*, 16 et 23 fév.) — Les facteurs étiologiques de la paralysie progressive.

Carducci (A.). Un caso nuovo di malattia del simpatico. (*Policlinico*, 23 fév.)

Ceñal (V. G.). Contribución al estudio del mixedema familiar por herencia heteromorfa. (*Rev. ibero-americana de cienc. méd.*, mars.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Behrmann (S.). Ueber Alopecia praematura (Alopecia seborrhoica, pityrodes s. furfuracea). (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 fév.)

Bunch (J. L.). On ringworm infection in man and animals. (*Brit. Med. Journ.*, 9 fév.) — Les teignes chez l'homme et chez les animaux.

De Amicis (T.). Sul preteso potere difensivo fagocitico dei ganglii linfatici contro il virus sifilitico, e valore semiologico che spetta alle diverse adenopatie nella sifilide. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 31 janv.)

De Dominicis (N.). Pleurite sifilitica primaria. (*Gazz. degli Osped.*, 24 fév.)

Desguin (L.). Acné hypertrophique du nez traitée par la décortication thermique. (*Ann. de la Soc. médico-chir. d'Anvers*, janv.-fév.)

Finger (E.). Die Blennorrhöe der Sexualorgane und ihre Complicationen. 5e éd. In-8°, XII-434 p. avec fig. et planches en couleurs. Vienne.

PARASITOLOGIE

Borrel (A.). Les théories parasitaires du cancer. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Finucane (M.). Filariasis and its consequences in Fiji. (*Lancet*, 5 janv.)

Godlee (R.). A series of cases of actinomycosis. (*Lancet*, 5 janv.)

Le Wald (L.). Parasites in the blood. (*Med. News*, 9 fév.) — Parasites du sang.

Littledale (H.). Clinical and pathological notes on a case of human actinomycosis. (*Brit. Med. Journ.*, 5 janv.)

Maurer (G.). Die Malariaparasiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 fév.)

Odin. Actinomycose cervico-faciale. (*Loire méd.*, janv.)

Ruffer (M.). Note on the lesions produced by oxyuris vermicularis. (*Brit. Med. Journ.*, 26 janv.)

Stelwagon (H. W.). Report of a case of blastomycetic dermatitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

CHIRURGIE

Abbe (R.). The problem of appendicitis from the medical and surgical points of view. (*Med. Record*, 16 fév.)

Adams (E.). General remarks on the combination of ether (57 parts) and chloroform (43 parts), known as the M. S. mixture. (*Med. News*, 9 fév.) — Remarques sur l'emploi d'un mélange d'éther et de chloroforme comme anesthésique.

Adenot. La cholécystite à forme d'appendicite. (*Lyon méd.*, 17 et 24 fév.)

Alamagny. Infection et lithiase biliaire; obstruction calculeuse du canal cholédoque; cholécystostomie d'urgence; cholédochotomie secondaire et tardive; guérison. (*Loire méd.*, fév.)

Anderson (A. R.). Some remarks on the radical cure of hernia, based on 190 cases of operation for the cure of oblique inguinal hernia. (*Brit. Med. Journ.*, 2 fév.)

Areilza. Un caso de tétanos tratado y curado por el suero antitetánico y la amputación del brazo derecho. (*Gac. méd. del Norte*, mars.)

Bandi (J.). L'intervento chirurgico nella peste bubbonica. (*Ann. di med. navale*, fév.)

Barr (Th.) et **Nicoll** (J. H.). Cerebellar abscess successfully treated by operation. (*Brit. Med. Journ.*, 16 fév.)

Barwell. On bad positions of pelvis productive of spinal curvature. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

Beck (C.). Ueber Tendinitis und Tendovaginitis prolifera calcarea. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 3-4.)

Benassi (G.). Sulla cura del varicocele. (*Gazz. degli Osped.*, 3 fév.)

Beniçovitch (N.). Traitement chirurgical de l'hydropisie dans les cas de cirrhose du foie (en russe). (*Vratch*, 17 fév.)

Bennett (W. H.). A quiet effusion into the knee-joints occurring in women and young girls. (*Lancet*, 23 fév.) — Une forme particulière d'épanchement indolore du genou chez la femme.

Berndt (F.). Ueber Epityphlitis und den gegenwärtigen Stand ihrer Behandlung. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 et 12 fév.) — De l'appendicite et de l'état actuel de son traitement.

Bissell (J. B.). Tetanus following clean operation wounds. (*Philadelphia Med. Journ.*, 16 fév.) — Tétanos ayant pour point de départ des plaies opératoires en apparence aseptiques.

Brunner (C.). Zur chirurgischen Behandlung des Spasmus pylori und der Hyperchlorhydrie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 3.) — Traitement chirurgical du spasme du pylore et de l'hyperchlorhydrie.

Bruns (C.). Ueber Behandlung und Verhütung arthrogener Kontrakturen im Kniegelenke. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 9 fév.) — Prophylaxie et traitement des contractures du genou consécutives aux affections articulaires.

Bum (A.). Zur Diagnostik und Therapie der habituellen seitlichen Rückgratsverkrümmung. (*Wien. med. Presse*, 24 fév.) — Diagnostic et traitement de la scoliose.

Cirillo (G.). Splenectomia per cisti da echinococco della milza. (*Puglia medica*, janv.)

Cumston (Ch. G.). A report of some cases of abdominal surgery, with remarks on the diagnosis of carcinoma of the cecum and the surgical treatment of carcinoma of the liver and the gall-bladder. (*Med. News*, 9, 16 et 23 fév.) — Quelques cas de chirurgie abdominale, avec remarques sur le diagnostic du cancer du cæcum et le traitement chirurgical du cancer du foie et de la vésicule biliaire.

Fenwick (W. S.). Primary sarcoma of the stomach. (*Lancet*, 16 fév.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Agafonov (B.). Un cas de fœtus gigantesque (en russe). (*Vratch*, 24 fév.)

Berruti (L.). Gli errori di diagnosi e di cura nelle malattie delle donne. (*Gazz. med. lombarda*, 10 fév.)

Blumberg. Beobachtungen bei der Behandlung von Puerperalfiebererkrankungen mit Marmorek'schem Antistreptokokkenserum. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 et 11 fév.) — Sur le traitement des maladies puerpérales au moyen du sérum antistreptococcique de Marmorek.

Boldt (H. J.). The treatment of puerperal fever. (*Med. Record*, 2 fév.)

Borland (H.). A case of cephalhæmatoma. (*Lancet*, 16 fév.)

Bué (V.). Du thrombus vulvo-vaginal. (*Nord méd.*, 15 fév.)

Cocq (V.). Le traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Clinique*, 1er fév.)

De Luca (B.). La claudicazione dolorosa da uteropatia. (*Riforma med.*, 7 fév.)

Dührssen (A.). Gynäkologisches Vademecum. 7e éd. In-8°, 230 p. avec fig. Berlin. — Manuel de gynécologie.

Ehrenfest (H.). Cystenbildung in Ovarialresten. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 fév.) — Développement de kystes dans les ovaires incomplètement réséqués.

Flaischlen. Kurzer Ueberblick über den heutigen Stand der Retroflexionstherapie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 3-4.) — De l'état actuel du traitement de la rétroflexion de l'utérus.

Fleischmann (A.). Ueber akute puerperale Uterusinversion. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 fév.)

Frankenstein. Ein Fall von Vagitus uterinus. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 fév.) — Un cas de vagissement utérin.

Funke (A.). Beitrag zur abdominalen Totalexstirpation bei Carcinom und Sarkom mit Rücksicht auf die Dauerresultate. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 fév.) — Résultats éloignés de l'hystérectomie abdominale totale dans les cas de cancer ou de sarcome de l'utérus.

Füth (R.). Zur Drainage der Bauchhöhle. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 fév.) — Du drainage de la cavité abdominale.

Gilbert (E.). Zweimalige Inversio uteri post partum bei derselben Patientin. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 9 fév.) — Inversion puerpérale de l'utérus survenue deux fois chez la même femme.

Harrison (G. T.). Dysmenorrhea. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 fév.)

Haultain (F.). On intra-peritoneal rupture of simple ovarian cysts, with special reference to operative treatment. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

Lévêque (V.). Deux observations d'éclampsie puerpérale. (*Touraine méd.*, fév.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Parker (Ch.). Notes on acquired syphilis of the nose and pharynx. (*Lancet*, 26 janv.)

Pollak (J.). Ueber Unfallsverletzungen des Gehörorganes. (*Wien. med. Wochensch.*, 5 janv.) — Traumatismes de l'oreille au point de vue de l'assurance contre les accidents.

Rivière (A.). La surdimutité : l'audimutité; essai pathogénique et thérapeutique; deux cas en voie de guérison. (*Lyon méd.*, 13 janv.)

Schmidt (E.). Ein Fall von Verbrühung des Schlundes und Kehlkopfes mit tödtlichem Ausgang. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 janv.) — Un cas mortel de brûlure du pharynx et du larynx.

Tanturri (D.). Di una speciale forma di lesione parasifilitica della laringe. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, della gola et del naso*, janv.)

Vargas (A. R.). Laringo-estenosis por membrana subglótica; intubación con traqueotomía previa; curación. (*Bol. de laringol., otol. y rinol.*, janv.-fév.)

Wright (J.). The non-myxomatous character of nasal polypi. (*Med. Record*, 26 janv.)

21e ANNÉE — N° 31. Vingt centimes le numéro. 24 JUILLET 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur de Lapersonne, professeur à la Faculté de médecine de Lille, est nommé professeur de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Panas.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Weill, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies des enfants.

VARIA

Diplôme universitaire français de médecin colonial.

Le ministre de l'instruction publique de France vient d'approuver une délibération du conseil de l'Université de Bordeaux instituant un diplôme de médecin colonial de ladite Université.

Ce diplôme sera délivré : 1° aux docteurs en médecine français (médecins civils et militaires, médecins de la marine et des colonies, médecins de colonisation et des administrations coloniales, médecins d'émigration et médecins sanitaires maritimes, médecins des missions); 2° aux étrangers pourvus du doctorat universitaire (mention *médecine*); 3° aux étrangers pourvus d'un diplôme médical dont l'équivalence avec le doctorat universitaire français (*médecine*) aura été admise.

Les épreuves exigées consistent en : *a*) une épreuve clinique spécialement afférente à la pathologie exotique; *b*) une épreuve pratique sur les manipulations et démonstrations faites pendant la scolarité; *c*) un examen oral portant sur l'ensemble des matières enseignées en vue du diplôme.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Attias (I.). De la rhino-pharyngite et amygdalite chronique et de ses conséquences chez les enfants.

Bajon (M.). De la symphyséotomie répétée.

Baraks-Doïlidsky (Mme). Les névrites professionnelles.

Bouillat (F.). De l'emploi du fer et des divers métaux lourds dans le traitement des anémies.

Bretonville (P.). Contribution à l'étude des psychopathies puerpérales.

Broutelle (H.). Contribution à l'étude des pseudo-infections et infections puerpérales, d'origine intestinale.

Caboche (H.). La hernie cérébrale au cours et à la suite de la trépanation.

Cabuche (L.). Contribution à l'étude des accidents réflexes d'origine nasale.

Cailleton. Des différentes interventions chirurgicales dans le traitement des ulcères variqueux.

Chalochet (J.). Anatomie du bassin coxalgique chez l'enfant.

Chevalier (Ch.). Détermination de la quantité de sang restant dans le placenta après la délivrance.

Diancourt (M.). Contribution à l'étude de l'ouverture pariétale des cholécystites suppurées.

Dubois (H.). Contribution à l'étude des complications articulaires de l'érysipèle, spécialement des arthrites suppurées.

Ducot (L.). Etude sur les paralysies du muscle grand dentelé.

Dupuy (A.). Essai sur la douleur envisagée principalement au point de vue chirurgical.

Fayon (P.). Des accidents d'obstruction intestinale et d'appendicite dus aux ascarides lombricoïdes.

Féval (G.). Contribution à l'étude de la disparition de la dysphagie après la gastrostomie; perméabilité en retour.

Gottschalk (A.). Le traitement des plaies; étude historique, contributions bactériologiques, pansements modernes.

Guillemard (H.). Contribution à l'étude de l'acide silicotungstique comme réactif des alcaloïdes de l'urine.

Leduc (G.). Considérations sur les fractures de l'extrémité externe de la clavicule et en particulier sur la situation des fragments.

Le Guichaoua (Ch.). Des variétés rares de luxations spontanées dans la coxalgie.

Lemercier (G.). De la grossesse extra-utérine intraligamentaire après le cinquième mois.

Lépine (Mme E.). Essai sur Ambroise Paré et la médecine des enfants.

Mantilla (P.-L.) Leucoplasies et cancer.

Monraisse (A.). De la coqueluche; son pronostic à l'hôpital (statistique de l'hôpital des Enfants-Assistés, 1890-1900).

Ramé (E.). Etude au point de vue médical de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Ricoux (A.). Contribution à l'étude de l'otite dans la grippe et en particulier de ses complications.

Rivault (H.). Paralysies oculaires post-diphtériques; action de la toxine diphtérique sur les centres nerveux d'après la clinique ophtalmologique.

Sauvagnat (A.). Intoxications mortelles consécutives à des injections de sublimé et responsabilité médico-légale.

Sineau (L.). De la luxation sus-acromiale complète de la clavicule.

Soulé (A.). Contribution à l'étude de la tuberculose des os de la voûte crânienne.

Vidal (Ch.-A.). Etude sur les réflexes pupillaires.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Barbacci (O.). Sull'esito dell'atrofia parenchimale in ipertrofia nodulare multipla del fegato. (*Clinica moderna*, 13, 20 et 27 fév.)

Becker (Ph. F.). Beitrag zur Kenntnis der wahren Muskel-Geschwülste des Hodens. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 2.) — Des myomes vrais du testicule.

Beitzke (H.). Ueber die sogenannten « weissen Flecken » am grossen Mitralsegel. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 2.) — Sur les « plaques blanches » de la grande valve mitrale.

Block (E. B.). Enchondroma-like formations in the femur, following osteomyelitis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.)

Buxton (H. B.). A tumour of the kidney arising from a suprarenal rest. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.) — Tumeur du rein ayant pour point de départ la capsule surrénale.

De Buck (D.) et **Demoor** (L.). A propos de certaines modifications nucléaires du muscle. (*Journ. de neurol.*, 5 fév.)

De Vecchi (B.) et **Guerrini** (G.). Due casi di sarcoma primitivo del fegato. (*Riforma med.*, 6, 7 et 8 fév.) — Deux cas de sarcome primitif du foie.

Duhot (R.). Contribution à l'étude anatomo-pathologique des vésicules séminales. (*Ann. de la policlinique centrale de Bruxelles*, janv. et fév.)

Dürck (H.). Atlas und Grundriss der speciellen pathologischen Histologie. II. Band : Leber, Harnorgane, Geschlechtsorgane, Nervensystem, Haut, Muskeln, Knochen. In-8°, 220 p. avec 60 planches en couleurs. Munich.

Engel (H.). Glomerulitis adhaesiva. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 2.)

Giacomelli (G.). Il miocardio nelle infezioni, intossicazioni, avvelenamenti; ricerche anatomopatologiche e sperimentali. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 3 et 4.)

Green (A. B.). Amyloid disease; its acute form; relation to hyaline degeneration; cause; early diagnosis and treatment. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.)

MÉDECINE

Dietsch (C.). Ein Beitrag zur Aetiologie des Heufiebers. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 fév.) — Contribution à l'étiologie de la fièvre de foin.

Einhorn (M.). Die Krankheiten des Darms. In-8°, 288 p. avec fig. Berlin. — Maladies de l'intestin.

Franchini (A.). Contributo allo studio dell'itterizia epidemica. (*Gazz. degli Osped.*, 3 fév.) — De l'ictère épidémique.

Geronzi (G.) et **Ricci** (R.). Contributo alla casistica delle complicazioni della polmonite da diplococco. (*Riforma med.*, 28 fév.)

Griffith (T. W.). Remarks on aneurysm of the coronary arteries of the heart. (*Brit. Med. Journ.*, 2 fév.)

Gunzburg (I.). La congestion pulmonaire idiopathique. (*Ann. de la Soc. médico-chir. d'Anvers*, janv.-fév.)

Hampeln (P.). Ueber Aortenaneurysmen und Mediastinaltumoren. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 3-4.)

Hawthorn (E.) et **Turcan** (L.). Deux cas de cancer du pancréas. (*Marseille méd.*, 15 fév.)

Heidler-Heilborn (C. von). Ueber chronische Gicht. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 21 fév.) — De la goutte chronique.

Hödlmoser (C.). Beitrag zur Symptomatologie und Diagnose der in die Pulmonalis perforirenden Aneurysmen der Aorta ascendens. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 3-4.) — Symptomatologie et diagnostic des anévrysmes de l'aorte ascendante aboutissant à la perforation de l'artère pulmonaire.

Holowinski (A. von). Physikalische Untersuchung der Herztöne. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 3-4.) — Examen physique des bruits cardiaques.

Krokiewicz (A.). Magenkrebs in Folge von Ulcus rotundum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 fév.) — Cancer de l'estomac consécutif à un ulcère rond.

Laporte (Ch.). Erythème et colite. (*Bull. méd. de l'Algérie*, fév.)

Lecène (P.) et **Pagniez** (P.). Deux nouveaux cas de cancer juxta-hépatique primitif des voies biliaires. (*Arch. gén. de méd.*, fév.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Chatilov (P.). Des affections du cervelet (en russe). (*Vratch*, 10 et 17 fév.)

Crocq (J.). Contribution à l'étude du réflexe de Babinski. (*Journ. de neurol.*, 5 janv.)

Czyhlarz (E. von). Ein Fall von unter merkwürdigem Symptomencomplexe verlaufender Rückenmarksläsion. (*Wien. med. Presse*, 17 fév.) — Un cas d'affection médullaire se traduisant par un syndrome particulier.

Defendorf (A. R.). Periodical insanity. (*Philadelphia Med. Journ.*, 16 fév.) — Folie périodique.

Engelhardt et **Raybaud** (A.). Un nouveau cas de méningite cérébro-spinale à diplocoque de Weichselbaum. (*Marseille méd.*, 15 fév.)

Erlenmeyer (A.). Ueber die Bedeutung der Arbeit bei der Behandlung der Nervenkranken in Nervenheilanstalten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 fév.) — Le rôle du travail dans le traitement des maladies du système nerveux.

Eschle. Die Arbeit als Heilfactor. (*Therap. Monatsh.*, fév.) — Le travail comme moyen de traitement.

Eshner (A.). Paralysis agitans without tremor. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 fév.) — Paralysie agitante sans tremblement.

Garbini (G.). La cura dell'epilessia col metodo Richet. (*Riv. mens. di neuropatol. e psichiatria*, fév.)

Grant (Sir J.). The cerebral neurons in relation to memory and electricity. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 fév.)

Guthrie (L.). On a case of myasthenia gravis, pseudo-paralytica; death; necropsy; remarks. (*Lancet*, 9 fév.)

Guttenberg (A.). Ueber perineuritische Erkrankungen des Plexus sacralis und deren Behandlung. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 fév.) — Des affections périnévritiques du plexus sacré et de leur traitement.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Grassmann (K.). Klinische Untersuchungen an den Kreislaufsorganen im Frühstadium der Syphilis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 5-6 et LXIX, 1-2 et 3-4.) — Recherches cliniques sur l'état des organes de la circulation dans la phase de début de la syphilis.

Gravagna (M.). Sui lavacri dell'organismo coi sieri artificiali semplici e biclorurati in alcuni casi di sifilide ribelli al trattamento specifico. (*Gazz. degli Osped.*, 3 fév.)

Guérin (A.). Les injections mercurielles dans la syphilis. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 janv. et 3 fév.)

Hügel (G.) et **Holzhäuser** (K.). Mitteilungen über Syphilisimpfungen am Tiere. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 2.) — Recherches sur l'inoculation de la syphilis aux animaux.

Jessner. Die innere Behandlung der Hautleiden. In-8°, 48 p. Wurtzbourg. — Le traitement interne des affections cutanées.

Joseph (M.). Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. II. Teil : Geschlechtskrankheiten. 3e éd. In-8°, 439 p. avec fig. et planches en couleurs. Leipzig. — Traité des maladies des organes génitaux.

Lanz (A.). Ueber gonorrhoische Infection präputialer Gänge. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 2.) — De l'infection blennorrhagique du canal préputial.

Léquyer. Influence de la syphilis maternelle sur l'enfant. (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 et 16 fév.)

Leven (L.). Oleum terebinthinae rectific. bei Dermatomykosen, speziell bei Pityriasis versicolor und Herpes tonsurans. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 fév.)

CHIRURGIE

Curtis (B. F.). Cicatricial stricture of pharynx cured by plastic operation. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Czajkowski (J.). O wyborze metody operacyjnej i wskazaniach do leczenia doszczetnego przepuklin pachwinowych wolnych. (*Gaz. lekarska*, 9 et 16 fév. et 2 mars.) — Du choix du procédé opératoire et des indications de la cure radicale des hernies inguinales non étranglées.

Dandolo (A.). La resezione del ginocchio coi ramponi del Gussenbauer. (*Gazz. degli Osped.*, 3 fév.) — Résection du genou avec emploi des crochets de Gussenbauer.

Davis (G.). Laparotomy and cleansing of the peritoneum in a case of tuberculous peritonitis. (*Lancet*, 2 fév.) — Laparotomie avec nettoyage du péritoine dans un cas de péritonite tuberculeuse.

Dawbarn (R.). The technique of bloodless work. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 fév.) — La technique de l'hémostase chirurgicale.

Dayot (H.). Note sur un cas singulier d'appendicite et statistique opératoire des cas observés. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, X, 1.)

Denis (E.). Corps étranger de l'œsophage; un sou depuis neuf mois dans l'œsophage d'un enfant de quatre ans; dangers du panier de de Graefe; fistule œsophago-trachéale; œsophagotomie externe; mort le quinzième jour par bronchopneumonie. (*Bull. méd. de l'Algérie*, fév.)

Derocque (P.). Attitudes vicieuses; conséquences, prophylaxie. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 fév.)

Duchêsne. Ostéo-périostite traumatique du pubis; phlegmon hypogastrique; élimination de séquestres. (*Année méd. de Caen*, fév.)

Earles (W. H.). The skull and its contents. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 fév.) — Le crâne et son contenu.

Ehrmann (S.). Zur Casuistik der tuberculösen Geschwüre des äusseren Genitales. (*Wien. med. Presse*, 3 fév.) — Tuberculose des organes génitaux externes.

Elter (J.). Zur retrograden Sondierung des Œsophagus bei Aetzstrikturen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 3.) — Cathétérisme rétrograde de l'œsophage dans les cas de sténose consécutive à l'ingestion de liquides caustiques.

Fittig (O.). Ein Fall von scheinbar primärem Cancroid der Ulna. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 3.) — Un cas de cancer d'apparence primaire du cubitus.

Fraikin (A.). Corps étranger du rectum. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 fév.)

Fuchsig (E.). Zur Casuistik der Darmlipome. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 fév.) — Lipomes de l'intestin.

Godart-Danhieux. Un cas de tumeur gastrique. (*Policlinique*, 15 fév.)

Häberlin. Casuistische Beiträge zur Magenchirurgie. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 fév.) — Quelques cas de chirurgie gastrique.

Helbing (C.). Ueber Rissfracturen des Fersenhöckers. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 5-6.) — Fractures par arrachement de la tubérosité du calcanéum.

Hints (A. von). Fall von volarer Luxation des Zeigefingers. (*Pest. med.-chir. Presse*, 10 fév.) — Un cas de luxation complète de l'index gauche.

Honsell (B.). Ueber die Wundbedeckung mit der von Bruns'schen Airolpaste. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 3.) — Du pansement des plaies au moyen de l'emplâtre à l'aïrol préconisé par M. von Bruns.

Hoppe (H.). A report of seven operations for brain tumors and cysts. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 fév.) — Sept interventions pour tumeurs et kystes du cerveau.

Hughes (J.). New methods for the application of old principles in the treatment of fractures and deformities of limbs. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 fév.) — Nouveaux procédés de traitement des fractures et des déformations des membres.

Jacobson (N.). A hair-cast of the stomach; its successful removal by laparotomy. (*Med. News*, 16 fév.) — Extraction d'une boule de cheveux de l'estomac d'une fillette de onze ans.

Jedlicka (R.). O subarachnoïdálnich injekcich. (*Sbornik klinicky*, II, 3.)

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Hofbauer (J.). Eine neue Technik des Dammschutzes. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 fév.) — Un nouveau procédé pour protéger le périnée pendant la période d'expulsion.

Kabloukov (A.). Un cas de grossesse extra-utérine de sept mois, opérée par la voie vaginale (en russe). (*Méd. Obozr.*, fév.)

Klien (R.). Die operative und nicht operative Behandlung der Uterusruptur. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 2.)

Kouwer (B. J.). Eenige verloskundige waarnemingen bij bekkenvernauwing. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 avril.)

Kreutzmann (H. J.). Pregnancy and delivery complicated with tumors and neoplasms of the genital organs. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Krönig et Füth. Vergleichende Untersuchungen über den osmotischen Druck im mütterlichen und kindlichen Blute. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv. et fév.) — Recherches comparatives sur la tension osmotique du sang maternel et fœtal.

Kunze (W.). Ein Fall von Sturzgeburt. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 fév.) — Un cas d'accouchement précipité.

Lafond-Grellety. Du sérum gélatiné en gynécologie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 10 fév.)

Landau (L.). Ueber eine bisher nicht bekannte Form des Gebärmutterverschlusses. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 fév.) — Sur une forme non encore décrite d'occlusion de l'utérus.

Lichty (D.). Physiologic resuscitation of the stillborn. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 fév.) — Traitement rationnel de la mort apparente des nouveau-nés.

Magniaux. Etiologie et nature de la fièvre puerpérale. (*Normandie méd.*, 15 janv. et 1er fév.)

Mikhine (P.). Bactériologie de la cavité utérine et des trompes de Fallope chez les femmes non enceintes (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, fév.)

PÉDIATRIE

Bokay (J. von). Ueber das Intubationstrauma. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 5-6.)

Brudzinski (J.). O roli drobnoustrojow w chorobach przewodu pokarmowego niemowlat. (*Gaz. lekarska*, 2 et 9 fév.) — Du rôle des micro-organismes dans les affections du tube digestif chez les enfants.

Falkener (L.). Filatow's spots in morbilli. (*Lancet*, 2 fév.) — Le signe de Filatov-Koplik dans la rougeole.

Griffith (J. C.). Scurvy, not rheumatism. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 fév.) — Scorbut infantile.

Hare (H.). Scurvy and rickets in young children. (*Med. News*, 16 fév.) — Scorbut et rachitisme chez les jeunes enfants.

Hayd (H. E.). Convulsions with scarlet fever, and the report of a very severe case with perfect recovery, and important deductions from the treatment. (*Med. Record*, 23 fév.) — Un cas très grave de scarlatine compliquée de convulsions; réflexions générales sur le traitement de cette fièvre éruptive.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Abate (C.). Faringiti vicarianti. (*Gazz. med. lombarda*, 13 janv.)

Blum (R.). Erkrankungen der Nasenschleimhaut als Gewerbekrankheit der Drechsler. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 fév.) — Les affections de la pituitaire chez les tourneurs.

Brühl (G.) et **Politzer** (A.). Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde. In-8°, 264 p. avec 39 planches en couleurs. Munich, J. F. Lehmann.

Calhoun (A. W.). Some observations in mastoid operations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 fév.)

Citelli (S.). Ricerche batteriologiche dell'orecchio medio in condizioni normali. (*Arch. ital. di otol.*, XI, 1.)

De Rossi (C.). Opportunità della asportazione degli ossicini nelle otiti medie purulente. (*Policlinico*, 23 fév.)

Eckert (A.). Hydrorrhée nasale (en russe). (*Vratch*, 3 et 10 fév.)

Flatau (Th. S.). Ueber die Verwendung des Phonographen in der Pathologie und Therapie der Stimme. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 fév.) — De l'emploi du phonographe chez les sujets atteints de troubles de la phonation.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Binda (C.). Sulla diagnosi specifica del sangue per mezzo del siero reattivo. (*Giorn. di med. legale*, mars-avril.)

Brouardel (P.). L'avortement. In-8°, VIII-376 p. avec fig.

Carrara (M.). La crioscopia del sangue nella diagnosi medico-legale della morte per annegamento. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 1.)

Clayton (J. S.). A report on ten cases of poisoning by arsenetted hydrogen. (*Brit. Med. Journ.*, 16 fév.) — Dix cas d'empoisonnement par l'hydrogène arsenié.

Garnier (P.). Alcoolisme et criminalité. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.)

Krause (P.). Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der akuten Sublimatvergiftung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 fév.) — Un cas d'intoxication aiguë par le sublimé.

Livon et **Boinet**. Recherches physiologiques sur le poison des flèches des Somalis. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Austregesilo (A.). A não-accumulação da digitalis. (*Revista med. de S. Paulo*, 15 janv.)

Barette. Traitement du tétanos par les injections intra-cérébrales de sérum antitétanique. (*Année méd. de Caen*, fév.)

Bates (W. H.). The use of the aqueous extract of the suprarenal capsule as a hæmostatic. (*Med. Record*, 9 fév.)

Bosse (H.). Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Digitoxins und des Digitalisdialysates. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 23 fév.)

Buckmaster (A. H.). The sustaining treatment of typhoid fever, with special reference to the use of hypnotics. (*Med. News*, 23 fév.)

Bunch (J. L.). On protective inoculation and serum-therapy. (*Lancet*, 23 fév.)

Crook (J. K.). Recent progress in the treatment of acute lobar pneumonia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 16 fév.)

Deronde (E.). Quelques réflexions à propos du traitement de l'érysipèle. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 fév.)

Fischer (M.). Trionalgebrauch und rationelle Verwendung der Schlafmittel. (*Deutsche Praxis*, 10 et 25 fév.) — Emploi du trional et administration rationnelle des hypnotiques.

Heckel (E.). Contribution à l'étude des plantes médicinales et toxiques employées par les indigènes de la Côte d'Ivoire (Afrique occidentale). (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, janv.-fév.-mars.)

Jaboulay. Action locale et générale de la cocaïne. (*Lyon méd.*, 17 fév.)

Jordan (A. C.). On the uses of formalin in glycerine. (*Lancet*, 16 fév.)

Keirle (N. G.). The treatment of erysipelas. (*Philadelphia Med. Journ.*, 16 fév.)

Lemoine (G.). Sur l'emploi de la morphine. (*Nord méd.*, 15 fév.)

Löwenstein (E.). Die Desinfectionskraft des Camphers. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 fév.) — Le pouvoir désinfectant du camphre.

Mazzi (A.). L'ioduro di potassio e l'alcool etilico nella cura della polmonite crupale. (*Morgagni*, janv.)

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Congrès français de chirurgie en 1901.

La quatorzième session du Congrès français de chirurgie s'ouvrira à Paris le 21 octobre 1901.
Deux questions ont été mises à l'ordre du jour :
1° *Chirurgie de la rate;*
2° *Traitement des adénites tuberculeuses.*

Dans une de ses dernières séances l'Académie de médecine de Paris a élu comme correspondants étrangers MM. Istrati (de Bucharest) et Ladenburg (de Breslau).

L'infanticide au point de vue pénal en France.

Quelque temps avant la présentation au Sénat d'une proposition de loi tendant à modifier les articles 300 et 302 du Code pénal français (infanticide), nous avons fait connaître la législation des principaux pays d'Europe en ce qui concerne l'infanticide et nous avons montré combien trop sévères pour la mère criminelle étaient les dispositions pénales en France (Voir *Semaine Médicale*, 1896, Annexes, p. CCLV). A la suite de deux longues délibérations, le Sénat a adopté le principe de la proposition qui lui était soumise et après avoir, dans l'article 300, défini l'infanticide « le meurtre ou l'assassinat d'un enfant nouveau-né », il a modifié l'article 302, qui punit de mort tout coupable d'assassinat, de parricide et d'empoisonnement, par la disposition additionnelle que voici : « Toutefois, la mère, auteur principal ou complice de l'assassinat ou du meurtre de son enfant nouveau-né, sera punie dans le premier cas des travaux forcés à perpétuité, et dans le second des travaux forcés à temps, mais sans que cette disposition puisse s'appliquer à ses co-auteurs ou à ses complices. »

Avant de devenir loi, cette proposition doit encore être adoptée par la Chambre des députés. Il est malheureusement fort à craindre qu'elle ne fasse un très long stage au Palais-Bourbon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Adeline (E.). Contribution à l'étude clinique des polynévrites blennorrhagiques.

Balzer (E.). Contribution à l'étude de l'oblitération et de la compression de la veine cave supérieure.

Benoist (F.). Contribution à l'étude de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale avec lésions utérines prédominantes.

Bergenstein (A.). Contribution à l'étude de la forme apyrétique et de la forme fébrile prolongée de l'endocardite maligne.

Chancellay (L.). Contribution à l'étude de la psychose polynévritique.

Chiron du Brossay (R.). Contribution à l'étude des kystes à entozoaires de l'orbite.

Cotte (A.). Quelques recherches cliniques sur le pouls et la tension artérielle dans la variole.

Debret. La sélection naturelle dans l'espèce humaine (contribution à l'étude de l'hérédité convergente).

Depoutre (L.). L'oreille sénile : oreille moyenne; région mastoïdienne.

Hivet (G.). Contribution à l'étude du traitement des rétrodéviations de l'utérus par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (voie sus-pubienne).

Huchon (M.). Contribution à l'étude des atrésies vaginales et de leur rapport avec la grossesse.

Junqua (F.). Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde.

Lacroix (V.). Contribution à l'étude des manifestations osseuses de la fièvre typhoïde.

Lambert (L.). Du traitement des cancers.

Léculier (H.). Considérations à propos des syphilis d'emblée.

Le Maitre (P.). De la délivrance et des suites de couches dans les malformations utérines.

Leven (G.). De l'obésité.

Lombard (J.-A.). Contribution à l'étude physiologique du leucocyte.

Mathieu (J.). Contribution à l'étude du vertige et en particulier du vertige épileptique.

Mazaraky (G.). Le rôle des rats dans la propagation de la peste.

Naulet (H.). Contribution à l'étude du traitement des déviations de la colonne vertébrale par la gymnastique raisonnée.

Olivares (S.). Essai sur l'adénome malin de l'utérus.

Page (M.). De la cautérisation intra-utérine par l'acide nitrique dans les endométrites chroniques.

Petit (R.). Glycosurie dyspeptique et troubles digestifs dans le diabète.

Polaillon (H.). Contribution à l'histoire naturelle et médicale des moustiques.

Rialland (A.). Contribution à l'étude du traitement médical de l'épilepsie.

Ricoulleau (A.). Luxations congénitales de la rotule.

Siems (Ch.). Les pleurésies contemporaines de la pneumonie (pleurésies parapneumoniques).

Taranikoff (M[lle] E.). Du traitement de la scoliose chez les adultes.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Betagh (G.). Sulla presenza del tessuto celluloadiposo nelle glandole linfatiche. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 4.)

Cunéo (B.). Note sur les lymphatiques du testicule. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Fajersztajn (J.). Ein neues Silberimprägnationsverfahren als Mittel zur Färbung der Axencylinder; vorläufige Mitteilung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév.) — Un nouveau procédé d'imprégnation au nitrate d'argent pour la coloration des cylindres-axes.

Grünberg (C.). Beiträge zur vergleichenden Morphologie der Leukocyten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 2.) — Morphologie comparée des leucocytes.

Gudden. Ueber eine neue Modification der Golgi'schen Silberimprägnirungsmethode. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév.) — Sur une nouvelle modification de la méthode de Golgi.

Mayet. Quelques remarques sur les meilleurs moyens à employer pour pratiquer avec exactitude la numération totale des globules blancs du sang. (*Lyon méd.*, 3 fév.)

Möller (J.). Undersögelser over den komparative anatomi af larynksmuskulaturen hos pattedyrene med sœrligt henblik paa mennesket. (*Thèse de Copenhague.*)

Sabrazès (J.) et **Muratet** (L.). Technique de l'examen des liquides séreux normaux et pathologiques; contribution à l'étude histologique de la sérosité péritonéale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 3 fév.)

Winkler (K.). Die Placentarstelle des graviden menschlichen Uterus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 2.) — Histogenèse du placenta humain.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Courmont (J.) et **Pehu**. Variabilité de la température rectale dans le tétanos expérimental suivant l'espèce et l'âge de l'animal. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Cristiani (H.). Nouvelles expériences de greffe thyroïdienne chez les mammifères. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Czyhlarz (E. von) et **Donath** (J.). Experimentelle Untersuchungen zur Lehre von der Entgiftung. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 2.) — Recherches expérimentales sur la défense de l'organisme contre les poisons.

Friedmann (F.). Experimentelle Studien über die Erblichkeit der Tuberkulose : Die nachweislich mit dem Samen direkt und ohne Vermittelung der Mutter auf die Frucht übertragene tuberkulöse Infektion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 fév.) — Recherches expérimentales sur la transmission héréditaire de la tuberculose.

Harley (V.) et **Barratt** (W.). The experimental production of hepatic cirrhosis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.)

Hektoen (L.). Experimental bacillary cirrhosis of the liver. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.)

MÉDECINE

Lyonnet (B.) et **Vincens** (F.). De l'aérophagie et des troubles gastriques qui l'accompagnent. (*Lyon méd.*, 10 fév.)

Manges (M.). The causes of failure of compensation in diseases of the heart. (*Med. Record*, 16 fév.) — Des causes des troubles de la compensation dans les cardiopathies.

Marcy (A.). Movable kidney, from the standpoint of the general practitioner. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 fév.) — Le rein mobile.

Mayer (M[lle] von). Peut-il se produire après thoracentèse un pneumothorax *ex vacuo?* (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév.)

McKenzie (D.). Carcinoma of the liver at the age of 24 years. (*Brit. Med. Journ.*, 2 fév.) — Cancer du foie chez une femme de vingt-quatre ans.

Mendelsohn (M.). Die Prophylaxe der Herzkrankheiten. In-8°, 30 p. Munich. — Prophylaxie des maladies du cœur.

Menzer. Zur Aetiologie des akuten Gelenkrheumatismus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 fév.) — De l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu.

Pollaci (G.). Della meningite secondaria alla pneumonite crupale, specie della forma latente. (*Riforma med.*, 16, 18 et 19 fév.)

Prince (M.). Physiological dilatation and the mitral sphincter as factors in functional and organic disturbances of the heart. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Rabajoli (C. R.). Sul morbo di Flaiani. (*Gazz. degli Osped.*, 10 fév.) — Du goitre exophtalmique.

MALADIES INFECTIEUSES

Colla (V.). Tubercolosi miliare : meningite tubercolare od infezione tifosa? (*Riforma med.*, 26 et 27 fév.)

Dupuy (A.) et **Thiry** (G.). Essai de sérothérapie (sérum de bœuf) dans un cas de morve humaine paraissant suivi de guérison. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Fanelli (G.). La peste bubbonica nell'India e l'uso del siero Lustig-Galeotti. (*Clinica moderna*, 6 fév.)

Fawcett (J.) et **Pakes** (W.). A case of subacute glanders. (*Lancet*, 16 fév.) — Un cas de morve subaiguë.

Galli-Valerio (B.). Ueber den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse der Malaria. (*Therap. Monatsh.*, fév.) — De l'état actuel de nos connaissances sur la malaria.

Gallo (N.). Parotite idiopatica epidemica. (*Gazz. degli Osped.*, 3 fév.)

Klein (E.). Remarks on agglutination by plague blood. (*Lancet*, 16 fév.) — Quelques remarques sur l'agglutination des bacilles pesteux par le sang de sujets atteints de peste.

Koziell (L.). Vérification de la loi de Treille en pays palustre. (*Bull. méd. de l'Algérie*, fév.)

Lignières (J.). Sur la « tristeza ». (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Lo Monaco (D.) et **Panichi** (L.). L'azione dei farmaci antiperiodici sul parassita della malaria; contributo allo studio delle perniciose. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 3.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Hudovernig (C.). Ein Fall von chronischer Polioencephalitis superior. (*Pest. med.-chir. Presse*, 17 fév.) — Un cas de polio-encéphalite chronique supérieure.

Ingelrans. Sciatique spasmodique compliquant une arthrite sèche de la hanche chez un vieillard; purpura à vastes ecchymoses sur le trajet du nerf; radiographie. (*Echo méd. du Nord*, 17 fév.)

Jacobsohn (L.). Ueber den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes. (*Berlin. Klinik*, fév.) — Sur l'état actuel de la pathogénie et de la thérapeutique du tabes.

Kojoukharov (I.). Trois cas de paralysie radiale d'origine traumatique (en bulgare). (*Spis. na sofiésk. med. drouj.*, fév.)

Laache (S.). Om St. Veitsdans og lignende tilstande. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, fév.)

Laignel-Lavastine. Myopathie primitive progressive. (*Arch. gén. de méd.*, fév.)

Lukács (H.). Diplegia facialis hysterica. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 fév.)

Mann (L.). Ueber einen Fall von hysterischer sensorischer Aphasie (Sprachtaubheit) bei einem Kinde. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 fév.) — Un cas de surdité verbale hystérique chez une fillette de sept ans.

Mayer (E.). Evolutional and involutional types of mental and nervous disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 fév.)

McBride (J. H.). Mental symptoms of cerebral syphilis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 fév.)

Mendel (K.). Ein Fall von Myasthenia pseudoparalytica gravis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév.)

Mesnard (L.). Céphalalgie épileptique; spasme œsophagien de nature hystérique. (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, janv. et fév.)

Mitchell (E. W.). Preventive treatment of migraine. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 fév.)

Oddo (G.). Etude sur la localisation des symptômes de la chorée de Sydenham. (*Rev. de méd.*, janv. et fév.)

Pick (A.). Ueber transitorische Beeinflussung des Kniephänomens durch cerebrale Affectionen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 fév.) — De l'influence transitoire exercée par certaines affections cérébrales sur le réflexe rotulien.

Smith (R. P.). Case of adult general paralysis with congenital syphilis. (*Brit. Med. Journ.*, 16 fév.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Maclaren (R.). On the treatment of superficial syphilitic gummata. (*Brit. Med. Journ.*, 9 fév.)

Méchtchersky (G.). De l'atrophie idiopathique acquise progressive de la peau (en russe). (*Méd. Obozr.*, fév.)

Möller (M.). Fortgesetzte Beobachtungen über Lungenembolie bei Injection von unlöslichen Quecksilberpräparaten. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 2.) — Nouvelles observations relatives à l'embolie pulmonaire due à l'injection de préparations insolubles de mercure.

Morris (M.) et **Dore** (S. E.). Remarks on Finsen's light treatment of lupus and rodent ulcer. (*Brit. Med. Journ.*, 9 fév.)

Notthafft (A. von). Taschenbuch der Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen. 2e éd. In-12, VIII-245 p. Munich.

Packard (F.). Aural manifestations of syphilis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 fév.)

Pelagatti (M.). Ueber das Verhalten der im Lupusgewebe eingeschlossenen Gebilde. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 fév.) — Sur les inclusions cellulaires qu'on trouve dans les tissus atteints de lupus.

Philippson (L.). Ueber Phlebitis nodularis necrotisans (Beitrag zu dem Studium der Tuberculides von Darier). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 2.)

Pospelow (A.). Syphilis der Enkelin. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 2.) — Syphilis des petits enfants.

Pott (R.). Das Schicksal hereditär-syphilitischer Kinder. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 fév.) — Le sort des enfants hérodo-syphilitiques.

Rossi (A.) Cura della pityriasis capitis. (*Gazz. degli Osped.*, 17 fév.)

CHIRURGIE

Joachimsthal. Zur Behandlung des Schiefhalses. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 fév.) — Traitement du torticolis.

Julié. Le traitement des hémorrhoïdes. (*Loire méd.*, fév.)

Killian (G.). Zur Geschichte der Oesophago- und Gastroskopie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 5-6.)

Kopfstein (V.). Zpráva o 205 operacich prutrze provedenych ve verejné okresni nemocnici cisare Frantiska Josefa I. v Mladé Boleslavi. (*Casopis lékaru ceskych*, 2, 9 et 16 fév.) — 205 opérations de hernies.

Körte (W.) et **Herzfeld** (J.). Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs und seiner Folgezustände (Pylorusstenose, Magenerweiterung, Blutung). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 1.) — Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et de ses conséquences (sténose du pylore, gastrectasie, hémorrhagie).

Kunik (E.). Ueber die Funktionserfolge der Sehnenüberpflanzungen bei paralytischen Deformitäten, insbesondere nach der spinalen Kinderlähmung. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 fév.) — Sur les résultats fonctionnels des transplantations tendineuses pour déformations d'origine paralytique, surtout à la suite de la paralysie spinale infantile.

Lagoutte. Contusion grave de l'abdomen; rupture de l'intestin; laparotomie; guérison. (*Lyon méd.*, 17 fév.)

Lanz (O.). Leontiasis mit generalisirtem Fibroma molluscum. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 5-6.)

Lauenstein (C.). Zur Beurteilung der inneren Weichteilverletzungen des Kniegelenkes und der Quelle der Blutung bei Haemarthros genu. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 9 fév.) — Sur l'appréciation des lésions internes des parties molles de l'articulation et sur la recherche de la source de l'hémorrhagie dans les hémarthroses du genou.

Lebesgue (C.). De la luxation du coude. (*Clinique*, 22 fév.)

Le Fort (R.). Contusion de l'abdomen; rupture du foie; mort rapide. (*Echo méd. du Nord*, 17 fév.)

Lennander (K. G.). Ueber die Sensibilität der Bauchhöhle und über lokale und allgemeine Anästhesie bei Bruch- und Bauchoperationen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 23 fév.) — De la sensibilité de la cavité abdominale, et de l'anesthésie locale et générale dans les opérations pour hernies et dans les laparotomies.

Leonard (Ch. L.). The value and accuracy of the Röntgen method of diagnosis in cases of fracture. (*Med. News*, 23 fév.) — La valeur diagnostique de l'examen au moyen des rayons de Röntgen dans les cas de fracture.

Lieffring (E.). Kyste hydatique du deltoïde. (*Touraine méd.*, fév.)

Lindfors (A.). Zur Frage der Heilungsvorgänge bei tuberkulöser Peritonitis nach Bauchschnitt mit oder ohne weitere Eingriffe. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 fév.) — Guérison de la péritonite tuberculeuse après la laparotomie avec ou sans autre intervention.

Loison (E.). Du traitement chirurgical de la péritonite suppurée diffuse consécutive à la perforation typhoïdique de l'intestin grêle. (*Rev. de chir.*, fév.)

Lorenz (H.). Die isolirte Fractur des Tuberculum minus humeri. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 5-6.)

Macdonald (W. G.). The improved technique in the operative surgery of carcinoma of the stomach. (*Ann. of Surgery*, fév.) — Les perfectionnements dans la technique de la chirurgie du cancer de l'estomac.

Marion (G.) et **Gandy** (Ch.). L'adénite subaiguë de l'aine à foyers purulents intra-ganglionnaires, prétendue « simple ». (*Arch. gén. de méd.*, fév.)

Martin (C.). De l'utilité du traitement des caries des molaires temporaires. (*Lyon méd.*, 3 fév.)

Matanowitsch (S.). Zur Kasuistik der Spontangangrän nach den Beobachtungen der Heidelberger chirurgischen Klinik aus den Jahren 1890-1900. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 3.) — Observations de gangrène spontanée recueillies à la clinique chirurgicale de Heidelberg pendant la période de 1890 à 1900.

McCurdy (D. A.). Trephining in intracranial suppuration the result of fracture. (*Brit. Med. Journ.*, 16 fév.)

Miller (H. T.). The clinical significance of dulness in appendicitis. (*Med. Record*, 9 fév.) — Signification clinique de la matité [de la région appendiculaire] dans l'appendicite.

Mohr (H.). Schussverletzungen durch kleinkaliberige Gewehre, speciell nach den Erfahrungen der letzten Feldzüge. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 1 et 2.) — Blessures par armes à feu de petit calibre, étudiées surtout d'après les données des dernières campagnes.

Morison (R.). The diagnosis and treatment of abscess in connexion with the vermiform appendix. (*Lancet*, 23 fév.)

UROLOGIE

Casper (L.) et **Richter** (P. F.). Functionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie. In-8o, 156 p. avec fig. Vienne. — Le diagnostic de l'état fonctionnel des reins, surtout au point de vue chirurgical.

Eisner (Th.). Subcutane Ruptur der Harnblase; operative Heilung. (*Prag. med. Wochensch.*, 21 et 28 fév. et 7 mars.) — Rupture de la vessie; cure opératoire.

Fränkel (M.). Die Samenblasen des Menschen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Topographie, Gefässversorgung und ihres feineren Baues. In-4o, 21 p. avec planches. Berlin. — Les vésicules séminales de l'homme : topographie, vaisseaux et anatomie fine.

Frenkel (H.) et **Cluzet** (J.). Recherches sur la tension superficielle des urines. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Gubaroff (A. von). Ueber ein Verfahren zur Restitution des durchschnittenen Ureters vermittels direkter Vernähung desselben. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 2 fév.) — La reconstitution de l'urèthre sectionné par la suture directe.

Löb (R.). Die Desinfectionsfrage in der Urologie und Chirurgie. (*Monatsb. f. Urologie*, VI, 2.)

OPHTALMOLOGIE

Baquis (E.). La reazione pupillare come elemento diagnostico differenziale tra l'amaurosi isterica e quella da nevrite retro-bulbare. (*Ann. di ottalmol.*, XXX, 1.)

Gonin. Le scotome annulaire dans la dégénérescence pigmentaire de la rétine. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Guiot. Brûlure de l'œil par du cuivre. (*Année méd. de Caen*, fév.)

Guirguinov. Un cas de purpura hémorrhagique de la rétine (en bulgare). (*Spis. na sofiésk. méd. drouj.*, fév.)

Heimann (E.). Ueber die modificirte offene Wundbehandlung nach Bulbusoperationen. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 fév.) — Le traitement à ciel ouvert des plaies résultant des interventions sur le globe oculaire.

Hess (W.) et **Leber** (Th.). Bericht über die 28. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft. Heidelberg, 1900. In-8o, IX-242 p. avec fig. et planches en couleurs. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — Compte rendu de la 28e Assemblée de la Société ophtalmologique, tenue à Heidelberg en 1900.

Koster (W.). Bijdrage tot de kennis der ophthalmomalacie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 avril.)

Ligorio (E.). Per la casistica delle cisti dermoidi orbitarie. (*Clinica moderna*, 20 fév.)

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Neugebauer (F.). 70 Beobachtungen von schwieriger Entfernung des kindlichen Schädels oder einzelner Knochen desselben ex utero bei mehr oder weniger protrahirter Retention nach Dekapitation oder Abreissung des Rumpfes vom Schädel bei Extraktion des Kindes an den Füssen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 et 23 fév.) — 70 cas d'extraction laborieuse du crâne ou de certains os du fœtus retenus dans l'utérus après décapitation opératoire ou accidentelle.

Noble (Ch. P.). The new formation of the female urethra, with report of a case. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.) — Uréthroplastie chez la femme.

Palm (H.). Beitrag zur Vaccination Schwangerer, Wöchnerinnen und Neugeborener. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 2.) — Recherches sur la vaccination des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nouveau-nés.

Parsons (J. I.). Persistent metrorrhagia. (*Lancet*, 23 fév.)

Queirel. De la basiotripsie. (*Marseille méd.*, 1er fév.)

Reinprecht (L.). Exstirpation einer rechtsseitigen Ovarialcyste durch linksseitigen Leistenschnitt. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 fév.) — Extirpation d'un kyste ovarien droit à travers une incision inguinale pratiquée du côté gauche.

Satullo (S.). Sopra un caso tipico di tosse uterina. (*Gazz. degli Osped.*, 17 fév.)

Schäffer (O.). Atlas-manuel d'obstétrique clinique et thérapeutique. (Trad. de l'allemand par J. Potocki.) In-16, 472 p. avec 73 planches.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Gaudier (H.). Note sur le traitement de la rhinite hypertrophique par l'injection sous-muqueuse de chlorure de zinc (procédé de Hamm). (*Echo méd. du Nord*, 17 fév.)

Hippel (R. von). Zur Totalexstirpation des Kehlkopfes. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 1.) — Extirpation totale du larynx.

Knapp (H.). Suppurative tympano-mastoiditis in children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 fév.) — Tympano-mastoïdite chez les enfants.

König (A.). Adhesion of the soft palate to the posterior wall of the pharynx. (*Philadelphia Med. Journ.*, 16 fév.) — Adhérences entre le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx.

Makuen (G. H.). The diagnosis and treatment of some functional forms of defective speech. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 fév.) — Diagnostic et traitement de certains troubles fonctionnels de la parole.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Baudry, professeur de pathologie externe, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. de Lapersonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur H. Braus, privatdocent à la Faculté de médecine de Wurtzbourg, est nommé professeur extraordinaire d'anatomie.

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur F. Maurer, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Heidelberg, est nommé professeur ordinaire d'anatomie, en remplacement de M. Max Fürbringer.

Faculté de médecine de Leipzig. — MM. les docteurs K. Menge et B. Krönig, privatdocenten de gynécologie, sont nommés professeurs extraordinaires.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur O. Kukula, privatdocent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Richard Peters est nommé privatdocent de pédiatrie.

Philadelphia Polyclinic. — M. le docteur Francis R. Packard est nommé professeur d'otologie, en remplacement de M. R. W. Seiss, démissionnaire.

VARIA

Congrès international des sciences médicales en 1903.

Le quatorzième Congrès international des sciences médicales se tiendra à Madrid du 23 au 30 avril 1903.

NÉCROLOGIE

M. le docteur de Lacaze-Duthiers, professeur à la Faculté des sciences de Paris, associé libre de l'Académie de médecine. — M. le docteur Hameau, vice-président de l'Association générale des médecins de France. — M. le docteur Michou, ancien député de l'Aube. — M. le docteur E. Tordeus, agrégé à la Faculté de médecine de Bruxelles. — M. le docteur H. von Widerhofer, professeur de pédiatrie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Carsten Holthouse, ancien lecteur de chirurgie à Westminster Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur L. Wolff, ancien professeur de médecine au Woman's Medical College of Pennsylvania de Philadelphie.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1900* inclusivement (18 années) absolument complètes, soit les 20 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 182 francs pour la France, 220 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1900, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Bluysen (R.). Contribution à l'étude clinique des streptococcies généralisées chez l'homme.

Bocquet (A.). La tuberculose à Reims.

Boileau (G.). Traitement mécanique de la scoliose des adolescents.

Bouroullec (E.). Contribution à l'étude de l'ozène et de son traitement.

Braoudé (M[lle] N.). Contribution à l'étude de l'obésité chez les enfants.

Cotte (H.-J.). Notes biologiques sur le *Suberites domuncula* (spongiaires).

Dartigues (L.). Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes.

Dauzats (E.). Recherches sur la contagiosité de la pelade.

Dugué (P.). Contribution à l'étude clinique de l'épithélioma de la lèvre inférieure.

Fotiadès (Ph.-A.). Du traitement de l'ectopie testiculaire inguinale.

Gourari (M[me]). Contribution à l'alimentation intensive des typhiques.

Guillaumont (A.). Contribution à l'étude des principales complications des vulvo-vaginites chez les petites filles.

Hardouïn (P.). De la composition de l'urine dans la dermatite polymorphe douloureuse.

Jalaguier (A.). Le cacodylate de soude dans la tuberculose pulmonaire et quelques autres affections.

Jousseaume (M.). Sur quelques parasites producteurs de maladies, introduits dans l'organisme par l'eau.

Kahn (U.). Les opérations conservatrices de la trompe.

Loustau (P.-A.). Des tuberculoses cutanées consécutives aux fièvres éruptives et en particulier à la rougeole.

Mallet (J.). Contribution à l'étude des indications opératoires chez les aliénés libres ou internés (obsédés et hypocondriaques).

Mieulet (E.). L'hygiène à la Maison de Nanterre; morbidité, mortalité; statistique de 1890 à 1900.

Mulon (P.). Applications médicales de la cryoscopie.

Paugam. Contribution à l'étude de la maladie de Barlow en France.

Perreau (H.). Du traitement de la pneumonie et en particulier de l'action de l'ipéca en lavage dans cette maladie.

Proust (R.). Contribution à l'étude des récidives de la fièvre typhoïde.

Prudhomme (M.-L.). Les stigmates de la blennorrhagie chez la femme.

Raynaud (Ch.). Le sanatorium d'Argelès.

Sahannat (H.). Contribution à l'étude des fractures itératives de la rotule consécutivement à la suture.

Tarnaud (R.). Etude sur les calculs de la prostate.

Thiollier (M.). Quelques considérations sur la marche normale et les causes du retard de la marche chez l'enfant.

Tillé (Ch.). Les traitements opothérapiques de la maladie de Basedow.

Trenaunay (P.). Recherches pathogéniques et cliniques sur le rêve prolongé; délire consécutif à un rêve prolongé à l'état de veille.

Vaillant (J.). De la hernie inguino-superficielle.

PHYSIOLOGIE

Gengou (O.). Contribution à l'étude de l'origine de l'alexine des sérums normaux. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév. et avril.)

Prevost (J.) et **Battelli** (F.). Expériences relatives au rôle de la rate dans la digestion pancréatique de l'albumine. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév.)

Pugnat (Ch.-A.). Recherches sur les modifications histologiques des cellules nerveuses dans la fatigue. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Steudel (H.). Ueber die obere Temperaturgrenze des Lebens. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 fév.) — La température [extérieure] maxima compatible avec la vie.

Verworn (M.). Ermüdung und Erholung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 fév.) — La fatigue et le repos.

Wertheimer (E.) et **Gaudier** (H.). De l'influence du cordon cervical du sympathique sur la fréquence des mouvements du cœur chez l'homme. (*Echo méd. du Nord*, 24 fév.)

MÉDECINE

Forestier (H.). De la spondylose rhumatismale ou rhumatisme vertébral chronique; sa forme pseudo-névralgique. (*Arch. gén. de méd.*, juillet et août.)

Schmidt (R.). Ueber klinische Beobachtung der « Anspannungszeit » auf Grund der Spitzenstoss-Pulsretardation und ihre Bedeutung für die Diagnose der Mitralklappeninsufficienz. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 2.) — Le retard du pouls sur le choc de la pointe et la signification de ce phénomène au point de vue du diagnostic de l'insuffisance mitrale.

Stiller (B.). Ueber diarrhoische und obstipatorische Albuminurie. (*Wien. med. Wochensch.*, 9 fév.)

Supino (R.). Ricerche semeiologiche e cliniche sulla funzione meccanica dello stomaco. (*Policlinico*, 2 fév.)

Vierordt (O.). Diagnostik der inneren Krankheiten auf Grund der heutigen Untersuchungsmethoden. 6e éd. In-8o, 711 p. avec fig. Leipzig. — Diagnostic des maladies internes basé sur les nouvelles méthodes de recherche (examen clinique).

Viérujsky (D.). Les cardiopathies au début chez les militaires (en russe). (*Vratch*, 24 fév.)

Wassermann (M.). Ein durch Gelingen der Reinkultur bewiesener Fall von Endocarditis gonorrhoica. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 fév.) — Un cas d'endocardite blennorrhagique dans lequel on a obtenu une culture pure de gonocoques.

CHIRURGIE

Morris (R. T.). A method of fixation for loose kidneys. (*Med. Record*, 23 fév.) — Un procédé de néphropexie.

Moschcowitz (A.). Remarks upon the construction of amputation-stumps, with a report of two cases of amputation by the osteoplastic method of Bier. (*Med. News*, 9 fév.) — Quelques remarques sur la confection des moignons d'amputation; deux cas d'amputation d'après la méthode ostéoplastique de Bier.

Moty. Kyste dermoïde sus-hyoïdien suppuré. (*Echo méd. du Nord*, 17 fév.)

Murphy (J. B.). Analgesia from spinal subarachnoidean cocainization. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 fév.)

Musser (J. H.) et **Wharton** (H. R.). Perforating ulcer of the stomach; operation; recovery. (*Philadelphia Med. Journ.*, 16 fév.)

Neumann (A.). Zur chirurgischen Behandlung der Magendilatation bei Pylorospasmus und bei Hyperacidität. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 3-4.) — Traitement chirurgical de la dilatation de l'estomac dans les cas de spasme du pylore et d'hyperacidité.

O'Hara (M.). A method of performing anastomosis of hollow viscera by a new instrument. (*Ann. of Surgery*, fév.) — Un procédé d'anastomose des organes creux.

Oppel (W. von). Beitrag zur Frage der Fremdkörper im Herzen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 1.) — Corps étrangers du cœur.

Orlov (W.). Beitrag zur Frage der Methoden der operativen Behandlung der nach Laparotomie entstehenden Hernien der Linea alba. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 13 et 16 fév.) — Sur le choix du procédé de traitement opératoire des hernies post-laparotomiques de la ligne blanche.

Pauchet (V.). Anus artificiel et fistules stercorales; leur traitement. (*Nord méd.*, 15 fév.)

Petersen (W.). Ueber die Behandlung brandiger Brüche. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 et 28 fév. et 7 mars.) — Traitement des hernies gangrenées.

Phelps (A. M.). Radical cure of inguinal hernia. (*Med. Record*, 2 fév.)

Popper. Ein neues Verfahren zur Behandlung der Kniescheibenbrüche. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 9 fév.) — Un nouveau procédé de traitement des fractures de la rotule.

Pozzan (T.). Contributo all'operazione del Talma nell'ascite. (*Gazz. degli Osped.*, 24 fév.)

Pupovac (D.). Zur Casuistik der Penissarkome. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 5-6.)

Quénu (E.) et **Judet**. De la péritonisation dans les laparotomies. (*Rev. de chir.*, fév.)

Rasumowsky (W.). Beiträge zur Frage über die operative Behandlung der Echinokokken; provisorische Fixirung der vernähten Bauchorgane an die Bauchwand. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 1.) — Traitement opératoire des kystes hydatiques; fixation provisoire des viscères suturés à la paroi abdominale.

Ritter (P.). Zahn- und Mundleiden mit Bezug auf Allgemein-Erkrankungen. 2e éd. In-8o, 376 p. avec planches. Berlin. — Les affections de la bouche et des dents dans leurs rapports avec les maladies générales.

Robinson (E. F.). Gunshot wounds in the Philippino-American war. (*Ann. of Surgery*, fév.) — Les blessures par armes à feu dans la guerre hispano-américaine.

Rosa (U.). Intorno alla tecnica operativa nei traumi cardiaci. (*Policlinico*, 9 fév.)

Safford (H. E.). Congenital umbilical hernia; report of a case and table of cases hitherto reported. (*Philadelphia Med. Journ.*, 23 fév.) — Relation d'un cas de hernie ombilicale congénitale, suivie d'une liste des cas analogues publiés antérieurement.

Sarfert (H.). Die operative Behandlung der Lungenschwindsucht. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 fév.) — Le traitement chirurgical de la phtisie pulmonaire.

Schmidt (M.). Zur Casuistik der Wirbelosteomyelitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 5-6.) — De l'ostéomyélite des vertèbres.

Schnitzler (J.). Ueber einige Formen intraabdominaler Eiterung und deren Behandlung. (*Wien. med. Presse*, 10, 17 et 24 fév.) — Sur quelques formes de suppuration intra-abdominale et sur leur traitement.

Schumacher (H.). Beitrag zur Frage der Desinficierbarkeit der Haut. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 3.) — Sur l'aseptisation de la peau.

Seitz (J.). Chloräthyl-Tod. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 fév.) — Un cas de mort par narcose au chlorure d'éthyle.

Solieri (S.). Linfangite neuropatica recidivante. (*Riforma med.*, 5 fév.)

Staffel (F.). Luxation des Os scaphoïdeum und des Os lunatum. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 1.)

Starck (J.). Zwei Fälle cystischer Pankreasgeschwülste. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 3.) — Deux cas de tumeurs kystiques du pancréas.

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Schaller (L.). Ueber die Anzeigen zur palliativen und radikalen Behandlung der Uterusmyome. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 fév.) — Des indications du traitement palliatif et de la cure radicale des fibromes de l'utérus.

Schröder (H.). Zur Kaiserschnittsfrage. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv. et fév.) — De l'opération césarienne.

Schwarzwäller (G.). Zur Fruchtabtreibung durch Gifte. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 fév.) — De l'avortement par intoxication.

Seeligmann (L.). Zur Behandlung der rückwärts gelagerten, schwangeren, incarcerirten Gebärmutter. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 fév.) — Traitement de la rétroversion adhérente de l'utérus gravide.

Webster (J. C.). Cesarean section on a girl thirteen years old. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.) — Opération césarienne pratiquée chez une jeune fille de treize ans.

PÉDIATRIE

Hültl (F.). Durch Operation geheilter Nabelschnurbruch (Omphalocele congen.). (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 2.) — Omphalocèle congénitale traitée avec succès par l'intervention opératoire.

Illoway (H.). Infantile colic and colic in infants. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 fév.)

Iovane (A.). Nefrite tossicoemica in un bambino di anni tre e mezzo. (*Pediatria*, fév.)

Japha (A.). Die Leukocyten beim gesunden und kranken Säugling : Die Leukocyten bei den Verdauungskrankheiten der Säuglinge. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 2.) — Les leucocytes dans les affections du tube digestif des nourrissons.

Kieseritzky (G.). Ueber Frauenmilch-Untersuchungen vom klinischen Standpunct. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 2 fév.) — De l'examen du lait de femme au point de vue clinique.

Malvicino (P.). Sui disturbi della prima dentizione e loro cura. (*Gazz. med. di Torino*, 28 fév.)

TÉRATOLOGIE

Bonnet. Zur Aetiologie der Embryome. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.)

Chapot-Prévost (E.). Etudes de chirurgie tératologique; limites de l'opérabilité des tératopages avec l'observation d'un nouveau xiphopage vivant du sexe masculin. In-8°, 135 p. avec fig.

Ruggiero (E.). Un caso di notevoli deformità congenite delle dita delle mani e dei piedi. (*Ann. di med. navale*, mai.)

Steinhaus (F.). Beitrag zur Casuistik und Aetiologie des congenitalen Tibia-Defectes im Verein mit einigen anderen Missbildungen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 2.) — L'absence congénitale du tibia dans ses rapports avec quelques autres malformations.

Sternberg (L.). Ein Fall von Ischiopagus. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 janv.)

Vetter (W. J.). Een geval van situs inversus viscerum completus met complicaties. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 mai.)

HYGIÈNE

Bail (O.). Zur Frage nach der Entstehung von Fleischvergiftungen. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 fév.) — De la pathogénie du botulisme.

Fazio (E.). Stato igienico-sanitario d'Europa prima del secolo XIX ed effetti delle riforme compiute alla seconda metà del secolo. (*Riv. internazion. d'igiene*, XII, 1.)

Frassi (A.). Profilassi della anchilostomiasi. (*Clinica moderna*, 13 fév.)

Granjux. De la fréquence de la tuberculose dans l'armée. (*Rev. de la tuberculose*, fév.)

Munson (L.). The theory and practice of military hygiene. In-8°, 971 p. avec fig. New York.

Pizzini (L.). Microbiologia; perchè e come dobbiamo diffenderci dai microbi; malattie infettive; disinfezioni; profilassi. In-12, 141 p. Milan. U. Hoepli.

Schütze (A.). Ueber ein biologisches Verfahren zur Differenzirung der Eiweissstoffe verschiedener Milcharten. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 1.) — Sur un procédé de différenciation des substances albuminoïdes contenues dans les diverses espèces de lait.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Madia (E.). Traumatismi del cuore dal punto di vista medico-legale. (*Ann. di med. navale*, fév.)

Pastena (A.). Contributo clinico alla malattia di Gilles de la Tourette ed alla sua applicazione in medicina legale. (*Incurabili*, 1er-15 janv.)

Raimondi (C.). Sul comportamento spettroscopico del sangue con ossido di carbonio abbandonato alla putrefazione. (*Riforma med.*, 14 et 15 fév.)

Raymondaud (G.). Un fétichiste acrobate. (*Limousin méd.*, fév.)

Reichert (E.). The phenomena of atropin poisoning following the cessation of the respiratory movements. (*Philadelphia Med. Journ.*, 19 janv.)

Steingiesser (F.). Sexuelle Irrwege; eine vergleichende Studie aus dem Geschlechtsleben der Alten und Modernen. In-8°, XVIII-192 p. Berlin. — Les perversions sexuelles; étude comparative de la vie sexuelle chez les anciens et chez les modernes.

Sulzer (D.). L'acuité visuelle au point de vue médico-légal. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Tunnicliffe (F.) et **Rosenheim** (O.). Selenium compounds as factors in the recent beer-poisoning epidemic. (*Lancet*, 2 fév.) — Les composés de sélénium comme cause de la récente épidémie d'empoisonnements par la bière.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Majnoni (R.). Manuale del massaggio. In-12, 179 p. avec fig. Milan. U. Hoepli.

Moritz (E.). Belladonna-Behandlung bei Darmsperre. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 16 fév.) — Traitement de l'occlusion intestinale au moyen de la belladone.

Pässler (H.). Zur Behandlung der fibrinösen Pneumonie. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 et 26 fév.)

Peck (J. M.). Treatment of typhoid fever, with bactericidal in connection with other agents, and some consequent deductions. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 fév.)

Pullé (F.). L'iniezione alla Bier nella sciatica. (*Riforma med.*, 22 fév.) — La cocaïnisation médullaire contre la névralgie sciatique.

Rostovtzev (M.). Traitement du tétanos (en russe). (*Vratch*, 24 fév.)

Schreiber (E.). Arzneiverordnungen für den Gebrauch des praktischen Arztes. 5e éd. In-12, 248 p. Francfort. — Formulaire à l'usage des praticiens.

Schumburg. Zur Desinfektion des Harns bei Typhusbakteriurie durch Urotropin. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 fév.)

Smith (F.). The treatment of typhoid fever. (*Lancet*, 2 fév.)

Stich (K.). Zur Phosphorölfrage. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 fév.) — De l'huile phosphorée.

Strasser (A.). Zur Frage der Milchcuren bei Diabetes. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, fév.) — Le régime lacté dans le diabète.

Terrile (E.). Di un nuovo metodo di cura della pleurite essudativa; nota preventiva. (*Cronaca della clinica medica*, 1er janv.)

Urbantschitsch (V.). Ueber eine mechanische Behandlung gewisser Schwindelformen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 fév.) — Un procédé de traitement mécanique de certaines formes de vertige.

Varney (H. R.). Treatment of lupus. (*Med. News*, 16 fév.)

Vladimirov (G.). Les compresses imbibées d'une solution de bicarbonate de soude dans le traitement des suppurations (en russe). (*Méd. Obozr.*, fév.)

Vogl (A. von). Die Behandlung des Typhus mit kaltem Wasser. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, fév.) — Traitement de la fièvre typhoïde au moyen de l'eau froide.

White (A. Campbell). Possibilities of liquid air to the physician. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 fév.) — Usage thérapeutique de l'air liquide.

Wilms. Was leistet das Tetanusantitoxin beim Tetanus des Menschen? (*Münch. med. Wochensch.*, 5 fév.) — De la valeur thérapeutique de l'emploi du sérum antitétanique chez l'homme.

Zagato (F.). Di uno speciale metodo di cura nella poliartrite reumatica acuta. (*Gazz. degli Osped.*, 10 fév.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Briton. De l'action trophique de l'électricité. (*Gaz. méd. de Nantes*, 2 fév.)

Colombo (Ch.) et **Diamanti** (M.). La photothérapie; études physio-pathologiques et cliniques sur les bains de lumière électrique. (*Rev. internation. de thérapie physique*, 15 avril et 1er mai.)

Gautier (G.). Etude sur l'électrolyse métallique interstitielle. (*Rev. internation. d'électrothérapie*, janv.-fév.)

Keating-Hart (W. de). L'action de l'électricité sur les cicatrices rétractiles et en particulier sur celles du canal de l'urèthre. (*Rev. internation. d'électrothérapie*, janv.-fév.)

Lamari (A.). Elettroterapia nel gozzo esoftalmico; contributo alla clinica terapeutica di questa affezione. (*Gazz. degli Osped.*, 10 fév.)

Massey (G. B.). Treatment of menorrhalgia of pelvic origin by electricity. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 fév.)

Schürmayer (B.). Die letzten Neuerungen auf dem Röntgen-Gebiete unter besonderer Berücksichtigung der Röntgen-Photographie. In-8°, 52 p. Munich. — Les récents progrès dans le domaine de la radiographie.

BACTÉRIOLOGIE

Bail (O.). Untersuchungen über die Agglutination von Typhusbakterien. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 fév.)

Copeman (S. M.). A preliminary note on the cultivation of the microbes of vaccinia and variola. (*Brit. Med. Journ.*, 23 fév.)

Fränkel (E.). Mikrophotographischer Atlas zum Studium der pathologischen Mykologie des Menschen. Fasc. 5. In-8°, p. 87 à 112 avec planches. Hambourg.

Jirou (J.). Sur les bacilles fluorescents et le pyocyanique; de leur fonction chromogène. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Martelli (V.). Sulla variabilità della virulenza del bacillo del carbonchio ematico. (*Rassegna internazion. della medicina moderna*, 15 fév.)

Meyer (F.). Zur Bakteriologie des akuten Gelenkrheumatismus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 fév.) — Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu.

Vaughan (V. C.) et **Cooley** (Th. B.). The bacterial toxins. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 fév.)

Weleminsky (F.). Ueber die Cultivirung lange wachsender Mikroorganismen. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 fév.) — Un procédé de culture des microorganismes à développement lent.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Abel (R.). Was wussten unsere Vorfahren von der Empfänglichkeit der Ratten und Mäuse für die Beulenpest des Menschen? (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 1.) — Connaissances anciennes sur la réceptibilité des rats et des souris à l'égard de la peste bubonique.

Baudouin (M.). Les femmes médecins. T. Ier : femmes médecins d'autrefois. In-18, 268 p. avec fig.

Coquerelle (J.). Xavier Bichat (1771-1802), ses ancêtres et ses arrière-neveux, d'après les archives paroissiales de Poncin (Ain), avec reconstitution de la généalogie des Bichat. In-8°, 267 p.

Cordier (P.). Origines, évolution et décadence de la médecine indienne. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, janv.-fév.-mars.)

McKay (W.). History of ancient gynecology. In-8°, 322 p. Londres.

Tillaux (P.). Alexis Boyer (1757-1833). (*Arch. gén. de méd.*, janv.)

Zervos (S.). Αετιου περι των εν μητραι παθων ητοι λογος εξκαιδεκατος και τελευταιος. In-8°, 172 p. avec fig. Leipzig. — Seizième et dernier discours d'Aetius sur les affections utérines, publié pour la première fois d'après le manuscrit, avec notes explicatives.

GÉNÉRALITÉS

Acta de la sesión pública inaugural que la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona celebró en 25 de Febrero de 1901. In-8°, 105 p. Barcelone.

Calliano (C.). Soccorsi d'urgenza. 5e éd. In-12, XXXIX-368 p. avec planches. Milan. U. Hoepli.

Fajarnés (E.). Mortalidad de la tisis en Palma de Mallorca durante el siglo XVIII. (*Rev. balear de cienc. méd.*, 10 et 20 janv.)

Saenz (C. D.). Lecciones orales de zoologia medica. Fasc. 1 à 7. In-8°, 122 p. Quito.

Seligson (E. von). Sex determination; a treatise on the control of sex in generation. (Trad. de l'allemand.) In-8°, 162 p. Londres.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Rennes. — M. Laurent, suppléant des chaires de physique et de chimie, est nommé professeur de pharmacie, en remplacement de M. Lenormand, nommé, sur sa demande, professeur de chimie médicale.

M. le docteur Perrier est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

Ecole de médecine de Rouen. — M. le docteur Bataille, suppléant, est nommé professeur d'anatomie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Wilhelm Seiffer (*neurologie*); Georg Abelsdorf (*ophtalmologie*); Bernhard Bendix (*pédiatrie*).

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur I. Novi, professeur extraordinaire de matière médicale et de pharmacologie expérimentale, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur H. Sachs, privatdocent de neurologie, est nommé professeur extraordinaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Le Roy de Méricourt, ancien médecin en chef de la marine française, associé libre de l'Académie de médecine. — M. le docteur Guignard, ancien professeur de clinique obstétricale et de gynécologie à l'Ecole de médecine d'Angers. — M. le docteur Colrat, ancien médecin des hôpitaux de Lyon. — M. le docteur H. C. Maisch, ancien professeur de matière médicale et de botanique au Medico-Chirurgical College de Philadelphie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Aribat (Ph.). Contribution à l'étude des hernies ombilicales congénitales de constitution antérieure à la naissance.

Attimont (P.-A.). Considérations sur le cancer secondaire de l'ombilic; cas de néoplasie ombilicale consécutive au cancer du rectum.

Barcat (J.-J.). Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire ou leucodermie syphilitique.

Bernard (E.). Du drainage des voies biliaires dans les cirrhoses du foie.

Blum (A.). Contribution à l'étude du rôle des dents dans quelques infections (angine de Ludwig, adénite tuberculeuse cervicale).

Chassaing. Contribution à l'étude de la technique myographique.

Couvelaire (A.). Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires.

Croisier (A.). De l'intervention chirurgicale dans l'ostéosarcome de l'os iliaque.

Daguzan (J.-L.). Bronchite chronique simple chez les enfants.

Delom (L.). De l'influence de la vaccine sur la variole.

Deschaseaux (A.). Le fléau alcoolique et l'Etat.

Dodet (L.-E.). Des hémorrhagies dans l'urémie.

Ducrot (J.). De la mort subite chez les jeunes enfants par hypertrophie du thymus au point de vue médico-légal.

Forget (P.). Des fractures par arrachement de la grosse tubérosité de l'humérus.

Fossard (H.). Rupture spontanée des kystes de l'ovaire.

Frison (L.). De la nécrose de l'os intermaxillaire.

Frumerie (G. de). Le massage direct du foie et des voies biliaires; étude physiologique, thérapeutique et clinique.

Goudin (H.). Des luxations anciennes de l'épaule et de leur traitement par la méthode sanglante.

Haret (E.-M.). Etude critique sur trente-cinq nouveaux cas de grossesse ectopique récidivante.

Jardin (H.). Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale pour le prolapsus utérin total.

Joüon (E.). Des luxations soudaines de la hanche au début de la coxalgie.

Katz-Tchébycheff (Mme). De la rupture spontanée des enveloppes herniaires.

Lazaroff (N.). De la section du tendon rotulien pour pratiquer différentes interventions sur l'articulation du genou.

Lucante (A.). Contribution à l'étude de la mensuration du thorax : description d'un nouvel appareil.

Merklen (J.-P.). Recherches sur les fonctions du foie et du rein dans les gastro-entérites et quelques autres maladies infectieuses.

Paris (H.). Contribution à l'étude du traitement des accès d'éclampsie.

Pavret de la Rochefordière (G.). Opération d'Alquié-Alexander avec croisement des ligaments ronds.

Perrin (F.). Traitement des kératites suppuratives; essai sur une nouvelle thérapeutique.

Piton (H.). Traitement local de la glossite tertiaire par le sublimé.

Potiez (A.-J.-B.). Contribution au traitement des anévrysmes de l'aorte par les injections souscutanées de gélatine (méthode de Lancereaux).

Salignat. Le massage thérapeutique de l'abdomen; sa technique; ses indications.

Trouvé (Ch.). Du rôle du terrain dans l'urémie nerveuse.

Wormser (L.). Du début brusque de la fièvre typhoïde.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Heile. Ueber die Zerstörung des hyalinen Gelenk- und Epiphysenknorpels bei Tuberkulose und Eiterung, insbesondere über die dabei stattfindende Zell-Einwanderung. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 2.) — De la destruction du cartilage hyalin articulaire et épiphysaire dans les processus tuberculeux ou suppuratifs.

Hektoen (L.). Rare cardiac anomalies. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Howard (W. T.). Observations on the character of the cells in the exudation in acute interstitial nephritis, with special reference to the presence of cells with eosinophilic granulations. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Jousset (P.) et **Lefas**. Sur quelques lésions produites dans l'intoxication expérimentale par le calomel. (*Arch. gén. de méd.*, fév.)

Kichensky (P.). Hypoplasie du rein droit avec atrophie de l'artère et de la veine rénales et de l'uretère correspondant (en russe). (*Méd. Obozr.*, fév.)

Kimla et **Scherer** (F.). Ueber angeborene, nicht entzündliche Stenosen des rechten arteriellen Ostium, bedingt durch Entwickelungsanomalie der Semilunarklappen der Pulmonalis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 2.) — Des sténoses congénitales non inflammatoires de l'orifice artériel droit du cœur, dues à une anomalie de développement des valvules semi-lunaires de l'artère pulmonaire.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Italia (F.). Sulla genesi dei calcoli biliari; ricerche istologiche, chimiche e sperimentali. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 4.)

Kurpjuweit. Entzündungsversuche am Knochen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 2.) — Recherches expérimentales sur l'inflammation du tissu osseux.

Levaditi (C.). Experimentelle Untersuchungen über die Nekrose der Nierenpapille. (*Arch. internation. de pharmacodynamie*, VIII, 1-2.) — Recherches expérimentales sur la nécrose des papilles rénales.

Quattrocchi (S.). Alterazioni del tubo gastroenterico di cagnolini resi atrofici per insufficiente, cattiva, o irregolare alimentazione. (*Pediatria*, fév.)

Ramoino (G.). Sulla rigenerazione delle capsule surrenali. (*Riforma med.*, 2 et 4 fév.)

Richet (Ch.). Traitement de la tuberculose expérimentale par la viande et le sérum musculaire (zomothérapie). (*Rev. de la tuberculose*, fév.)

Spineanu (G. D.). Recherches expérimentales sur l'action eupeptique du chlorure d'acétyle. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Marcano (G.). La sédimentation sanguine et l'hémostéréométrie. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Muir (R.). On the relations of the bone-marrow to leucocyte production and leucocytosis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.) — La moelle osseuse dans ses rapports avec la formation des leucocytes et la leucocytose.

Nicolle (Ch.). Le cytodiagnostic; son principe, sa technique et ses applications. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 fév.)

Rywosch (D.). Ueber milchig getrübtes, nicht fetthaltiges Serum. (*Wien. med. Wochensch.*, 16 fév.) — Sur le sérum sanguin lactescent et exempt de graisse.

Stern (H.). Investigations upon corporeal specific gravity, and upon the value of this factor in physical diagnosis. (*Med. Record*, 9 fév.) — Sur le poids spécifique du corps et sur la valeur de ce facteur au point de vue du diagnostic physique.

Zollikofer (R.). Ueber das Verhalten der Leukocyten des Blutes bei localen Hautreizen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 3-4.) — L'état des leucocytes du sang sous l'influence des irritations locales des téguments.

MALADIES INFECTIEUSES

Kerschbaumer (F.). Malaria; ihr Wesen, ihre Entstehung und ihre Verhütung. In-8°, 170 p. avec fig. Vienne et Leipzig. W. Braumüller.

Moreau (R.). Nouvelles considérations sur les épidémies de fièvre typhoïde de 1894 et 1899 à Sens et à Paris. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.)

Nicholls (A.) et **Learmonth** (G. E.). The hæmorrhagic diathesis in typhoid fever and its relationship to purpuric conditions in general. (*Lancet*, 2 fév.)

Peterka (J.). Tri pripady tetanu po vstriknuti antidifthericképo sera. (*Casopis lékaru ceskych*, 16 fév.) — Trois cas de tétanos consécutifs à des injections de sérum antidiphtérique.

Phillips (S.). Two cases of typhoid fever, with abscesses of lung and empyema. (*Brit. Med. Journ.*, 23 fév.) — Deux cas de fièvre typhoïde avec abcès du poumon et empyème.

Prochaska (A.). Untersuchungen über die Eiterungen bei Typhuskranken. (*Deutsche med Wochensch.*, 28 fév.) — Recherches sur les suppurations des typhoïdiques.

Reed (W.), **Carroll** (J.) et **Agramonte** (A.). The etiology of yellow fever; an additional note. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 fév.) — De l'étiologie de la fièvre jaune.

Roger (H.) et **Garnier** (M.). Recherches sur l'état du foie dans l'érysipèle et les infections à streptocoque. (*Rev. de méd.*, fév.)

Roth (W.). Ueber die bei Influenza beobachteten Gesichts- und Kopfschmerzen. (*Wien. med. Presse*, 17 fév.) — Névralgies faciales et maux de tête survenant au cours de la grippe.

Rumpel (O.). Ueber die Methodik der Gefrierpunktsbestimmungen unter Berücksichtigung des Blutgefrierpunktes bei Typhus abdominalis. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 fév.) — De la cryoscopie du sang dans la fièvre typhoïde.

Saint-Philippe (R.). Coqueluches frustes et coqueluches ignorées. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 fév.)

Spalding (H.). Differential diagnosis between chickenpox and smallpox. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 fév.) — Le diagnostic différentiel entre la varicelle et la variole.

Whalen (Ch.). Report of two cases of afebrile typhoid. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 fév.) — Deux cas de fièvre typhoïde apyrétique.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Picot. Sur un cas de coma consécutif à une hémorrhagie cérébrale. (*Touraine méd.*, fév.)

Pitres (A.). Tics convulsifs généralisés (chorée électrique de Bergeron-Henoch, électrolepsie de Tordeus ou névrose convulsive rythmée de Guerlin) traités et guéris par la gymnastique respiratoire. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 fév.)

Préobrajensky (P.). Un cas d'épilepsie à forme paralytique (en russe). (*Méd. Obozr.*, fév.)

Reynaud et **Audibert**. Recherches cliniques et radiographiques sur six cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. (*Arch. provinc. de chir.*, janv.)

Rossolimo (G.). Ueber Dysphagia amyotactica. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév., 1er et 16 mars.)

Sollier (P.). L'hystérie et son traitement. In-12, 294 p.

Strauss (H.). Ueber Blutdruckmessungen im Dienste der Diagnostik traumatischer Neurasthenieen und Hysterieen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév.) — Mensurations de la pression sanguine comme moyen de diagnostic de la neurasthénie et de l'hystérie d'origine traumatique.

Thyne (W.). A case of cerebellar hæmorrhage presenting well-marked early cervical opisthotonos and Kernig's sign. (*Lancet*, 9 fév.) — Hémorrhagie cérébelleuse avec opisthotonos et signe de Kernig très marqués et précoces.

Trachtenberg (M.). Ein Fall von Akromegalie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 3-4.)

Van de Velde-Coosemans. Tormina intestinorum nervosa. (*Ann. de la Soc. médico-chir. d'Anvers*, janv.-fév.)

Wick (L.). Ueber einen Fall von traumatischer Hysterie. (*Wien. med. Wochensch.*, 2 et 9 fév.)

Zappert (J.). Klinische Studien über Poliomyelitis : Ueber gehäuftes Auftreten und Gelegenheitsursachen der Poliomyelitis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 2.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Colombini (P.). Sopra un caso di lichen scrophulosorum. (*Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle*, 3.)

Schamberg (J. F.). Refractory syphilis, with report of a case utterly resistant to specific treatment. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — Un cas de syphilis complètement rebelle au traitement spécifique.

Schneider (G.) et **Buffard** (M.). Syphilis et dourine. (*Rev. de méd.*, fév.)

Scholtz (W.). Ueber die moderne Therapie der Gonorrhoe des Mannes. (*Deutsche Praxis*, 25 janv.) — Sur le traitement moderne de la blennorrhagie chez l'homme.

Sequeira (J. H.). A preliminary communication on the treatment of rodent ulcer by the X rays. (*Brit. Med. Journ.*, 9 fév.)

Ullmann (H.). Ueber Allgemeininfectionen nach Gonorrhoe. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 3-4.) — Des infections générales consécutives à la blennorrhagie.

Weber (F. P.). Trophic disorder of the feet : an anomalous and asymmetrical case of sclerodactylia with Raynaud's phenomena. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, fév.)

Wohl (M.). Beiträge zur allgemeinen gonorrhoischen Infektion. (*Pest. med.-chir. Presse*, 3 fév.) — La blennorrhagie en tant qu'infection générale.

Zechmeister (H.). Die Lepra in Dalmatien. (*Wien. med. Presse*, 10 fév.)

CHIRURGIE

Hartmann (H.). Chirurgie gastro-intestinale. In-8°, 152 p. avec fig. G. Steinheil.

Saitta (S.). Botulismo con endomastoidite piogena; operazione; guarigione. (*Corriere sanitario*, XII, 13-14.)

Stecchi (R.). Sulla coxite tubercolare; contributo alla cura col metodo Giordano. (*Policlinico*, 16 fév.)

Steinthal. Rhinoplastik aus der Brusthaut. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 3.) — Rhinoplastie effectuée au moyen de la peau du thorax.

Stiassny (S.). Ueber plastische Nachoperationen nach Resectio recti. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 3.) — Opérations plastiques secondaires dans les cas de résection du sacrum.

Stierlin (R.). Ueber Proctitis haemorrhagica. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 5-6.)

Sudeck (P.). Das Operiren im ersten Aetherrausch. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 fév.) — L'utilisation de l'ébriété provoquée par les premières inhalations d'éther comme moyen d'anesthésie.

Terrier (F.) et **Reymond** (E.). Chirurgie des Herzens und des Herzbeutels. (Trad. du français par G. Beck). In-8°, 184 p. avec fig. Saint-Pétersbourg. — Chirurgie du cœur et du péricarde.

Tillmanns (H.). Lehrbuch der allgemeinen speciellen Chirurgie, einschliesslich der modernen Operations- und Verbandlehre. II. Band: Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 7° éd. In-8°, 1643 p. avec fig. Leipzig. — Traité de chirurgie générale et spéciale. T. II : chirurgie spéciale.

Verdelet (L.). Désarticulation de Chopart pour écrasement du pied. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 fév.)

UROLOGIE

Harrison (R.). Observations based on the probable mode of formation of urinary stone, relative to its recurrence and prevention. (*Lancet*, 9 fév.) — Remarques relatives aux récidives et à la prophylaxie de la lithiase urinaire, basées sur le mode probable de formation des calculs.

Loumeau (E.). Sonde en caoutchouc cassée dans l'urèthre. (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, fév.)

Morel. Les abcès urineux d'origine uréthrale, mais à siège exceptionnel, non périnéaux (abcès péniens, ischio-rectaux, abcès migrateurs, etc.). (*Province méd.*, 9, 16 et 23 fév.)

Pendl (F.). Fremdkörper in der männlichen Harnblase. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 fév.) — Corps étrangers de la vessie chez l'homme.

Pröscher (F.). Ueber den Nachweis von Bilirubin im Harne mittels der Ehrlich'schen Diazoreaktion. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 16 fév.) — Recherche de la bilirubine dans les urines au moyen de la diazoréaction d'Ehrlich.

Rothschild (A.). Zur Pathologie und Therapie der Narben-Schrumpfblase. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 et 14 fév.) — De la vessie contractée.

Rumpel (O.). Ueber die Bedeutung der Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn für die Nierenchirurgie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 3.) — Signification de la cryoscopie du sang et de l'urine au point de vue de la chirurgie rénale.

OPHTALMOLOGIE

Oliver (Ch. A.). A clinical and histological study of a case of melanosarcoma of the chorioid. (*University Med. Magazine*, fév.)

Picot et **Aubaret** (E.). Un cas de conjonctivite pseudo-membraneuse chronique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 17 fév.)

Pond (E.). An operation for the relief of stoppage of the tear passage, abscess of the sac, etc. (*Med. Record*, 2 fév.) — Une opération pour obstruction du canal nasal, abcès du sac lacrymal, etc.

Rogman. Contribution à l'étude des tumeurs épibulbaires; cas de sarcome, de carcinome et de fibrome de la cornée. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Rollet (E.). Des injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène. (*Lyon méd.*, 17 fév.)

Schanz (F.). Ueber die Aetiologie der Augenentzündung der Neugeborenen. (*Zeitsch. f. Augenheilk.*, V, 6.) — Étiologie de l'ophtalmie des nouveau-nés.

Smit (W. H.). Conjunctivitis blennorrhoïca neonatorum. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 mai.)

Stathatos (G.). L'extirpation des tumeurs de l'orbite et principalement des tumeurs du nerf optique sans énucléation du globe oculaire par le procédé de Krönlein. (*Grèce médicale*, fév.)

Woodruff (H. W.). Rheumatic diseases of the eye. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 fév.) — Des affections rhumatismales des yeux.

Woodward (J. H.). Strabismus and its management. (*Med. Record*, 16 fév.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Shears (G.). A case of puerperal sepsis from retained lochia (lochiometra), with remarks. (*Med. News*, 2 fév.)

Sobotta (J.). Neuere Anschauungen über die Entstehung der Doppel (miss)- bildungen mit besonderer Berücksichtung der menschlichen Zwillingsgeburten. (*Würzburger Abhandl. aus dem Gesamtgebiet der prakt. Med.*, I, 4.) — Nouvelles vues sur la genèse des jumeaux.

Stehman (H. B.). Treatment of sessile and certain other ovarian cysts. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 fév.)

Stone (W. R.). Cocainization of the spinal cord by means of lumbar puncture during labor. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Stroganoff (W.). Können Wannenbäder als das beste Reinigungsmittel des Körpers der Kreissenden betrachtet werden? (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 fév.) — Peut-on considérer les bains comme le meilleur moyen de nettoyage du corps chez les femmes en travail ?

Thayer (C.). Ovulation and menstruation not interdependent functions. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 fév.)

Van Buren Knott. Sarcoma of the uterus. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Van der Hoeven (P. C.). Iets over jonge menschelijke eieren. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 20 avril.) — Sur les embryons humains.

Varnek (L.). Un cas de grossesse à la fois extra et intra-utérine (en russe). (*Méd. Obozr.*, fév.)

Webster (J. C.). Human placentation : an account of the changes in the uterine mucosa and in the attached fetal structures during pregnancy. In-8°, 126 p. avec fig. Chicago.

Wilson (W. R.). Intracranial hemorrhage in the newborn. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 fév.) — Des hémorrhagies intracrâniennes chez les nouveau-nés.

Winckel (F. von). Neue Untersuchungen über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 292-293.) — Nouvelles recherches sur la durée de la grossesse.

Wolfe (S.). The causes and treatment of urgent and serious conditions in the newborn. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 fév.) — Causes et traitement des états alarmants du nouveau-né.

Wormser (E.). Zur Frage nach dem Keimgehalt des Uterus in den späteren Tagen des normalen Wochenbettes. (*Beiträge zur Geburtsh. u. Gynäkol.*, IV, 1.) — De la teneur en bactéries de l'utérus au cours des derniers jours de suites de couches normales.

PÉDIATRIE

Pfeiffer (E.). Verhandlungen der 17. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der Abteilung für Kinderheilkunde der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen, 1900. In-8°, 260 p. avec fig. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — Comptes rendus de la dix-septième Assemblée de la Société allemande de pédiatrie.

Prechtl (J.). Ist Milchzucker ein vorteilhafter Zusatz zur Kindermilch? (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 2.) — Y a-t-il avantage à additionner le lait de lactose?

Schlesinger (E.). Ueber Säuglingsernährung mit Vollmilch. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 fév.) — Sur l'alimentation des nourrissons au moyen du lait pur (non coupé).

Thursfield (H.). Posterior basic meningitis. (*Lancet*, 16 fév.)

Unger (L.). Lehrbuch der Kinderkrankheiten in kurzgefasster systematischer Darstellung. 3° éd. In-8°, 671 p. avec fig. Leipzig et Vienne. F. Deuticke.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Moure (E.-J.). Les végétations adénoïdes; revue générale sur les désordres qu'elles entraînent; toucher digital et adénotomie. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 fév.)

Renshaw (K.). Nasal tuberculosis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.)

Réthi (L.). Die Krankheiten des Kehlkopfes. 2° éd. In-8°, 152 p. avec fig. Vienne. — Maladies du larynx.

Richardson (Ch. W.). Three cases illustrating cerebral complications of otitis media suppurativa. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 fév.)

Sendziak (J.). Laryngeale Störungen bei den Erkrankungen des centralen Nervensystems, mit besonderer Berücksichtigung laryngealer Störungen bei Tabes dorsalis. (*Klin. Vorträge aus dem Gebiete der Otol. u. Pharyngo-Rhinol.*, IV, 3.) — Troubles laryngés dans les affections des centres nerveux et, en particulier, dans le tabes.

Ward (N. G.). Diseases of the ear in relation to general medicine. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 fév.) — Les affections de l'oreille dans leurs rapports avec les maladies générales.

Winslow (J.). Some observations upon the diagnosis and treatment of chronic maxillary empyema. (*Journ. of Eye, Ear and Throat Diseases*, janv.-fév.)

Woodward (J. H.). Prevention of intracranial and intravenous complications in suppurative diseases of the ear. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 fév.) — Prophylaxie des complications intracrâniennes et intraveineuses dans les suppurations de l'oreille.

Würdemann (H. V.). Otitis media in children and its treatment (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 fév.) — L'otite moyenne chez les enfants et son traitement.

21e ANNÉE. — N° 35. Vingt centimes le numéro. 21 AOUT 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Clermont. — M. le docteur Bide, suppléant, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

Ecole de médecine de Rennes. — Sont institués suppléants, pour une période de neuf ans : MM. les docteurs Millardet (*pathologie et clinique médicales*), Lesage (*histoire naturelle*); M. Barthelat (*pharmacie et matière médicale*).

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur G. Corrado, professeur extraordinaire de médecine légale, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur Albert Dietrich est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Turin. — MM. les docteurs Carlo Gaudenzi et Orlando Pes sont nommés privatdocenten d'ophtalmologie.

VARIA

Diplôme universitaire français de médecin colonial.

Dans notre numéro du 24 juillet dernier, nous avons annoncé que l'Université de Bordeaux avait institué un diplôme de médecin colonial. Marseille, qui est le plus grand port commercial de la France et qui, au point de vue du chiffre de la population, tient le second rang dans notre pays, n'a pas voulu rester en arrière, et cela avec d'autant plus de raison que la pathologie des pays chauds peut être fort bien étudiée dans les hôpitaux de la ville.

L'Université d'Aix-Marseille, sur la demande de l'Ecole de plein exercice de médecine de Marseille, a décidé — et le ministre de l'instruction publique vient d'approuver cette délibération — qu'il sera institué à ladite Ecole un diplôme universitaire d'études médicales coloniales, dont la délivrance se fera dans des conditions à peu près identiques à celles que nous avons fait connaître pour le diplôme de médecin colonial, créé par la Faculté de médecine de Bordeaux.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1900* inclusivement (18 années) absolument complètes, soit les 20 années parues de la *Semaine Médicale*, *franco* à domicile, au prix de 182 francs pour la France, 220 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1900, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile, en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1900), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Appraillé (G.). Malformations congénitales de l'extrémité supérieure du radius.

Aunay (H.). Le rein dans la cirrhose hypertrophique biliaire.

Barlerin (E.). Soins donnés aux nourrissons syphilitiques à la consultation de la clinique Tarnier; résultats obtenus.

Baudin (H.). Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale.

Benelli (G.). Contribution à l'étude du bain froid.

Bert (J.-H.). Contribution à l'étude des hémorrhagies multiples d'origine hystérique.

Bertrand (G.). Traitement rationnel de la blennorrhagie et des autres infections catarrhales purulentes génitales chez la femme.

Boignier (L.). Origine et traitement de la fièvre typhoïde; étude historique et critique.

Boucher (J.). De l'exercice de la médecine sur la frontière franco-belge.

Bour (E.). Contribution à l'étude de l'empoisonnement aigu par la cocaïne.

Bourier (P.). Considérations sur la sécrétion lactée chez la femme (augmentation, retour, établissement tardif).

Bréavoine (G.). Traitement chirurgical de la paralysie faciale d'origine traumatique par l'anastomose spino-faciale.

Breton. Sur les indications et le manuel opératoire de l'hystérectomie supra-vaginale.

Brissaud (E.). De l'adénite des ganglions prélaryngés.

Brocard (J.-R.-M.). L'analgésie médicale par la voie épidurale (méthode de Sicard).

Brulé (J.-G.). Contribution à l'étude des appareils ambulatoires dans les fractures du membre inférieur.

Brunello (G.). Quelques documents sur diverses opinions touchant les études médicales.

Brunier (L.-A.). Abcès de la peau chez les enfants du premier âge; pathogénie; étude clinique; traitement.

Buvat (J.-B.). Des sérums artificiels dans le traitement des maladies mentales.

Capdevielle (L.). A quel moment faut-il réparer les ruptures complètes du périnée? Avantages de la périnéorrhaphie immédiate secondaire.

Carré (J.). Contribution à l'étude clinique des propriétés antithermiques de l'aspirine.

Chadzynska (Mme J.). De la graduation des tétées dans l'allaitement artificiel par le lait stérilisé.

Champenois (L.). Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein et à leur traitement.

Chapon. 62 cas d'appendicite opérés.

Chateau (E.). Cypridopathies et tuberculose.

Coulombe (E.). La lécithine de l'œuf; son emploi thérapeutique.

Courtadon (L.). De la résistance électrique du corps humain.

Cruchaudeau (G.-E.). Contribution à l'étude clinique de la syphilis conceptionnelle au point de vue oculaire.

Dardeau (R.). Contribution à l'étude de la désinfection du linge.

Décloux. Traitement de l'épithélioma cutané par la cautérisation ignée et le chlorate de potasse ou de magnésie.

Defossez (J.). Des résultats éloignés de la gastrectomie dans le cancer de l'estomac.

Degris (G.). Etude sur Sénac, premier médecin de Louis XV (1693-1770).

Delage (J.-Ch.-F.). L'hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus.

Delestre (M.). Etude sur les infections chez le prématuré.

Delfeau (A.). De l'exclusion temporaire des voies lacrymales du champ opératoire par la ligature des canalicules lacrymaux.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Le Clerc (R.). De l'ossification des phalanges et des métacarpiens étudiée à l'aide de la radiographie. (*Année méd. de Caen*, mars.)

Michaelis (L.). Die indifferenten Farbstoffe als Fettfarbstoffe. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 mars.) — L'emploi des réactifs colorants « indifférents » pour la coloration des éléments graisseux.

Narath (A.). Der Bronchialbaum der Säugethiere und des Menschen. In-4°, 380 p. avec fig. Stuttgart. — L'arbre bronchique de l'homme et des mammifères.

Perondi (G.). Ricerche anatomiche sul cieco e sulla sua appendice. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 3.)

Rothmann (M.). Ueber das Lipochrom der Ganglienzellen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 mars.) — Le lipochrome des cellules ganglionnaires.

Stricker (L.). An original chart of the neuronic architecture of the visual apparatus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mars.)

Tixier (L.) et **Viannay** (Ch.). Note sur les lymphatiques de l'appendice iléo-cæcal. (*Lyon méd.*, 31 mars.)

PHYSIOLOGIE

Austin (A. E.). The function and distribution of combined hydrochloric acid in proteolytic digestion. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 mars.)

Beer (Th.). Ueber primitive Sehorgane. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14, 21 et 28 mars.) — Des organes visuels primitifs.

Benedicenti (A.). Influence exercée par quelques substances sur l'absorption intestinale [1er mémoire]. (*Arch. ital. de biol.*, mars.)

Benedict (A. L.). Quantitative tests for proteolysis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 et 30 mars.) — Analyse quantitative de la digestion des albumines [dans l'estomac].

Grober (J.). Ueber den wechselnden Rhodangehalt des Speichels und seine Ursachen beim gesunden und kranken Menschen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 3-4.) — Des modifications du taux du sulfocyanure de potassium dans la salive et de leurs causes à l'état normal et pathologique.

Kassowitz (M.). Leber und Milz. (*Wien. med. Wochensch.*, 2 fév.) — Le foie et la rate.

Kövesi (G.). Ueber den Eiweissumsatz im Greisenalter. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 2 fév.) — Sur les échanges azotés chez les vieillards.

Kowalski (E. von). Ueber den Einfluss thermischer Reize auf die Lymphbewegung und über die vasomotorischen Nerven der Lymphgefässe. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, janv. et fév.) — De l'influence de l'excitation thermique sur la circulation de la lymphe, et des nerfs vasomoteurs des vaisseaux lymphatiques.

Wolff (J.). Ueber die Wechselbeziehungen zwischen der Form und der Funktion der einzelnen Gebilde des Organismus. In-8°, 35 p. avec fig. Leipzig. — Les rapports qui existent entre la forme et les fonctions de certains organes.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bonome (A.). Bau und Histiogenese des pathologischen Neuroglia-Gewebes. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 3.) — La structure et l'histogénie de la névroglie pathologique.

Eastes (G. L.). The histology of the urinary tract in its relationship to morbid urinary deposits. (*Brit. Med. Journ.*, 9 mars.)

Fast (E.). Ein bemerkenswerter Fall von Aneurysma dissecans aortae abdominalis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 mars.)

Harbitz (F.). Et tilfælde af « helbredet » dissekerende aneurisma aortæ af usedvanlig udvikling. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.) — Un cas « guéri » d'anévrysme disséquant volumineux de l'aorte.

Hauser (G.). Contribution à l'étude des cancers d'origine thymique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Leishman (W. B.). The application of Romanowsky's stain in malaria. (*Brit. Med. Journ.*, 16 mars.) — La coloration des préparations du sang d'après la méthode de Romanowsky dans les cas de malaria.

Lepman (H.). Ueber die Verlängerung der Tuben bei Ovarial- und Parovarialcysten. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 1 et 4.) — De l'allongement subi par les trompes de Fallope dans les cas de kystes de l'ovaire ou du parovarium.

Mathieu (A.). Di un raro caso di duodenite ulcerativa emorragica da diplococco pneumonico. (*Gazz. degli Osped.*, 24 fév.)

Rolleston (H. D.). Primary carcinoma of the ampulla of Vater, with report of a case presenting some special features of interest. (*Lancet*, 16 fév.)

Rosenfeld (G.). Ueber die Herzverfettung des Menschen. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 9 fév.) — De la surcharge graisseuse du cœur.

Satterthwaite (Th.). Fatty degeneration of the heart. (*Med. News*, 2 fév.) — Dégénérescence graisseuse du cœur.

Schmaus (H.) et **Sacki** (S.). Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Rückenmarks. In-8°, 589 p. avec fig. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — Anatomie pathologique de la moelle épinière.

Whipham (T.). A case of primary carcinoma of the vermiform appendix. (*Lancet*, 2 fév.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Beck (M.) et **Rabinowitsch** (L.). Weitere Untersuchungen über den Wert der Arloing-Courmont'schen Serumreaktion bei Tuberkulose, speziell bei Rindertuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 mars.) — Sur la valeur diagnostique de la séroréaction d'Arloing-Courmont dans la tuberculose, notamment dans la tuberculose bovine.

Beco (L.). Recherches expérimentales sur l'infection des voies respiratoires du lapin par l'inoculation trachéale du *staphylococcus pyogenes aureus*. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

Broca (A.). Causes rétiniennes de variation de l'acuité visuelle en lumière blanche. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Calmette (A.) et **Guérin** (C.). Recherches sur la vaccine expérimentale. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.)

Cristiani (H.). De l'accroissement des greffes thyroïdiennes. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Hellendall (H.). Die experimentelle Lumbalpunktion zum Nachweis von Tuberkelbacillen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 mars.) — Recherches expérimentales sur la valeur de la ponction lombaire dans le diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Neufeld (F.). Ueber die Erzeugung von Erysipel am Kaninchenohr durch Pneumokokken. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 2.) — De la production de l'érysipèle chez le lapin au moyen d'injections de pneumocoques dans la veine de l'oreille.

Teissier (P.). De l'action *in vitro* du glycogène hépatique à l'égard des agents habituels de l'infection du foie (St. doré, streptocoque, B. coli, B. d'Eberth), action empêchante, action bactéricide. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Tizzoni (G.). Ricerche sperimentali sulla sieroterapia nel tetano. (*Riforma med.*, 9, 11, 12 et 13 fév., 12, 13, 14, 15, 16 et 18 mars.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Auché (B.). De la régénération du foie. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 3 mars.)

Bardeleben (H. von). Die Heilung der Epidermis. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 3.) — La régénération de l'épiderme.

Besredka. Etude de l'immunité dans l'infection typhique expérimentale. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Bordet (J.) et **Gengou** (O.). Recherches sur la coagulation du sang et les sérums anticoagulants. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.)

Bouinévitch (K.). De la tension osmotique des liquides de l'organisme animal : cryoscopie de l'urine et du sang (en russe). (*Méd. Obozr.*, mars.)

Bunker (H. A.). The bio-chemical pathology of the liver. (*Brooklyn Med. Journ.*, mars.) — La pathologie du foie considérée au point de vue de la chimie biologique.

Burghart. Ueber Beeinflussung der Ehrlich'schen Diazoreaktion durch Substanzen von starker Affinität zu dem Ehrlich'schen Reagens. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 mars.) — De l'influence exercée sur la diazoréaction par des substances ayant beaucoup d'affinité pour le réactif d'Ehrlich.

Dehio (K.). Ueber das Altern des Herzens. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 19 mars.) — Du vieillissement du cœur.

Donati (M.). Il sangue negli individui affetti da tumori maligni. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, juin.)

Ehrlich (P.) et **Morgenroth** (J.). Ueber Hämolysine; fünfte Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 mars.)

Fox (R. H.). On the prognosis of acute disease. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.) — Du pronostic dans les maladies aiguës.

Hugounenq (L.) et **Eraud** (J.). Sur la présence dans l'urine des malades atteints d'orchites parasitaires de substances probablement originaires de la prostate. (*Lyon méd.*, 24 mars.)

MÉDECINE

Abrahams (A.). Exophthalmic goiter of syphilitic origin. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 fév.)

Allen (Ch. L.). Sudden death in pleurisy, with report of a case. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 fév.) — Mort subite au cours d'une pleurésie.

Banti (G.). Splenomegalie primitive. (*Riforma med.*, 1er, 2, 4 et 5 mars.)

Benvenuti (E.). Sulla patologia della peritonite tubercolare cronica. (*Clinica moderna*, 27 fév. et 6 mars.)

Bernstein (R.). Acuter Gelenkrheumatismus und Trauma. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 5-6.) — Les rapports entre le rhumatisme articulaire aigu et le traumatisme.

Bouveret (L.). La tension intermittente de l'épigastre. (*Lyon méd.*, 31 mars.)

Butler (G. R.). The differential diagnosis of the more common diseases of the liver. (*Brooklyn Med. Journ.*, mars.) — Le diagnostic différentiel des maladies du foie.

Chauffard (A.) et **Gouraud** (F.-X.). Valeur clinique de la réaction de Haycraft pour la recherche des principes biliaires dans les urines. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Corning (J. L.). The nature and treatment of vertigo. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 mars.)

Dennig (A.). Ueber trommelschlegelartige Veränderungen an den Fingern und Zehen. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 mars.) — Doigts et orteils en baguettes de tambour.

Deutsch (E.). Ueber mediastinale Geschwülste im Anschluss an einen Fall. (*Pest. med.-chir. Presse*, 3 et 17 mars.) — Des tumeurs du médiastin.

Douglas (C.). Digestion leucocytosis in cancer of the stomach. (*Brit. Med. Journ.*, 16 mars.)

Teissier (P.). De la pénétration dans le sang des microorganismes d'infection secondaire au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Weinberger (M.). Beitrag zur Klinik der malignen Lungengeschwülste. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 2.) — Etude clinique des tumeurs malignes du poumon.

Weisz (E.). Ueber intercostale Phonationserscheinungen (eine neue physikalische Untersuchungsmethode). (*Zeitsch. f. klin Med.*, XLII, 3-4.) — Sur les phénomènes phonétiques intercostaux et sur une nouvelle méthode d'examen physique du thorax.

Witthauer (K.). Intermittirendes Fieber als Symptom eines Mediastinaltumors. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 fév.) — La fièvre intermittente comme symptôme d'une tumeur du médiastin.

MALADIES INFECTIEUSES

Bazzocchi (G.) et **Zaccaria** (A.). Di un caso di perivaginite flemmonosa dissecante nel corso dell'infezione tifosa terminato colla guarigione. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, mai.)

Bourdillon (Ph.). Un cas de colotyphus (fièvre typhoïde à lésions du gros intestin). (*Rev. de méd.*, mars.)

Buning (E. J.). Die Diphtheriekrankheit; das Wesen, die Ursache und die Behandlung mit dem Heilserum. In-8°, 81 p. Vienne. — La diphtérie; nature, étiologie et sérothérapie.

Carter (H. R.). The period of incubation of yellow fever; a study from unpublished observations. (*Med. Record*, 9 mars.) — La durée de la période d'incubation de la fièvre jaune.

Combemale et Huriez. Fièvre typhoïde grave : pleurésie, phlébite, embolie pulmonaire durant son évolution; congestion pulmonaire du sommet droit prolongée pendant la convalescence. (*Echo méd. du Nord*, 17 mars.)

Courmont (J.) et **Lesieur** (Ch.). La polynucléose de la rage clinique ou expérimentale. (*Province méd.*, 9 mars.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Abadie (J.). Tumeur cérébrale; ponction lombaire; disparition de la céphalée et de la névrite optique après évacuation de liquide céphalo-rachidien. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 mars.)

Adamkiewicz (A.). Ueber das active und das inactive « Ich », seine Verbindung und seine Dissociationen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 5-6.) — Sur le « moi » actif et inactif, leur association et dissociation; essai d'une explication physiologique de quelques phénomènes psychopathiques.

Alberici (R.). Corea e mania. (*Gazz. degli Osped.*, 31 mars.)

Arcelaschi (G.). Di una resezione del cranio in un caso di epilessia Jacksoniana essenziale. (*Boll. dell'Assoc. sanit. milanese*, mars.)

Bechterev (V. von). Ueber ein wenig bekanntes Fasersystem an der Peripherie des antero-lateralen Abschnittes des Halsmarkes. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.) — Sur un système de fibres peu connu, existant à la périphérie du cordon antéro-latéral de la moelle cervicale.

Bernheim. De l'anesthésie hystérique; son mécanisme psychique. (*Rev. de méd.*, mars.)

Bickel (A.). Experimentelle Untersuchungen über die Compensation der sensorischen Ataxie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 mars.)

Bigi (G.). L'ulcera rotonda dello stomaco nei suoi rapporti coll'isteria. (*Gazz. degli Osped.*, 24 mars.)

Binswanger (O.) et **Berger** (H.). Zur Klinik und pathologischen Anatomie der postinfectiösen und Intoxicationspsychosen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 1.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bernhardt (R.). Przyczynek kliniczny i anatomiczny do nauki o poznym syfilisie skory. (*Gaz. lekarska*, 2, 9, 16, 23 et 30 mars.) — Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la syphilis tardive à évolution rapide.

Bettmann. Ueber die dystrophische Form der Epidermolysis bullosa hereditaria. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 3.)

Bögehold. Beiträge zur Pathologie der Lues. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 3.)

Carle. Erythème induré et tuberculose. (*Lyon méd.*, 10 mars.)

Cattaneo (C.). A proposito della terapia dell'eczema. (*Gazz. degli Osped.*, 3 mars.)

Dalton (W. R. Inge). Hyperacidity a cause of skin diseases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 mars.) — L'hyperacidité en tant que facteur étiologique des maladies de la peau.

Elsner (H. L.). Recent experiences with erythromelalgia. (*Med. News*, 16 mars.)

Fournier (A.). Traité de la syphilis : période tertiaire. T. II, 1er fasc. In-8°, 468 p.

CHIRURGIE

Abbate (G.). Le incisioni a lembi ed il percloruro di ferro liquido nella cura degli antraci gravi (due casi con esito in guarigione). (*Policlinico*, 2 mars.)

Alt (F.). Ueber Unterbindung der Vena jugularis bei otitischer Sinusthrombose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 mars.) — Ligature de la veine jugulaire dans les cas de thrombose otitique des sinus.

Alteneder (J.). Adhaesiones peritoneales inferiores. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 3.)

Antipas (A.). Un cas d'actinomycose cervico-faciale, observé à Constantinople. (*Lyon méd.*, 10 mars.)

Bade (P.). Zur Behandlung schwerer Skoliosen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 9 mars.) — Traitement des scolioses accentuées.

Bähr (F.). Zur Anlegung von Frakturverbänden. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 23 mars.) — De l'application des appareils dans les fractures.

Barrago-Ciarella (O.). La sutura dell'accessorio di Villis col facciale, nella paralisi del facciale. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 3.)

Barthélemy. Blessure de l'artère fémorale profonde par coup de couteau. (*Arch. de méd. navale*, mars.)

Baudet (R.) et **Duval** (P.). Extirpation totale du canal déférent et de la vésicule séminale par la voie inguinale; technique opératoire. (*Rev. de chir.*, mars.)

Bayer (C.). Weitere Beiträge zur Lehre vom angeborenen Leistenbruche. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 3.) — Nouvelles recherches sur la hernie inguinale congénitale.

Beck (C.). Metatarsal fracture. (*American Medicine*, avril.)

Benassi (G.). La permeabilità dei reni nei cloroformizzati. (*Gazz. degli Osped.*, 3 mars.)

Toussaint. Note sur la cure radicale de la hernie épigastrique. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er fév.)

Troczewski (A.). Przyczynek do kazuistyki ropni watroby piorwotnych, pochodzenia nieurazowego. (*Gaz. lekarska*, 2, 9 et 23 fév.) — Des abcès primitifs du foie, d'origine non traumatique.

Van Engelen. Traitement des kystes hydatiques du foie. (*Clinique*, 15 fév.)

Villar (F.). Des pseudo-kystes séreux sus-duremériens consécutifs à des traumatismes crâniens éloignés. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 3 et 10 fév.)

Warden (C.). Sarcoma of the ribs. (*Philadelphia Med. Journ.*, 23 fév.) — Sarcome des côtes.

Waring (H. J.). Cholesteatoma of the temporal bone and its treatment. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

Weiss (Th.). Rupture traumatique des voies biliaires. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 fév.)

Wells (T.). An intra-peritoneal method for radical cure of inguinal hernia. (*Lancet*, 2 fév.)

Whitehead (W.). The surgical treatment of migraine. (*Brit. Med. Journ.*, 9 fév.) — Traitement chirurgical de la migraine.

Wiesinger. Ein Fall von Volvulus des Magens mit totalem dadurch bedingtem Verschluss von Cardia und Pylorus und akuter Fettnekrose; Heilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 fév.) — Volvulus de l'estomac ayant déterminé une occlusion complète du cardia et du pylore, ainsi que de la nécrose graisseuse aiguë; guérison [après intervention chirurgicale].

Wolff (O.). Zur Behandlung des schrägen Unterschenkelbruches mit Bardenheuer'scher Extension. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 2 fév.) — Traitement des fractures obliques de la jambe par l'extension d'après le procédé de Bardenheuer.

Wulff (P.). Ueber Spontangangrän jugendlicher Individuen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 5-6.) — De la gangrène spontanée dans le jeune âge.

Zoppi (A.). Del processo intimo di guarigione del distacco epifisario. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 3.)

Zuppinger (H.). Zur primären habituellen Dorsalskoliose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 3.)

LA
SEMAINE MÉDICALE
Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

VARIA

Fréquence comparée des suicides dans l'armée et dans la marine françaises.

Dans l'armée française, les suicides sont assez fréquents. Ils atteignent actuellement le chiffre élevé et peu variable de 50 pour 1,000 décès de toutes causes et de 27 pour 100,000 hommes d'effectif.

Ils seraient toutefois, à notre époque, en légère diminution, la moyenne des années antérieures ayant donné 55 suicides pour 1,000 décès et 30 pour 100,000 hommes d'effectif.

Dans les troupes de la marine (armée coloniale actuelle), le suicide serait beaucoup plus fréquent que dans l'armée continentale, si l'on s'en rapporte au seul document complet sur lequel on puisse s'appuyer avec certitude : la statistique de la marine pour l'année 1899. En effet, jusqu'ici, beaucoup de suicides, dans les troupes de la marine aussi bien que dans la flotte, figuraient trop souvent dans les rapports sous le nom de morts accidentelles.

Or, il y aurait eu en 1899 : chez les Européens, 69 suicides pour 1,000 décès de toutes causes et 68 suicides pour 100,000 hommes d'effectif; dans les troupes indigènes, 24 suicides pour 1,000 décès de toutes causes et 59 suicides pour 100,000 hommes d'effectif.

Pour ce qui est de la flotte, MM. Vincent et Burot, dans leur statistique de la flotte (1891 à 1895), indiquent 12 suicides seulement pour 1,000 décès de toute nature; mais tous les suicides ont-ils été exactement enregistrés sous cette rubrique? De plus, ces auteurs n'ont pu établir la proportion par rapport à l'effectif. La statistique de 1899 permet de combler cette lacune : elle accuse 26 suicides pour 1,000 décès de toutes causes, et 17 suicides pour 100,000 hommes d'effectif.

Il est difficile de conclure d'après une période d'observation aussi courte; mais comme, par ailleurs, les chiffres varient peu à la même époque, d'une année à l'autre, et que ceux que nous donnons ici constituent, tout au moins en ce qui concerne l'armée coloniale et la flotte françaises, de sérieuses indications, on peut en déduire que le suicide serait, d'une part, beaucoup plus fréquent dans l'armée coloniale, et, d'autre part, beaucoup plus rare dans la flotte, que dans l'armée continentale. Le dépouillement, pour l'année 1900, de la statistique de la flotte, à peine ébauché, permet d'ailleurs d'entrevoir une situation semblable à celle de 1899.

Les résultats du recensement de 1901 en France.

L'ensemble des documents relatifs au dernier recensement fait en France étant parvenu au ministère de l'intérieur, nous pouvons faire connaître les chiffres exacts de la population de notre pays.

Au 24 mars 1901, le nombre des habitants en France était de 38,641,333 contre 38,228,969 au 29 mars 1896, date du précédent recensement. D'où une augmentation de 412,364 individus pendant la dernière période quinquennale.

Si l'on compare cette augmentation à celle qui a été notée de 1891 à 1896 (133,819), on trouve qu'elle lui est plus de trois fois supérieure; elle est même d'un bon tiers plus élevée que l'augmentation constatée pendant la dernière période *décennale:* en effet, de 1886 à 1896, la population française n'avait augmenté que de 299,072 unités, alors que de 1896 à 1901, l'augmentation a été, comme nous l'avons dit, de 412,364 individus.

Congrès de la Société italienne de médecine interne en 1901.

Le onzième Congrès de la Société italienne de médecine interne se tiendra à Pise du 24 au 28 octobre prochain.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *La péritonite par propagation dans la fièvre typhoïde;*

2° *Sur certains points touchant la pathologie du foie;*

3° *De quelques problèmes de pathologie cardiaque.*

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bahia. — M. le docteur Manoel Bonifacio da Costa est nommé professeur de clinique odontologique.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Georg Reinbach est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur Ernst Graser, professeur à la Faculté de médecine de Rostock, est nommé professeur ordinaire de chirurgie, en remplacement de M. von Heineke, décédé.

M. le docteur Otto Aichel est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Giulio Ascoli, privatdocent à la Faculté de médecine de Naples, est nommé privatdocent de chimie médicale.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Robert Gaupp est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Wilhelm Müller est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Leyde. — M. le docteur J. A. Korteweg, professeur à la Faculté de médecine d'Amsterdam, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. J. E. van Iterson, décédé.

Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Umberto Stefani, privatdocent à la Faculté de médecine de Padoue, est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Pise. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Domenico Bossalino (*ophtalmologie*); Pietro Pellegrini (*hygiène expérimentale*).

Faculté de médecine de Rome. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Claudio Della Valle (*cytologie, histologie et anatomie microscopique*); Antonio Dionisi (*anatomie pathologique*).

King's College de Londres. — M. le docteur Richard Tanner Hewlett est nommé professeur de pathologie générale et de bactériologie.

Long Island College Hospital de Brooklyn. — M. le docteur W. F. Campbell est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. W. Browning, décédé.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1900* inclusivement (18 années) absolument complètes, soit les 20 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 182 francs pour la France, 220 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1900, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1900), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, Paris.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Delarue (P.). De la staso-basophobie.

Dervieux (F.). Les expertises médico-légales.

Devaux (A.). Endothéliomes des méninges; étude histologique, clinique et pathogénique.

Diard (H.). Les manifestations gommeuses de la syphilis héréditaire tardive.

Dircksen (M.). Etude sur la composition chimique et la concentration moléculaire du liquide céphalo-rachidien.

Dramard (R.). De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.

Dubarry. Etude statistique de 52 cas d'appendicite opérés en dix-huit mois par M. Tuffier.

Duché (E.). De la précocité intellectuelle; étude sur le génie.

Dupinet (C.). Le diaphragme et la mobilité des épanchements pleuraux.

Dupuis. Contribution à l'étude des ruptures valvulaires de l'aorte.

Durrieux (A.). Les diverticules de la vessie; leur anatomie, leur pathologie.

Espinasse (P.-M.). L'assistance familiale des aliénés (colonie d'Ainay-le-Château).

Faivre (H.). Aperçu sur quelques accidents dus au régime lacté exclusif chez l'adulte.

Fargeas de Lamothe. L'hypotonie organique dans la pelade; rôle thérapeutique du massage.

Feurtet (G.). Contribution à l'étude des kystes du vagin; leur pathogénie.

Frumusanu (J.). Du massage et de quelques-unes de ses applications en obstétrique.

Fumouze (P.). Dermatose chlorique électrolytique.

Galletti (A.). La question des séborrhées.

Gebhard (L.). De la diazo-réaction d'Ehrlich dans les maladies de l'appareil respiratoire.

Ghika (Ch.). Etude sur le thymus.

Gigaud-Lafont (H.). Séméiologie de la raie méningitique chez l'enfant.

Grasset (E.). La cryoscopie et son application chez les tuberculeux.

Grelault (L.). Contribution à l'étude des dermatoses linéaires.

Gueller (M[lle] B.). Des métrorrhagies chez les jeunes filles.

Henry (L.). Contribution à l'étude du pouls lent, suite de diphtérie.

Jacquot (F.-J.). Du traitement du lupus érythémateux par les courants de haute fréquence.

Jodin (H.). Contribution à l'étude des adénomes du rectum.

Joubaire (P.). Contribution à l'étude des fractures de l'astragale : fractures simples.

Kieffer (Ch.-E.). Contribution à l'étude bactériologique de la pneumonie lobaire suppurée.

Ladevèze (I.). Comment les familles ouvrières parisiennes disparaissent par tuberculose.

Lalande (L.-B.). Contribution à l'étude des tumeurs ostéoïdes du sinus maxillaire.

Larger (M.-H.). Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence d'après R. Larger.

Laure (L.-M.-J.). Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique.

Lebel (A.). La désarticulation de la hanche comparée à l'amputation de la cuisse dans les tumeurs malignes du fémur et des tissus environnants.

Le Calvé (J.). Pathogénie des œdèmes; de l'œdème aigu toxi-névropathique de la peau et des muqueuses (maladie de Quincke).

Leclerc (A.). Contribution à l'étude des adénopathies tuberculeuses du cou; leur traitement par le cacodylate de soude.

Lehman (E. R.). De la ligne brune abdominale.

Markel (H.). L'asthme chez les enfants.

PHYSIOLOGIE

Bernheim (A.). Albuminous nutrition and nutritious albumen. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 mars.)

Castex (E.). Mécanisme du soulèvement du corps sur la pointe des pieds. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Cavazzani (E.). Rodopsimetro ovvero strumento per la determinazione del colore della retina in rapporto alla quantità di rodopsina contenutavi. (*Gazz. degli Osped.*, 19 mai.) — Instrument pour déterminer la couleur de la rétine suivant la quantité de pigment rouge contenue dans cette membrane.

Justesen (Th.). Ueber den Einfluss verschiedener Nahrung auf die Salzsäuresecretion und den osmotischen Druck im normalen menschlichen Magen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 5-6.) — Influence des divers régimes alimentaires sur la sécrétion de l'acide chlorhydrique et sur la tension osmotique dans l'estomac humain normal.

Korczynski (L. von). Ueber den Einfluss der Gewürze auf die Magenthätigkeit; vorläufige Mitteilung. (*Wien. med. Presse*, 24 mars.) — Influence exercée par les condiments sur le fonctionnement de l'estomac.

Leduc (S.). Médecine moléculaire; la tension osmotique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 2 et 9 mars.)

Lewin (C.). Beiträge zum Hippursäurestoffwechsel des Menschen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 5-6.) — De l'élimination de l'acide hippurique chez l'homme.

Nagelschmidt (F.). Ueber alimentäre Beeinflussung des osmotischen Druckes des Blutes bei Mensch und Thier. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 3-4.) — Influence de l'alimentation sur la tension osmotique du sang chez l'homme et chez les animaux.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Pepper (W.). A study of congenital sarcoma of the liver and suprarenal. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Sarcome congénital du foie et des capsules surrénales.

Rabaud (E.). Genèse des spina-bifida. (*Arch. gén. de méd.*, mars.)

Reusz (F. von). Zur Kenntnis der postmortalen Cysten-, recte Blasenbildung im Gehirn. (*Pest. med.-chir. Presse*, 10 mars.) — Des formations kystiques se produisant dans le cerveau *post mortem*.

Sabrazès et **Mathis.** Etat du sang (formule hémo-leucocytaire) dans le zona. (*Rev. de méd.*, mars.)

Smurthwaite (H.). Remarks on a case of electric shock. (*Brit. Med. Journ.*, 9 mars.)

Weill (E.) et **Péhu** (M.). Sur un cas de malformation congénitale de l'œsophage; séparation avec écartement des deux segments; communication du segment inférieur à plein canal avec la trachée. (*Lyon méd.*, 3 mars.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Mertens (V.). Ein biologischer Beweis für die Herkunft des Albumen im Nephritisharn aus dem Blute. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 mars.) — Une preuve biologique de l'origine sanguine de l'albumine contenue dans les urines des néphritiques.

Reibmayr (A.). Ueber die natürliche Immunisirung bei tuberkulösen Familien. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 mars.)

Rubinstein (H.). Ueber die Veränderungen des Knochenmarkes bei Leukocytose. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 3-4.) — Altérations de la moelle osseuse dans la leucocytose.

Sänger (M.). Zur Aetiologie der Staub- Inhalations-Krankheiten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 2.) — Considérations étiologiques sur les maladies dues à l'inhalation des poussières.

Schütze (A.) et **Scheller** (R.). Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der im normalen Serum vorkommenden globuliciden Substanzen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 2.)

Schwalbe (E.). Der Einfluss der Salzlösungen auf die Morphologie der Gerinnung. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 mars.) — Influence des solutions salines sur les modifications morphologiques du sang qui accompagnent la coagulation.

Stejskal (K. von). Ueber febrile Veränderungen in der chemischen Zusammensetzung des Blutes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 3-4.) — Des altérations survenant dans la composition chimique du sang sous l'influence de la fièvre.

Talma (S.). Von der baktericiden Wirkung der Galle. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 5-6.) — De l'action bactéricide de la bile.

Wolff (A.). Transsudate und Exsudate; ihre Morphologie und Unterscheidung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 5-6.)

Wright (A. E.). On the quantitative estimation of the bactericidal power of the blood; second communication. (*Lancet*, 2 mars.) — De la mensuration du pouvoir bactéricide du sang.

MÉDECINE

Ebstein (W.) et **Schwalbe** (J.). Handbuch der praktischen Medicin. T. V. In-8°, 1010 p. avec fig. Stuttgart.

Elsner (H. L.) et **Groat** (W. A.). Splenic-myelogenous leukœmia with pulmonary tuberculosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Garrod (A. E.). The clinical and pathological relations of the chronic rheumatic and rheumatoid affections to acute infective rheumatism. (*Lancet*, 16 mars.)

Giauni (V.). Contributo allo studio del rantolo crepitante. (*Pammatone*, V, 1.) — Le râle crépitant.

Grünberg (J.). Ueber Pulscurven und deren diagnostischen Wert bei Herzfehlern und Gefässerkrankungen. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 9 mars.) — Des tracés sphygmographiques et de leur valeur diagnostique dans les cardiopathies organiques et dans les affections des vaisseaux.

Hawthorne (C. O.). On the occurrence of pyrexia in cancer and other diseases of the liver, and in cases of gall stone. (*Brit. Med. Journ.*, 16 mars.) — De l'hyperthermie dans le cancer et quelques autres affections du foie, ainsi que dans les cas de cholélithiase.

Heineman (H. N.). Acute gastric ulceration. (*Med. Record*, 9 mars.)

Heitler (M.). Ueber reflektorische Pulserregung. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 16 mars.) — De l'excitation réflexe du pouls.

Huchard (H.). Consultations médicales (clinique et thérapeutique). 2e éd. In-8°, 544 p.

Jaquet (A.). Zur Frage der sogenannten Verlangsamung des Stoffwechsels bei Fettsucht. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er mars.) — Du soi-disant ralentissement des échanges organiques dans l'obésité.

Jolles (A.). Kleine Beiträge zur Methodik der Harnuntersuchung. (*Wien. med. Wochensch.*, 2 mars.) — Remarques sur la technique de l'examen des urines.

King (H. M.). An interesting case of splenic anemia. (*Med. News*, 23 mars.)

Koplik (H.). Cerebrospinal meningitis (Weichselbaum, Jaeger) treated by repeated lumbar puncture. (*Med. News*, 23 mars.)

Leven (G.). Les coefficients urinaires dans l'obésité. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Marckwald. Zur Aetiologie und experimentellen Erzeugung der Lebercirrhose. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 mars.) — Etiologie et production expérimentale de la cirrhose du foie.

Miner (Ch. H.). Leukemia and pseudo-leukemia. (*Internat. Med. Magazine*, mars.)

Mohr (L.). Ueber den Einfluss fieberhafter Erkrankungen auf die Glykosurie beim Diabetes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 5-6.) — De l'influence exercée par les maladies fébriles sur la glycosurie diabétique.

Moreau. Rhumatisme articulaire subaigu; mort brusque par œdème aigu du poumon; endocardite végétante. (*Loire méd.*, mars.)

Noorden (C. von). Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. 3e éd. In-8°, 317 p. Berlin. — Le diabète et son traitement.

MALADIES INFECTIEUSES

Eshner (A.) et **Weisenberg** (T. H.). Hemorrhagic typhoid fever. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Fabre (P.). Les oreillons, à propos de la dernière épidémie observée à Commentry (1899-1900). In-8°, 20 p.

Fränckel (P.). Die Göttinger Typhusepidemie im Sommer 1900. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 et 28 mars.) — L'épidémie de fièvre typhoïde observée à Gœttingue en 1900.

Homa (E.). Die Gelenksaffectionen beim Scharlach. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 mars.) — Des arthropathies scarlatineuses.

Jochmann (G.) et **Krause** (P.). Zur Aetiologie des Keuchhustens. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 2.) — Etiologie de la coqueluche.

Koch (M.) et **Coenen** (H.). Fortschritte der Malariaforschung in Italien. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 et 25 mars.) — Les progrès accomplis dans l'étude de la malaria en Italie.

Krause (P.). Beitrag zur Kenntnis der Komplikationen bei Varicellen. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 mars.)

Monti (A.). Cholera epidemica, Dysenterie, Meningitis cerebrospinalis epidemica. (*Wien. Klinik*, fév.-mars.)

Nobécourt (P.) et **Merklen** (P.). Les leucocytes dans la varicelle. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Old (H.). Malarial fever, with special reference to the value of blood examinations; report of cases. (*Med. News*, 2 mars.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bonhöffer. Drei Fälle von aphasischer Störung traumatischer Entstehung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 23 mars.) — Trois cas de troubles aphasiques d'origine traumatique.

Bouveret (L.). Formes sévères de l'aérophagie nerveuse. (*Lyon méd.*, 10 mars.)

Burr (Ch.). Stereoagnosis and allied conditions. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Cantani (A.). Sull'etiologia di alcune anchilosi della colonna vertebrale. (*Riv. critica di clinica medica*, 9 mars.)

Catrin. L'aliénation mentale dans l'armée; l'aliénation des jeunes soldats; prophylaxie; conseils de revision; incorporation; conseils de guerre. In-16, 75 p.

Crocq (J.). Un cas de méningo-myélite tuberculeuse aiguë avec autopsie. (*Journ. de neurol.*, 20 fév.)

Croom (J. H.). Psychoses following pelvi-abdominal operations. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.) — Psychoses consécutives aux opérations pelvi-abdominales.

De la Camp. Seltenere Syringomyelieformen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 mars.) — Formes rares de la syringomyélie.

Duplant (F.). Excitabilité idiomusculaire chez les tabétiques. (*Lyon méd.*, 24 mars.)

Feron (G.). Un cas d'anesthésie généralisée et presque totale. (*Journ. de neurol.*, 20 mars.)

Fisher (E. D.). Acute myelitis. (*Brooklyn Med. Journ.*, mars.)

Fragstein (von). Zur Trigeminuserkrankung als Initialsymptom der Tabes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 mars.)

Fürst (L.). Ueber den Zusammenhang zwischen psychischer Verstimmung und chronischer Verstopfung. (*Wien. med. Presse*, 24 mars.) — Des rapports entre la dépression psychique et la constipation habituelle.

Garnier (P.) et **Cololian** (P.). Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses (hygiène et prophylaxie). In-8°, 486 p.

Gauthier (Ch.). Gliome du noyau caudé. (*Province méd.*, 23 mars.)

Gessner (C.). Ueber die springende Mydriasis. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 mars.) — De la mydriase alternante.

Goldflam (S.). Weiteres über das intermittirende Hinken. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.) — De la claudication intermittente.

Gordon (W.). A note on the knee-jerk in chorea. (*Brit. Med. Journ.*, 30 mars.) — Le réflexe rotulien dans la chorée.

Guyot (J.) et **Pery** (J.). Note sur un cas d'hystéro-traumatisme; paralysie faciale complète et trismus chez une enfant de treize ans. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 3 mars.)

Haskovec (L.). Ein Beitrag zur Erkenntnis der Zwangsvorstellungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 16 et 23 mars.) — Contribution à l'étude des idées fixes et des obsessions.

Higier (H.). Uwagi w sprawie « myastheniae paroxysmalis angioscleroticae » (chromanie przestankowe-Charcot) oraz t. zw. « gangraenae spontaneae ». (*Gaz. lekarska*, 23 et 30 mars et 6 avril.) — Quelques réflexions sur la myasthénie paroxystique par angiosclérose (claudication intermittente de Charcot) et sur la gangrène dite « spontanée ».

Hitzig (E.). Alte und neue Untersuchungen über das Gehirn. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 1.) — Recherches sur l'encéphale.

Ilberg (G.). Beschreibung des Centralnervensystems eines 6tägigen, syphilitischen Kindes mit unentwickeltem Grosshirn bei ausgebildetem Schädel, mit Asymmetrie des Kleinhirns sowie anderer Hirntheile und mit Aplasie der Nebennieren. (*Arch. f. Psychiatrie.*, XXXIV, 1.) — Description du système nerveux central d'un enfant syphilitique, ayant vécu six jours et présentant un arrêt de développement du cerveau, de l'asymétrie du cervelet et d'autres parties de l'encéphale, avec aplasie des capsules surrénales.

Ingelrans et Crétal. Hémiplégie hystérique gauche chez un homme de soixante-six ans; spasme glosso-labié du côté droit; guérison rapide par suggestion. (*Echo méd. du Nord*, 17 mars.)

Kalischer (S.). Ein Fall von Teleangiectasie (Angiom) des Gesichts und der weichen Hirnhaut. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 1.) — Angiome de la face et de la pie-mère.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Ehlers et Cahnheim. La lèpre en Crète. (*Lepra*, II, 1 et 3.)

Gottheil (W. S.). Acute suppurative folliculitis of the scalp. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 mars.)

Grouven (C.). Der Pemphigus chronicus in seinen Varietäten als : Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus, Pemphigus vegetans und Dermatitis herpetiformis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 1, 2 et 3.)

Gunsett. Impetigo herpetiformis beim Manne. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 3.)

Halpern (J.). Ueber einige Indicationen zur Erneuerung der antisyphilitischen Behandlung. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 3.) — Sur quelques indications relatives au rajeunissement du traitement antisyphilitique.

Heller (J.). Ueber Erythema exsudativum multiforme nach chemischer Reizung der Harnröhre. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 mars.) — Erythème exsudatif polymorphe consécutif à une irritation chimique de l'urèthre.

Heuss (E.). Einige Grundfragen aus der Syphilistherapie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 mars.) — Quelques questions fondamentales du traitement de la syphilis.

Hoffmann (E.). Zur Meningitis basilaris syphilitica praecox. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 mars.)

Little (E. G.). Vaccinal lupus. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, mars.)

Matzenauer (R.). Zur Kenntnis und Aetiologie des Hospitalbrands. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 1, 2 et 3.) — De la pourriture d'hôpital.

Mibelli (V.). Ueber die Alopecia areata. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mars.)

PARASITOLOGIE

Boston (N.). Cultivation of the aspergillus in urine. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 mars.)

Craig (Ch. F.). Observations upon the amœbæ coli and their staining reactions. (*Med. News*, 16 mars.) — Sur les amibes du côlon et sur leurs réactions colorantes.

Schumann. Beitrag zur Behandlung der Scabies. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 2 fév.) — Traitement de la gale.

Soloviev (N.). Le balantidium coli en tant qu'agent pathogène des diarrhées chroniques (en russe). (*Vratch*, 24 mars et 7 avril.)

Soulié. La malaria bovine et son hématozoaire. (*Bull. méd. de l'Algérie*, janv., fév. et mars.)

Woldert (A.). Cultivation of the estivo-autumnal malarial parasite in the mosquito Anopheles quadrimaculata. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mars.)

CHIRURGIE

Bender (O.). Ueber chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 mars.) — De l'inflammation chronique ankylosante du rachis.

Bergmann (E. von) et **Rochs** (H.). Anleitende Vorlesungen für den Operations-Cursus an der Leiche. 4e éd. 1re partie. In-8°, 252 p. avec fig. Berlin. — Introduction au cours de médecine opératoire.

Bertelsmann. Ueber einen operativ geheilten Fall von Hirndruck entstanden durch Sinuszerreissung. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 mars.) — Un cas de compression cérébrale par déchirure des sinus, guéri à la suite d'une intervention chirurgicale.

Bevan (A. D.). Diagnosis of stone in the kidney by the X-ray, and its treatment. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Diagnostic radioscopique des calculs rénaux et traitement de la néphrolithiase.

Blagoviéchtchensky (D.). Un cas de tumeur maligne du rein gauche (en russe). (*Méd. Obozr.*, mars.)

Blauel (C.). Ueber die Naht bei subkutaner Zerreissung des Ligamentum patellae. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 2.) — De la suture dans les cas de rupture sous-cutanée du ligament de la rotule.

Bolton (P. R.). The treatment of colitis by valvular colostomy and irrigation. (*Med. Record*, 16 mars.)

Borchert (F.). Beiträge zur Lungen-Chirurgie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 2.) — Contribution à la chirurgie pulmonaire.

Bovée (J. W.). The preferable technique of closing the incision in abdominal section and herniotomy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Brown (F. T.). On non-obstructive, postoperative anuria. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Brunner (K.). Meine chirurgischen Erfahrungen auf dem Gebiete des Magencarcinoms in den Jahren 1896-1900. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 fév. et 1er mars.) — Interventions chirurgicales pour cancer de l'estomac, pratiquées pendant la période de 1896 à 1900.

Bucknall (R.). Cases of injury to the epiphyseal line. (*Lancet*, 30 mars.)

Cathelin (F.). De la torsion des hydrosalpinx. (*Rev. de chir.*, fév. et mars.)

Chavannaz (G.). Fracture compliquée du corps du fémur; résection du fragment supérieur; phénomènes infectieux; désarticulation de la hanche; guérison. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mars.)

Childe (Ch. P.). A case of hour-glass stomach; non malignant; gastro-entérostomy. (*Brit. Med. Journ.*, 23 mars.) — Gastro-entérostomie dans un cas d'estomac en sablier.

Chudovszky (M.). Ueber tuberkulöse Bauchfellentzündungen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 20 et 27 janv., 3, 10 et 24 fév., 3 et 10 mars.) — Des péritonites tuberculeuses.

Codivilla (A.). Sul trattamento operativo della lussazione congenita dell'anca. (*Riforma med.*, 6 et 7 mars.) — Traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche.

Da Costa (J. Ch.). A case of sarcoma of the thigh, for which disarticulation was performed through the hip-joint, with the formation of a posterior flap. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Désarticulation de la hanche à lambeau postérieur pour sarcome de la cuisse.

Dalinguère (A.). De la néphropexie (en russe). (*Méd. Obozr.*, mars.)

Delore (X.) et **Patel** (M.). De l'exclusion unilatérale dans les fistules rebelles de l'intestin. (*Rev. de chir.*, mars.)

21e ANNÉE. — N° 37. Prix de ce numéro : UN franc. 4 SEPTEMBRE 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

VARIA

Quelques exemples de précocité intellectuelle chez des médecins.

Comme on peut le supposer *a priori*, c'est surtout dans le domaine des arts, où l'inspiration créatrice joue un rôle plus important peut-être que l'éducation, que les exemples de précocité intellectuelle sont nombreux; et la jeunesse de Lulli, de Haendel, de Mozart, de Beethoven parmi les musiciens, de Byron, de Victor Hugo, d'Alfred de Musset parmi les poètes, de Michel-Ange, de François Lebrun parmi les peintres, avait fait naître des espérances que l'avenir devait pleinement réaliser.

En ce qui concerne les sciences, au contraire, les dons naturels, quelque précieux qu'ils soient, ne peuvent porter leurs fruits que s'ils sont développés par une culture appropriée; aussi, les « jeunes prodiges » scientifiques sont-ils relativement peu fréquents. Toutefois, certaines sciences plus particulièrement spéculatives, comme les mathématiques, ont pu être « devinées » par des enfants précoces; le fait de Bl. Pascal, réinventant la géométrie euclidienne à l'âge de douze ans, est présent à tous les esprits.

Il est évident qu'il ne peut guère en être de même dans les sciences d'observation pure, comme la médecine. Aussi ne saurait-on être surpris que la thèse récemment consacrée par M. E. Duché à « la précocité intellectuelle » ne renferme que quelques noms de médecins; encore est-ce généralement dans des connaissances plus ou moins étrangères à l'art de guérir que ceux-ci ont donné la preuve de leur génie précoce.

C'est ainsi que nous y relevons le fait de Cardan, médecin italien du seizième siècle qui ayant perdu de son père, dès l'âge de sept ans, les premières notions des sciences, en profita si bien qu'à vingt-deux ans il avait achevé ses études à l'Université de Pavie, et y donnait des leçons de dialectique et de mathématiques; celui de Boerhave (1668-1738), lequel, à onze ans, malgré une enfance maladive, savait le grec et le latin, mais ne commença qu'à vingt-deux ans ses études médicales; celui de A. de Heller, son élève, né à Berne en 1708, qui soutint sa thèse à l'âge de dix-neuf ans, après avoir donné dès son enfance des preuves d'une précocité extraordinaire : à dix ans, il composa, pour son usage, des vocabulaires grec et hébraïque et des grammaires hébraïque et chaldéenne; à quinze ans, il avait écrit des tragédies, des comédies, et même un poème épique de 4,000 vers dans le goût de Virgile; au reste, il conserva toute sa vie cette activité intellectuelle surprenante, car il fut, en même temps que médecin, poète, théologien, linguiste, etc.

Plus près de notre époque, nous pouvons encore citer l'exemple de Gœthe, le célèbre philosophe, poète et naturaliste allemand, qui, s'il ne fut pas médecin, n'était certes pas étranger aux sciences médicales; enfin, parmi les contemporains, celui du physiologiste Flourens, lequel n'avait pas dix-neuf ans quand il fut reçu docteur en médecine par la Faculté de Montpellier.

Hommage rendu à Armauer Hansen.

Il est plus qu'exceptionnel de voir élever un monument à un médecin de son vivant. C'est du Nord que nous en vient l'exemple, le premier que nous connaissions. Le savant qui a mérité cet insigne honneur est si modeste que nous n'éprouvons aucun scrupule à signaler le fait, tout en souhaitant que le Corps médical soit très sobre de pareils hommages.

Le confrère ainsi honoré est Armauer Hansen, le léprologue universellement connu depuis sa découverte du bacille de la lèpre, auquel on a donné le nom de « bacille de Hansen ». Les Norvégiens, voulant célébrer publiquement le mérite scientifique et les vertus professionnelles de leur compatriote, avaient décidé d'élever, de son vivant, le buste du médecin de Bergen. Les membres de la Conférence sur la lèpre tenue à Berlin en 1897 ayant eu connaissance de ce projet, il se forma un Comité international pour en réaliser l'exécution à l'occasion du soixantième anniversaire de la naissance de Hansen. L'inauguration du buste a eu lieu dernièrement dans le jardin du musée de Bergen, en présence de M. Hansen lui-même, entouré d'un grand nombre de médecins norvégiens et de délégués des pays étrangers.

Congrès international de physiologie en 1901.

Le cinquième Congrès international de physiologie se tiendra à Turin du 17 au 21 septembre.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur Franz Volhard est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur Heinrich Kionka, privatdocent à la Faculté de médecine de Breslau, est nommé professeur extraordinaire de pharmacologie.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Gaetano Vinci est nommé privatdocent de matière médicale et de pharmacologie expérimentale.

Faculté de médecine de Naples. — MM. les docteurs Ernesto Crisafulli et Giovanni Libertini sont nommés privatdocenten de psychiatrie.

Faculté de médecine de Pavie. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Mauro Jatta (*pathologie générale*); Mario Truffi (*dermatologie et syphiligraphie*).

Université d'Edimbourg. — M. le docteur James Beattie est nommé lecteur de bactériologie.

Université de Sydney. — Sont nommés lecteurs : MM. les docteurs S. Jamieson (*pathologie*); W. C. Wilkinson (*médecine*).

NÉCROLOGIE

M. le docteur Cunéo, inspecteur général du service de santé de la marine française. — M. le professeur A. von Coler, médecin inspecteur général du service de santé militaire de la Prusse. — M. le docteur Alfred Vaucher, ancien professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Genève. — M. le docteur Adolf Fick, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Wurtzbourg. — M. le docteur Hermann Steinbrügge, professeur extraordinaire d'otologie à la Faculté de médecine de Giessen.

AVIS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Lehmann (P.). Contribution à l'étude des névralgies grippales.

Lemoine (E.). Essai sur le traitement des tumeurs malignes par les sels de quinine.

Lemonnier (L.). Contribution à l'étude du traitement du tétanos; étude comparée des différents modes d'introduction dans l'organisme de l'antitoxine tétanique.

Lepage (H.). Persistance de la membrane pupillaire et pigmentation congénitale de la cristalloïde antérieure.

Lesourd (V.). Considérations sur le sarcome primitif localisé de la peau et le molluscum fibrosum.

Leullier (E.). De l'eczéma arthritique chez l'enfant et spécialement chez le nourrisson.

Lhomme (H.). De l'actinomycose des parois thoraciques et abdominales.

Macdonald (I.). La propagation du paludisme par les moustiques, avec une note sur leur rôle à Rio-Tinto (Sud d'Espagne).

Marchat (A.). Des kystes hydatiques des reins.

Marcou-Mutzner (H.). Le sanatorium d'Hendaye et le climat atlantique méridional.

Mathevet (J.). Contribution à l'étude de la hernie inguino-interstitielle.

Matsoukis Calogero (J.). Etude des capsules surrénales avec recherches expérimentales.

Montagné (J.). Intoxication aiguë par les vapeurs nitreuses.

Napier (A.-G.). Traitement des tumeurs malignes inopérables ou récidivantes par les sels de quinine (méthode de M. Jaboulay).

Napieralski (Th.). Le vertige voltaïque dans les lésions de l'appareil auditif.

Odinet (J.). Contribution à l'étude de la médication cacodylique.

O'Neill (G.). Etude sur la nature et l'origine des tumeurs conjonctives bénignes de la paroi abdominale.

Parant (A.-V.). Les délires de jalousie (jalousie sénile, délires systématisés); clinique et médecine légale.

Pareur. Du purpura de l'épilepsie.

Paulet (E.). Etude sur l'emploi thérapeutique de l'acide cacodylique dans les maladies mentales.

Paulouch (F.). L'érythème noueux chez les enfants.

Pégot (J.-G.). Les surdités de la furonculose et de la grossesse et leur traitement; existence d'un centre psychique d'auto-audition.

Pelthier (J.). Contribution à l'étude des formes cliniques de la péricardite tuberculeuse.

Philippet (G.). Ostéopathies blennorrhagiques.

Pichardie (D.). Considérations sur l'intoxication saturnine et en particulier la paralysie chez les ouvrières en fleurs artificielles.

Pierra (L.). La surcharge alimentaire cause d'intolérance gastro-intestinale chez le nourrisson.

Pinault (R.). Formes frustes de la méningite cérébro-spinale dite épidémique (cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien).

Pioro. Contribution à l'étude de la spermatorrhée.

Platey (L.). De la fréquence et de l'instabilité du pouls dans la tuberculose pulmonaire chronique; leur importance pour le diagnostic précoce.

Pophillat (L.). Paralysies angineuses; paralysies consécutives aux angines non diphtériques.

Pothet (R.). Essai critique et historique sur la suette miliaire.

Poueydebat (P.). Essai sur les manifestations cutanées du rhumatisme chronique.

Pouquet (J.). Les fistules rénales post-opératoires et leur traitement.

MÉDECINE

Noguès (E.) et **Sirol** (J.). Un cas de polynévrite urémique. (*Arch. méd. de Toulouse*, 1er juillet.)

Oehler (R.). Zur Magenuntersuchung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 16 mars.) — La douche d'air comme moyen d'exploration de l'estomac.

Ortmann (K.). Klinische Beiträge zur Erkrankung des Œsophagus durch Ulcus e digestione. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 mars.)

Pollaci (G.). Sul rapporto di tempo dei rumori valvolari coi toni del cuore. (*Riforma med.*, 21 mars.)

Pollatschek (A.). Zur Aetiologie des Diabetes mellitus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 5-6.)

Robinson (B.). Clinical study of acute myocarditis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Rolleston (H. D.) et **Hayne** (L. B.). A case of congenital hepatic cirrhosis with obliterative cholangitis (congenital obliteration of the bile ducts). (*Brit. Med. Journ.*, 30 mars.)

Rubin (W.). Ein neues Verfahren zum Nachweise von Schwefelwasserstoff im Magen. (*Wien. med. Wochensch.*, 2 mars.) — Un nouveau procédé de recherche de l'hydrogène sulfuré dans l'estomac.

Salmon (J.). Meningitis tuberculosa. (*Casopis lékaru ceskych*, 2 mars.)

Santini (A.). Il ricambio organico in un caso di ittero infettivo. (*Gazz. degli Osped.*, 24 mars.) — Les échanges organiques dans un cas d'ictère infectieux.

Sassi (D.). A proposito di due casi di febbre ittero-emoglobinurica da malaria. (*Gazz. degli Osped.*, 31 mars.)

Schumann. Ein Fall von Diabetes mellitus mit Polyneuritis. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 6, 9 et 13 mars.)

Sewall (H.). A preliminary note on the relation of the form of the tubercle bacillus to the clinical aspects of pulmonary tuberculosis. (*Med. News*, 16 mars.)

Shaw (H.). The tonometer and its value in determining arterial tension. (*Med. News*, 9 mars.)

Sievers (R.). Ein Fall von Pneumopyopericardium. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 mars.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Hinsdale (G.). Aphasia with letter-blindness, without word-blindness; with right hemiplegia and pulmonary tuberculosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mars.) — Un cas de tuberculose pulmonaire avec hémiplégie droite intercurrente et aphasie accompagnée de cécité littérale mais sans cécité verbale.

Johannessen (A.). Bemerkninger om poliomyelitis anterior acuta. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.)

Kotschetkowa (L.). Beiträge zur pathologischen Anatomie der Mikrogyrie und der Mikrocephalie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 1.)

Lapponi (G.). Emiplegia da infezione malarica; guarigione. (*Policlinico*, 23 mars.)

Leyden (E. von). Die Tabes dorsualis. In-8°, 140 p. avec fig. Vienne.

Licci (P.). Paralisi labio-glosso-faringea (paralisi di Duchenne). (*Gazz. degli Osped.*, 17 mars.)

Liebmann (A.). Agrammatismus infantilis. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 1.)

Marinesco (G.). Recherches cytométriques et caryométriques des cellules radiculaires motrices après la section de leur cylindraxe. (*Journ. de neurol.*, 5 et 10 mars.)

Meczkowski (W.). Przyczynek do nauki o tezyczce. (*Gaz. lekarska*, 9 et 16 mars.) — De la tétanie.

Meyer (E.). Beitrag zur Kenntnis des inducirten Irreseins und des Querulantenwahns. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 1.) — De la folie communiquée et du délire des persécutés-persécuteurs.

Mitchell (J. K.). Rest treatment for hysterical disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 mars.) — Traitement de l'hystérie par le repos.

Moty. Deux cas de maladie de Brodie. (*Echo méd. du Nord*, 17 mars.)

Noce (S.). Sulla malattia di Morton o metatarsalgia; descrizione di cinque casi. (*Morgagni*, mars.)

Pearce (F. S.). Hereditary subnormal color-perception. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 mars.)

Sarbó (A. von). Ueber einen in der Narkose entstandenen Fall von luötischer Plexus-Neuritis. (*Pest. med.-chir. Presse*, 24 mars.) — Névrite syphilitique du plexus brachial survenue à l'occasion d'une anesthésie chirurgicale.

CHIRURGIE

Diehl (G.). Ueber einen seltenen Fall von Fremdkörper in der Luftröhre. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 mars.) — Un cas rare de corps étranger de la trachée.

Doran (A.). Painless calculous pyonephrosis without fever; nephrectomy; recovery. (*Brit. Med. Journ.*, 2 mars.) — Pyonéphrose calculeuse indolore et apyrétique; néphrectomie; guérison.

Eads (B.). Operations for injuries to the median and ulnar nerves. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 mars.) — Opérations pour lésions traumatiques des nerfs médian et cubital.

Engelbach (P.). Les luxations totales du métatarse. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 mars.)

Erdmann (J. F.). A method of reducing dislocations of the thumb. (*Med. Record*, 2 mars.) — Un procédé de réduction des luxations du pouce.

Escher (Th.). Resection der Speiseröhre mit circulärer primärer Naht wegen narbiger Occlusion. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 3.) — Résection de l'œsophage avec réunion par première intention (suture circulaire) pour rétrécissement cicatriciel.

Faguet (Ch.). Traitement des gangrènes limitées dans l'étranglement herniaire par le procédé de l'« enfouissement » ou de l'invagination latérale partielle. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 24 fév. et 3 mars.)

Flerov (Y.). Des ruptures traumatiques du cœur (en russe). (*Méd. Obozr.*, mars.)

Flockemann (A.), **Ringel** (T.) et **Wieting** (J.). Kriegserfahrungen der zweiten deutschen (hamburgischen) Ambulanz der Vereine vom Rothen Kreuz aus dem südafrikanischen Kriege. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 295-296.) — Observations recueillies au cours de la guerre du Transvaal.

Folet (H.). Sur l'injection intrarachidienne de cocaïne. (*Echo méd. du Nord*, 31 mars.)

Fowler (G. R.). Excision of aneurism, with a report of two cases of femoral aneurism so treated. (*Med. Record*, 23 mars.) — Deux cas d'anévrysme de l'artère fémorale traités par l'excision.

Franck (E.). Beitrag zur Genese der Mastitis adolescentium. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 mars.)

Franke (F.). Das Benzin in der Chirurgie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 16 mars.)

Frazier (Ch. H.) et **Biggs** (M. H.). The value of the tuberculin test in the recognition of latency or quiescence in tuberculosis of the bones and joints; a preliminary report. (*University of Pennsylvania Med. Bulletin*, mars.) — Sur la valeur de la tuberculine dans le diagnostic des formes latentes ou torpides de la tuberculose des os et des articulations.

Friedländer (W.). Die habituelle Luxation der Patella. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 2.)

Garampazzi (C.). Metodica dell'intervento nelle adenopatie cervicali ed ascellari e sopra una nuova incisione per lo svuotamento del cavo inguinale. (*Gazz. degli Osped.*, 3 mars.)

Gaston (J. M.). Subphrenic abscess as a complication of appendicitis. (*Med. Record*, 23 mars.)

Goldner (S.). Sacrale Exstirpation des Rectumcarcinoms mit gleichzeitiger Entfernung des Uterus. (*Wien. med. Presse*, 10 mars.) — Extirpation du cancer du rectum par la voie sacrée, pratiquée simultanément avec l'hystérectomie.

Grant (W.). Elbow fractures and the X-ray. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 mars.) — Fractures du coude étudiées à l'aide des rayons de Röntgen.

Hammesfahr (A.). Eine neue Art der Nahtführung zur sicheren Wiedervereinigung der Recti bei medianen Bauchnarbenbrüchen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 9 mars.) — Un nouveau procédé de suture des muscles droits de l'abdomen en cas de hernie médiane post-opératoire.

Haynes (I.). The treatment of postoperative hernia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 fév.)

Herrera Vegas (M.) et **Cranwell** (D. J.). Los quistes hidatídicos en la República Argentina. In-8°, 466 p. avec fig. Buénos-Ayres.

Honsell (B.). Ueber Darmeinklemmung in einer Lücke der Mutterbänder. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 2.) — Sur l'étranglement de l'intestin dans une fente des ligaments de l'utérus.

Hughes (J. G.). The ambulatory pneumatic treatment of fractures. (*Railway Surgeon*, 19 mars.)

Jacobson (N.). Contributions to the surgery of malignant disease of the prostate gland and of the tonsils. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Tumeurs malignes de la prostate et des amygdales.

Jaja (F.). Voluminoso laparocele traumatico antico, irriducibile entero-epiploico, complicato da fistola stercoracea; cura radicale; resezione col bottone di Murphy di m. 1.34 di intestino tenue; resezione di omento; guarigione. (*Clinica moderna*, 27 mars et 3 avril.)

Jaklin (J.). 41 laparotomie. (*Casopis lékaru ceskych*, 16, 23 et 30 mars, 13, 20 et 27 avril et 4 mai.)

Jelks (J. T.). Surgical treatment of abdominal dropsy following cirrhosis of the liver. (*Med. Record*, 23 mars.) — Traitement chirurgical de l'ascite liée à la cirrhose du foie.

Kränzle (P.). Ueber die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Magen durch Gastrotomie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 2.) — L'extraction de corps étrangers de l'estomac au moyen de la gastrotomie.

Lapointe (A.). L'amputation de Chopart; étude sur le renversement du moignon. (*Rev. de chir.*, fév. et mars.)

Lastaria (F.). Su di un caso di sutura cardiaca. (*Riforma med.*, 22, 23 et 25 mars.)

UROLOGIE

Alhaïque (A.). Su di una speciale varietà di pionefrosi calcolosa. (*Policlinico*, 23 mars.)

Bangs (L. B.). A contribution to the Bottini operation for the radical relief of prostatic obstruction. (*Med. Record*, 9 mars.)

Bierhoff (F.). The intravesical evidences of perivesical inflammatory processes in the female. (*Med. News*, 9 mars.) — Les images cystoscopiques dans les cas d'inflammations périvésicales chez les femmes.

Braun. Ein Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 mars.) — Traitement de l'hypertrophie de la prostate.

Brown (Th. R.). Urinary hyperacidity. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 mars.)

Englisch (J.). Das infiltrirte Carcinom der Harnblase. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 mars.) — Le cancer infiltré de la vessie.

Hayden (J. R.). Conservatism in the diagnosis and treatment of prostatic hypertrophy. (*Med. Record*, 23 mars.)

Hock (A.). Die Urethrotomia interna bei der Behandlung von Stricturen der Harnröhre. (*Prag. med. Wochensch.*, 28 mars.) — L'uréthrotomie interne dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Hofmann (K. von). Die moderne Therapie der Cystitis. In-8°, 95 p. Vienne.

König (F.). Zur Geschichte der Anurie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 1-2.)

Loumeau (E.). Suture totale de la vessie, après la cystotomie sus-pubienne, chez un vieux calculeux infecté. (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, fév.)

McGuire (S.). To cut or crush in stone of the urinary bladder? (*Gaillard's Med. Journ.*, mars.) — Lithotomie ou lithotritie?

Pauchet (V.). Examen clinique de l'urèthre, de la prostate et de la vessie. In-8°, 56 p. avec fig.

Pousson (A.). Calculs latents de la vessie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 3 mars.)

Pryor (W. R.). An improved method of examining the female bladder, admitting intravesical operations and treatment of the ureters. (*Med. Record*, 2 mars.) — Un procédé perfectionné de cystoscopie chez la femme.

Viana (G.). Contributo allo studio dell'uretrite cronica. (*Gazz. degli Osped.*, 31 mars.)

Zeissl (M. von). Neue Untersuchungen über die Innervation der Blase. (*Wien. med. Wochensch.*, 9 mars.) — Recherches expérimentales sur l'innervation de la vessie.

OPHTALMOLOGIE

Aguilar Blanch. El eclipse de 1900 y el aparato visual. (*Arch. de oftalmol.*, mars.)

Bitzos (G.). Troisième paupière. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Blessig (E.). Alternirendes Auftreten von Glaukoma simplex und Retinitis pigmentosa an einer Reihe von Geschwistern. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 19 mars.) — De la production alternative du glaucome simple et de la rétinite pigmentaire chez plusieurs frères et sœurs.

Coover (D. H.). Removal of the right upper cervical sympathetic ganglion for the relief of glaucoma simplex. (*Philadelphia Med. Journ.*, 16 mars.) — Extirpation du ganglion sympathique cervical supérieur droit pour glaucome simple.

Dodd (H. W.). Resection of the superior cervical ganglion of the sympathetic for glaucoma and its results. (*Lancet*, 23 mars.)

Ellis (H. B.). Astigmatism, its detection and correction. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 mars.) — Diagnostic et traitement de l'astigmatisme.

Fergus (F.). An easy operation for congenital ptosis. (*Brit. Med. Journ.*, 30 mars.) — Un procédé opératoire facile pour le traitement du ptosis congénital.

Ginestous. Sur un cas de microphtalmie congénitale unilatérale. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 3 mars.)

Jackson (E.). The amount of myopia corrected by removal of the crystalline lens. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 mars.) — Les résultats du traitement de la myopie par l'extraction du cristallin.

Korgéniévsky (S.). 500 opérations de cataracte (en russe). (*Vratch*, 3 mars.)

Lagrange (F.). Hétéroplastie orbitaire par la greffe d'un œil de lapin dans la capsule de Tenon. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Lapersonne (F. de). Tumeurs de l'orbite. (*Echo méd. du Nord*, 3 mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Alexandrov (Th.). Un nouveau procédé de traitement opératoire de la dysménorrhée liée à l'antéflexion de l'utérus (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, mars.)

Atlee (L. W.). Dry labor; report of a case with a peculiar history. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.) — Rupture prématurée des membranes.

Bandler (S. W.). The ovary; its relation to normal functions and to pathological states. (*Med. Record*, 16 mars.)

Beckmann (W.). Ueber die operative Behandlung der Uterusmyome. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 19 mars.) — Traitement opératoire des fibromes de l'utérus.

Blin (G.). Un accouchement au Dahomey. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, janv.-fév.-mars.)

Brjésinsky (V.). L'étiologie de l'éclampsie au point de vue de la théorie infectieuse du professeur Stroganov (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, mars.)

Caturani (M.). Della cura palliativa del cancro uterino col carburo di calce. (*Arch. ital. di ginecol.*, 28 fév.)

Chipov (N.). La sensibilité à la douleur pendant le travail et dans les suites de couches (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, mars.)

Davis (E. P.). False pregnancy (pseudocyesis) and myxedema. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 mars.) — Fausse grossesse et myxœdème.

Deaver (J. B.). Three dangerous operations: repair of lacerated cervix, curettement and rapid dilatation of the cervix. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 mars.)

Dorland (W. A. N.). The coexistence of carcinoma and fibroma in the corpus uteri. (*Philadelphia Med. Journ.*, 30 mars.)

Dröse. Ueber die Aufsuchung und Eröffnung vereiterter parametritischer Exsudate durch Incision bez. Laparotomie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 3.) — La recherche et l'ouverture des exsudats purulents paramétritiques au moyen de la laparotomie.

Duval (G.). Môle hydatiforme; curettage; guérison. (*Echo méd. du Nord*, 10 mars.)

Elder (G.). A case of puerperal eclampsia and its treatment by morphine. (*Brit. Med. Journ.*, 2 mars.)

Fabricius (J.). Beiträge zur Diagnose und Differentialdiagnose der Extrauteringravidität. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 3.)

Foges (A.). Ueber Belastungstherapie. (*Wien. med. Presse*, 3 mars.) — Le traitement par la pesanteur [en gynécologie].

Frank. Ueber einen Fall von Sectio caesarea vaginalis; ein Beitrag zur Behandlung des Carcinoma uteri in der Gravidität. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 mars.)

PÉDIATRIE

Abelmann (M.). Tetanie, Laryngospasmus und deren Beziehung zur Rachitis. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 19 mars.)

Blackadder (Agnes.). Notes of a case of congenital hypertrophy with stenosis of the pylorus. (*Brit. Med. Journ.*, 30 mars.)

Bruch (A.). Hygiène de la première enfance. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, fév. et mars.)

Espine (A. d'). Bericht über Ansteckung und Vorbeugung der Kindertuberculose. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXI, 1-2.) — De la contagion et de la prophylaxie dans la tuberculose infantile.

Fielder (F.). Vaccination, clinically considered. (*Med. News*, 30 mars.)

Filatov (N.). Klinische Vorlesungen über Kinderkrankheiten. (Trad. du russe par G. Türk, E. Rahr et L. Martinson.) Fasc. 1. In-8°, 212 p. Vienne. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants.

Förster (F.). Alkohol und Kinderheilkunde. (*Therap. Monatsh.*, mars.) — L'alcool dans la thérapeutique infantile.

Glasson (Ch. J.). A case of pemphigus neonatorum in an infant three days old. (*Lancet*, 9 mars.) — Pemphigus des nouveau-nés chez un enfant âgé de trois jours.

Gregor (K.). Ein bemerkenswerter, seinem Ursprunge nach nicht aufgeklärter Auskultationsbefund bei einem Säugling (auf die rechte Thoraxseite beschränktes systolisches Geräusch). (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 mars.) — Bruit systolique limité à la moitié droite du thorax chez un nourrisson.

Groves (E. W. H.). Case of extreme stenosis of the small intestine in an infant. (*Brit. Med. Journ.*, 23 mars.) — Sténose très prononcée de l'intestin grêle chez une enfant.

Hecker (R.). Tetanie und Eklampsie im Kindesalter. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 294.)

Jacobi (A.). Künstliche Kinderernährung. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXI, 1-2.) — Allaitement artificiel.

Johannessen (A.). Ueber die Sterilisation der Milch. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 3.) — De la stérilisation du lait.

Kissel (A.). De l'asthme bronchique chez les enfants et de son traitement par l'iodure de sodium (en russe). (*Méd. Obozr.*, mars.)

Maass (H.). Die Radikaloperation kindlicher Hernien. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 mars.) — La cure radicale des hernies chez les enfants.

McCaw (J.). A case of tetanus neonatorum successfully treated with antitetanus serum. (*Brit. Med. Journ.*, 30 mars.)

21e ANNÉE. — N° 38. Vingt centimes le numéro. 11 SEPTEMBRE 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le professeur A. Nicolaier, privatdocent à la Faculté de médecine de Gœttingue, est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Roland Sticher est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Copenhague. — M. le professeur K. B. Pontoppidan (d'Aarhus) est nommé professeur de médecine légale et d'hygiène, en remplacement de M. Gædeken, décédé.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur Axenfeld, professeur à la Faculté de médecine de Rostock, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie, en remplacement de M. Manz, démissionnaire.

Faculté de médecine de Groningue. — M. le docteur H. J. Hamburger (d'Utrecht) est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. D. Huizinga, démissionnaire.

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur J. A. Grober est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Heinrich Füth est nommé privatdocent de gynécologie.

Faculté de médecine de Leyde. — M. le docteur G. C. van Walsem est nommé professeur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Siegenbeek van Heukelom, décédé.

Faculté de médecine de Lund. — M. le docteur M. J. C. A. Forssman, docent de pathologie générale, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Albert Jodlbauer est nommé privatdocent de pharmacologie.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Nicola Berardinone est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Padoue. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Giuseppe Iona et Alberto Luzzatto (*pathologie médicale*); Cesare Merletti (*obstétrique et gynécologie*).

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur E. Gaglio est nommé privatdocent de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Tito Guadi est nommé privatdocent d'hygiène expérimentale et de police sanitaire.

Faculté de médecine de Rostock. — M. le professeur Wilhelm Müller (d'Aix-la-Chapelle) est nommé professeur ordinaire de chirurgie, en remplacement de M. Graser.

VARIA

Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances en 1901.

Le deuxième Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances se tiendra à Amsterdam du 23 au 25 septembre.

Congrès égyptien de médecine en 1902.

Le premier Congrès égyptien de médecine se tiendra au Caire du 10 au 14 décembre 1902.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Joaquín Rubio y Giles, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Séville. — M. le docteur C. A. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro), correspondant étranger de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur A. E. Aust Lawrence, professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'University College de Bristol. — M. le docteur Th. M. Markoe, ancien professeur de chirurgie au College of Physicians and Surgeons de New-York.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Agresse. Sommeil et insomnie.

Allard (E.). Contribution à l'étude des adénopathies thoraciques (trachéo-bronchiques et axillaires) dans la tuberculose pulmonaire chronique.

Antoniotti (J.-P.). Le paludisme; prophylaxie individuelle.

Arsonneau (A.). Réunion par première intention des fistules à l'anus.

Batard (Ch.). Contribution à l'étude des troubles oculaires dus aux parasites intestinaux.

Beynot. L'analgésie cocaïnique par injections sous-arachnoïdiennes, en particulier chez le vieillard.

Bidel (A.). Les adénomes sébacés.

Blanc (P.). De la forme anémique du cancer de l'estomac.

Boirivant (A.). Traitement de l'eczéma par les composés du plomb.

Bonamy (M.-E.). Contribution à l'étude du cancer primitif de la vésicule biliaire.

Renaud (L.). De l'arthrite cervicale rhumatismale chez l'enfant.

Renaudière de Vaux (Ch.). Contribution à l'étude des éventrations post-opératoires par atrophie musculaire.

Reynaud (G.). L'hypotension artérielle et sa valeur clinique dans les états toxiques et infectieux.

Rigollet-Ardillaux. Sur un cas d'hématome consécutif à un fibrome calcifié du quadriceps crural.

Roche (Ch.-A.-F.). Influence de la menstruation de la nourrice sur l'enfant qu'elle allaite.

Rocher (F.). L'hématurie dans les néoplasmes du rein; sa valeur diagnostique et pronostique.

Rolle (G.). Contribution à l'étude des lésions traumatiques de la veine cave inférieure.

Rollet (M.). De l'extraction de la cataracte par le procédé à pont kérato-conjonctival.

Rousseau (P.). L'érysipèle et les maladies streptococciques à Gap, en 1897.

Roustan (P.). Contribution à l'étude de l'albuminurie syphilitique précoce.

Roux (R.). Sur un cas de carcinome cutané.

Royer (L.-G.). De l'ossification des moignons d'amputation.

Rozoy (L.). Mal de Pott; du redressement de la gibbosité et du traitement opératoire de la paraplégie.

Ruffier (J.-E.). Un procédé de curage de l'aisselle au cours de l'amputation du sein cancéreux.

Savatier (R.). De l'influence de la menstruation et de ses troubles sur les voies digestives.

Sentex (J.). Des causes de la mort du produit de la conception pendant la grossesse.

Simonnin (H.). Contribution à l'étude des tumeurs blanches du poignet.

Sullerot (H.). Contribution à l'étude du traitement des pleurésies purulentes.

Tarrade (J.). Considérations sur l'hygiène dentaire dans les établissements d'enseignement.

Tulbendjian (M.). De la maladie d'Addison et de sa forme fruste prolongée à mélanodermie primitive.

Valatx (L.). Contribution à l'étude du traitement du cancer par la quinine.

Vallée (H.). Syphilis et ictère.

Valsamidès. De l'extirpation des trompes par le procédé anatomique.

Viel (M.). Des roséoles ordonnées.

Wacogne (L.-A.-L.). De l'amputation du médius et de l'annulaire dans le métacarpien.

Wibault (C.). Infections broncho-pulmonaires par apport vasculaire dans les streptococcies cutanées des enfants; érysipèle du premier âge.

PHYSIOLOGIE

Orlovsky (V.). De l'alcalinité du sang (en russe). (*Vratch*, 17 mars.)

Posternak (S.). Sur les propriétés physiques de la micelle albuminoïde; contribution à l'étude causale des modifications d'état des colloïdes. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév., mars, juin et juillet.)

Reichert (E. T.). The actions of morphin upon metabolism, with especial reference to « internal secretion » and its bearing upon toxicology. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 mars.) — L'action de la morphine sur les échanges organiques, surtout au point de vue des sécrétions internes dans leurs rapports avec la toxicologie.

Sabrazès et **Fauquet.** Action de l'urine sur les globules rouges. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 10 mars.)

Schuman-Leclercq. Selbstversuche über den Einfluss der Nahrung auf die Acetonausscheidung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 mars.) — Influence du régime alimentaire sur l'élimination de l'acétone.

Silvestri (T.). Sulla funzione tripsinogena della milza; ricerche sperimentali. (*Riforma med.*, 26, 27 et 28 mars.) — Recherches expérimentales sur la fonction tripsinogène de la rate.

Stradomsky (N.). Die Bedingungen der Oxalsäure-Bildung im menschlichen Organismus. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 3.) — De la production d'acide oxalique dans l'organisme humain.

Valerio (N.). Oscillazioni periodiche del numero delle emazie e della quantità di emoglobina nell'uome. (*Clinica moderna*, 20 et 27 mars.)

Volhard (F.). Ueber das fettspaltende Ferment des Magens. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 5-6.) — Sur le ferment du suc gastrique dédoublant les graisses.

MÉDECINE

Stefanile (G.). Osservazioni sulla patogenesi e cura della cloro-anemia. (*Policlinico*, 30 mars.)

Stekel (W.). Zur Pathologie und Therapie der Gicht. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 fév., 2, 9 et 16 mars.) — Pathologie et traitement de la goutte.

Stephens (J. W.). Blackwater fever. (*Lancet*, 23 mars.) — De la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Strassmann (F.). Zur Lehre von den Klappenzerreissungen durch äussere Gewalt. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 5-6.) — Déchirures valvulaires d'origine traumatique.

Sventzizky (V.). Sur une forme spéciale de colite observée en Mandchourie (en russe). (*Méd. Obozr.*, mars.)

Thelberg (M.). Vertigo; a stomach lesion. (*Med. News*, 23 mars.)

Treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900); section de pathologie interne [compte rendu officiel]. In-8°, 809 p.

Ucke (A.). Zur Aetiologie der Aspirationspneumonien. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 19 mars.)

Ullmann (H.). Ein Fall von gemischter Lebercirrhose mit akutem Verlaufe. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 mars.) — Un cas de cirrhose mixte du foie à évolution aiguë.

Voss (G.). Ueber die Diagnose des Kopfschmerzes. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 19 mars.) — Sur la séméiologie de la céphalalgie.

Waldvogel (R.) et **Hagenberg** (J.). Ueber alimentäre Acetonurie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLII, 5-6.)

Willson (R. N.). A practical modification of the phenylhydrazin test for glycosuria. (*Philadelphia Med. Journ.*, 30 mars.)

Zappert (J.). Ueber die Bedeutung atypischer Initialsymptome bei der tuberculösen Meningitis. (*Wien. med. Presse*, 3 et 10 mars.)

MALADIES INFECTIEUSES

Agote (L.) et **Medina** (A. J.). La peste bubonique dans la République Argentine et au Paraguay; épidémies de 1899-1900. In-8°, 298 p. avec cartes et tracés. Buénos-Ayres.

Ausset (E.). Sur un cas de croup ascendant (diphtérie bronchique d'emblée). (*Echo méd. du Nord*, 10 mars.)

Oliari (A.). Di alcune ipertermie nella convalescenza della febbre tifoide. (*Rendiconti della Assoc. med.-chir. di Parma*, juin.)

Plehn (A.). Weiteres über Malaria, Immunität und Latenzperiode. In-8°, 81 p. avec fig. Iéna.

Polverini (G.). Osservazioni cliniche sulla peste bubbonica. In-8°, 107 p. Florence. L. Niccolai.

Prip (H.). Ueber Diphtheriebacillen bei Reconvalescenten nach Diphtherie. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 2.)

Remlinger (P.). Sur l'association de la fièvre typhoïde et de la dysenterie. (*Rev. de méd.*, mars.)

Sangiovanni (M.). Anche un'ipotesi nell'eziologia della malaria. (*Gazz. degli Osped.*, 7 avril.)

Satta (G.). Crioscopia del siero e febbre tifoide. (*Riv. critica di clinica medica*, 9 mars.)

Simond (P.). Paludisme. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, janv.-fév.-mars.)

Straka (R.). Ueber einen chronischen Rotzfall. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 mars.) — Un cas de morve chronique.

Trammer. Scarlatinois. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 mars.)

Valmyre. Note sur la fièvre rémittente climatique à la Défense mobile de Bizerte. (*Arch. de méd. navale*, mars.)

Van Gorkom (W. J.). Over malaria en muskieten. In-8°, 75 p. avec fig. Malang.

Vicente. Etiologie du paludisme. (*Rev. gén. de méd.*, mars.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Scheiber (S. H.). Ein Fall von 7 Jahre lang dauerndem circulärem Irresein mit täglich alternirendem Typus bei einem mit Apoplexie behafteten Individuum, nebst Bemerkungen zur sogenannten « circulären Neurasthenie ». (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 1.) — Un cas de folie circulaire, à type alternant tous les jours, ayant duré sept ans et consécutive à des attaques d'apoplexie.

Sihle (M.). Zur Pathologie und Theorie der Migräne. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 mars.)

Sinkler (W.). Paresis simulating brain tumor. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 mars.) — Parésies simulant le tableau clinique d'une tumeur cérébrale.

Sommer (R.). Diagnostik der Geisteskrankheiten. 2e éd. In-8°, 408 p. avec fig. Berlin et Vienne. Urban et Schwarzenberg. — Diagnostic des maladies mentales.

Spengler (C.). Zur Frühdiagnose und Therapie der progressiven Paralyse. In-8°, 23 p. Davos. — Le diagnostic précoce et le traitement de la paralysie progressive.

Spiller (W.). A case of unilateral, progressive, ascending paralysis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 fév.)

Sterne (A. E.). Effect of alcohol on the nervous system, the mind and heredity. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 mars.) — De l'influence exercée par l'alcool sur le système nerveux, sur l'intelligence et l'hérédité.

Virnicchi (A.). La distensione dei nervi; studio patologico e sperimentale. (*Giorn. dell'Assoc. napol. dei medici e natural.*, XI, 1.)

Weber (E.). Beitrag zum Kapitel « Epilepsie und Psychose ». (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 1.)

CHIRURGIE

Ayerza (A.). Quiste hidatídico abierto en el canal hepático. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Bork (L.). Beitrag zur Kenntniss der Nierenkapselgeschwülste. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 4.) — Des tumeurs de la capsule adipeuse du rein.

Laurent (H.). Ueber einen Fall von Nephrotomie wegen Nierenblutung in Folge einseitig hämorrhagischer Nephritis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 mars.) — Néphrotomie pour hémorrhagie rénale consécutive à une néphrite hémorrhagique unilatérale.

Le Dentu (A.) et **Delbet** (P.). Traité de chirurgie clinique et opératoire. T. X. In-8°, 1334 p. avec fig.

Le Fort (R.). Kyste sacculaire. (*Echo méd. du Nord*, 27 janv.)

Linser (P.). Ueber Sakraltumoren und eine seltene fötale Inklusion. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 2.)

Long (J. W.). Drainage in abdominal surgery. (*Med. News*, 23 mars.)

Loos. Ueber subkutane Bicepsrupturen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 2.)

Mahot et **Vignard**. Perforation intestinale dans un cas de rechute de fièvre typhoïde; laparotomie au bout de vingt-quatre heures; guérison. (*Gaz. méd. de Nantes*, 23 mars.)

Manley (Th. H.). Strangulated and gangrenous hernia; kelotomy and laparotomy in strangulation, external and internal; artificial anus; enterostomy, primary or secondary resection; enterectomy, and end-to-end or lateral jointing in gangrenous hernia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 16 et 23 mars.)

Marsh (N. P.) et **Monsarrat** (K.). A case of multilocular cystoma of the omentum; removal; recovery. (*Brit. Med. Journ.*, 2 mars.) — Un cas de kyste multiloculaire de l'épiploon; extirpation; guérison.

Martin (F.). Report of a case of recovery after abdominal section for multiple gunshot wounds of the abdomen. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Blessures multiples de l'abdomen par arme à feu; laparotomie; guérison.

Marwedel (G.). Ein Fall von persistierendem Urmund beim Menschen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 2.) — Un cas de persistance de la fosse buccale primitive chez l'homme.

Massey (G. B.). A new treatment for tuberculous glands of the neck with minimal scarring, involving a method of sterilizing a tuberculous region through the lymph channels. (*Philadelphia Med. Journ.*, 23 mars.) — Un nouveau procédé de traitement des adénites tuberculeuses cervicales, permettant d'obtenir des cicatrices très peu visibles.

Mathews (J. M.). The treatment of prolapse of the rectum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 mars.)

Mathieu (M.). Un cas d'appendicite grave chez un vieillard. (*Normandie méd.*, 15 mars.)

Maunsell (R. C.). Some practical points in the diagnosis and operative treatment of perforated gastric ulcer. (*Brit. Med. Journ.*, 23 mars.)

Mayo (W. J.). Open treatment of suppuration of the knee-joint. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 mars.) — Traitement à ciel ouvert de l'arthrite purulente du genou.

McCardie (W. J.). A few cases of ethyl chloride narcosis. (*Lancet*, 9 mars.)

Miller (J. S.). The present status of the subarachnoidean injection of cocaine for anesthesia (Corning-Bier method). (*Med. News*, 9 mars.)

Moser. Ein Fall von Coecumdivertikel im Bruchsack. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 2.) — Présence d'un diverticule du cæcum dans un sac herniaire.

Müller (W.). Die Pseudarthrose des Nagelgliedes. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 2 mars.) — Pseudarthrose de la phalangette.

Murphy (J. B.). Resection of the rectum per vaginam. (*Philadelphia Med. Journ.*, 23 fév.)

Nicoll (J. H.). Three cases of cervical spina bifida treated as out-patients by open operation. (*Lancet*, 2 mars.) — Trois cas de spina-bifida cervical opérés à ciel ouvert.

Packard (F. A.) et **Le Conte** (R. G.). The surgical treatment of ascites due to cirrhosis of the liver, with report of two cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Traitement chirurgical de l'ascite liée à la cirrhose du foie.

Palecki (A.). Thoracotomia duplex. (*Gaz. lekarska*, 2 mars.)

Polak (J. H.). Die Desinfektion der schneidenden chirurgischen Instrumente mit Seifenspiritus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 sept.) — La désinfection des instruments tranchants au moyen de la solution alcoolique de savon.

OPHTALMOLOGIE

Lor (L.). Fracture comminutive de la voûte irradiée à la base avec blessure du lobe occipital droit; ophtalmoplégie interne double passagère et scotome paracentral gauche définitif. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Müller (L.). Ueber Conjunctivitis scrophulosa. (*Wien. med. Presse*, 17 et 24 mars.)

Nicolai. Ein Beitrag zur Tenonitis serosa. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 mars.)

Oliver (Ch.). Case of blindness from sympathetic ophthalmitis, complicated with secondary glaucoma; restoration of vision by two iridectomies, one with extraction of lens, an iridocystectomy, and Tyrrell's operation of drilling. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 fév.) — Un cas de cécité par ophtalmie sympathique avec glaucome secondaire; restauration de la vue obtenue au moyen de deux iridectomies, avec extraction du cristallin d'un côté, iridocystectomie et opération de Tyrrell.

Pansier (P.). L'extraction sous-conjonctivale de la cataracte. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Preindlsberger (J.). Drei Fälle von Katarakt nach Blitzschlag. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 mars.) — Trois cas de cataracte consécutifs à des coups de foudre.

Puccioni (G.). Sarcoma voluminoso dell'occhio; vuotamento della cavità orbitaria. (*Policlinico*, 16 mars.)

Ring (G. O.). Paresis of the external recti associated with irregular tabes. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 mars.)

Santos Fernández (J.). La esterilización de los cuchillos que se usan en oftalmología. (*Arch. de oftalmol. hispano-americanos*, mars.)

Schweinitz (G. E. de). Diseases of the eye. 3e éd. In-8°, 696 p. avec fig. Londres. — Manuel d'ophtalmologie.

Trousseau (A.). La mort après l'opération de la cataracte. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Ziehe (M.) et **Axenfeld** (Th.). Sympathicus-Resektion beim Glaukom. (*Samml. zwangloser Abhandl. aus dem Gebiete der Augenheilk.*, IV, 1-2.)

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Gerlach. Ein Fall von Paralyse der Placentar-Insertionsstelle. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 mars.)

Godart (J.). Pyosalpinx unilatéral enlevé par laparotomie; résection de l'ovaire de l'autre côté. (*Policlinique*, 15 mars.)

Gourdet (J.). Embryotomie à lambeau. (*Gaz méd. de Nantes*, 9 mars.)

Guérard (H. von). Bemerkungen zur abdominalen Totalexstirpation bei Myom. (*Therap. Monatsh.*, mars.)

Hörschelmann (E.). Fünf Fälle von Placenta praevia. (*St. Petersb. Wochensch.*, 23 mars.) — 5 cas de placenta prævia.

Jardine (R.). The treatment of puerperal eclampsia by saline diuretic infusions. (*Brit. Med. Journ.*, 2 mars.)

Johannovsky (V.). Zwei konservative Kaiserschnitte, ausgeführt an derselben Person; beim zweiten Kaiserschnitt Anwendung einer gemeinschaftlichen Uterusbauchdeckennaht. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Opération césarienne pratiquée deux fois sur la même femme.

Jones (H. M.). Points of practical interest in gynecology. In-8°, 136 p. avec fig. Londres.

Jung (Ph.). Zur Diagnostik des Puerperalfiebers. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 297.)

Keitler (H.). Ein Beitrag zur Retroflexion und Retroversion der schwangeren Gebärmutter. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Rétroflexion et rétroversion de l'utérus gravide.

Kleinwächter (L.). Noch einige Worte über die Complication von Uterusmyom und Diabetes. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 3.)

Krull. Vier Fälle von Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn des Uterus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 3.) — Quatre cas de grossesse dans une corne rudimentaire de l'utérus.

Krummacher. Beiträge zur Technik und Indication der Metreuryse. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 mars.) — Technique et indications de la dilatation du col de l'utérus au moyen de ballons.

Ladinski (L. J.). Interstitial pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.) — Grossesse interstitielle.

Lehmann (F.). Zur Kenntnis der primären Carcinome des Corpus uteri. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 3.)

Leighton (G. R.). The palliative treatment of carcinoma uteri. (*Brit. Med. Journ.*, 16 mars.)

Lewerenz. Ueber die mit den Beckenorganen im Zusammenhang stehenden Bauchdeckenfisteln. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Des fistules des parois abdominales communiquant avec les organes pelviens.

PÉDIATRIE

Michel (G.). Hernie étranglée chez un enfant de seize mois; ganglions mésentériques hypertrophiés; rôle des ganglions dans la production de l'étranglement. (*Arch. gén. de méd.*, mars.)

Monti (A.). Die wissenschaftlichen Grundsätze zur Beschaffung einer der Frauenmilch nahezu gleichwertigen Nahrung. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXI, 1-2.) — Les principes scientifiques sur lesquels doit être basée une préparation alimentaire à peu près équivalente au lait de femme.

Noskov (V.). Un cas de diabète sucré chez un enfant de trois ans et demi (en russe). (*Vratch*, 3 mars.)

Oppenheim (H.). Beitrag zur Prognose der Gehirnkrankheiten im Kindesalter. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 mars et 1er avril.) — Le pronostic des affections cérébrales chez les enfants.

Orlov (N.). Un cas de diabète sucré chez un nourrisson (en russe). (*Vratch*, 3 mars.)

Peters (R.). Ueber Erkrankungen des Rückenmarks bei hereditär-syphilitischen Neugeborenen und Säuglingen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 3.) — Des affections médullaires chez les nouveau-nés et les nourrissons hérédo-syphilitiques.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Allport (F.). Treatment of chronic otorrhea. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mars.)

Barr (T.). Manual of the diseases of the ear, including those of nose and throat in relation to ear. 3e éd. In-8°, 454 p. Londres. — Manuel des maladies de l'oreille et des affections du nez et de la gorge d'origine otique.

Bresgen (M.). Der Kopfschmerz bei Nasen- und Rachen-Leiden und seine Heilung. 3e éd. In-8°, 56 p. Leipzig. — Les céphalées liées aux affections du nez et du pharynx, et leur traitement.

Cobb (C. M.). Treatment of atrophic rhinitis by electrolysis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 mars.)

Dench (E. B.). The results of the surgical treatment of inflammation of the mastoid process. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mars.)

Dorendorf. Beitrag zur Laryngeus superior-Lähmung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 mars.) — Paralysie du nerf laryngé supérieur.

Evans (Th. C.). The correction of deviations of the cartilaginous nasal septum. (*Amer. Practitioner and News*, 1er mars.)

Freer (O. T.). Thyroid tissue in the larynx and trachea. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 mars.)

Gerber (P. H.). Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Fasc. 1. In-folio, 14 p. avec planches en couleurs. Berlin. — Atlas des maladies du nez, de ses cavités accessoires et du rhino-pharynx.

Gleason (E. B.). Treatment of deflection of the nasal septum complicated by traumatic deformity of the external nose. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 mars.) — Traitement des déviations de la cloison nasale, compliquées de déformations traumatiques de la charpente externe du nez.

21e ANNÉE. — N° 39. Vingt centimes le numéro. 18 SEPTEMBRE 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Sienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Andruccio Andruci (*médecine opératoire*); Eugenio Modigliano (*pédiatrie*).

Faculté de médecine de Stockholm. — M. docteur Johan Erik Johansson est nommé professeur de physiologie.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Franz Weidenreich est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Tomsk. — M. le docteur Smirnov, professeur extraordinaire d'histologie et d'embryologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Romolo Calvini est nommé privatdocent de chirurgie et de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Friedrich von Sölder est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Wurtzbourg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Jacob Riedinger (*chirurgie*); Paul Römer (*ophtalmologie*).

Faculté de médecine de Youriev. — M. le docteur M. Blauberg est nommé privatdocent de toxicologie.

Faculté de médecine de Zurich. — M. le docteur Max Cloëtta, privatdocent de pharmacologie, est nommé professeur extraordinaire.

St. Bartholomew's Hospital and College de Londres. — M. le docteur Samuel West est nommé lecteur adjoint de médecine.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882* : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1900* inclusivement (18 années) absolument complètes, soit les 20 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 182 francs pour la France, 220 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1900, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1900), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Bossard (J.). Contribution à l'étude de la chorée de Sydenham; de son traitement médicamenteux par le bromure de camphre en particulier.

Boulommier (H.). Contribution à l'étude des réunions nerveuses; étude sur quelques cas, qualifiés de paradoxaux, de retour très rapide de la sensibilité et de la motricité après la suture nerveuse.

Bouvier (E.). Contribution à l'étude des infections ombilicales chez le nouveau-né.

Bresson. Des effets du chloralose dans quelques affections mentales.

Brissart (H.). Sur les opérations économiques du pied.

Bugiel (V.). Un célèbre médecin polonais au seizième siècle, Joseph Struthius (1510-1568); contribution à l'histoire de la médecine à l'époque de la Renaissance.

Burty (A.). Quelques observations d'uréthrites primitives aseptiques.

Caderas (E.). La rubéole à Rennes en 1899.

Carratier (E.). De la péritonite à pneumocoques chez l'adulte.

Cellard (A.). Curage du cancer de l'utérus inopérable.

Champ (M.). De la variole congénitale.

Chateau (J.). Inflammation et suppuration des kystes et pseudo-kystes sacculaires.

Chimot (F.). De l'arthritisme des premières voies respiratoires.

Cisternes (E. de). De l'influence de la pleurésie intercurrente sur l'évolution des lésions tuberculeuses pulmonaires.

Colombani (J.). Introduction à l'étude des troubles psychiques dans les affections génitourinaires de l'homme et des conséquences thérapeutiques qui en découlent.

Cosset (A.). Considérations sur le poids des tuberculeux curables.

Cotar (Ch.). Des appendicites larvées.

Coulloumme-Labarthe (A.). La lithiase appendiculaire (étude clinique).

Courmontagne (F.). De l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des cancers utérins.

Curletti (L.-A.). Contribution à l'étude des néphrites toxiques aiguës.

Damotte (L.). Contribution à l'étude clinique des pleurésies traumatiques non purulentes.

Debets de Lacrousille (J.). Contribution à l'étude de l'indican dans les urines; valeur séméiologique de l'indicanurie.

Decock (H.). Considérations sur la pathogénie et le traitement des gangrènes diabétiques.

Dégardin (Ch.). Des tumeurs végétantes de l'ovaire.

Delaforge (G.). De la mobilité du rein en ectopie congénitale.

Delassasseigne. Contribution à l'étude des paralysies faciales opératoires; causes et suites.

Dévé (F.). De l'échinococcose secondaire.

Diamantberger (E.). L'analgésie cocaïnique par la voie rachidienne en obstétrique.

Doazan (J.). Essai sur les principaux types d'asthme cardiaque.

Duboz. Contribution à l'étude de l'albuminurie gravidique.

Duchesne (J.). Forme rénale de l'ictère acholurique simple: albuminuries intermittentes, albuminuries continues, hémoglobinurie paroxystique.

Etienne (A.). Contribution à l'étude des températures morbides locales.

Fackre. Contribution à l'étude des cirrhoses veineuses (étiologie, marche, traitement).

Favre (J.). Quelques considérations sur la pathogénie des phlébites, en particulier de la phlegmatia alba dolens.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Nielsen (L.). Atrophodermia erythematosa maculosa mit excentrischer Verbreitung. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mars.)

Petersen (O. von). Die sociale Bedeutung der Hautkrankheiten. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 19 mars.) — De la signification sociale des maladies de la peau [en Russie].

Schönfeld (M.). Ueber die Beziehungen der chronischen Gonorrhoe zur Impotenz. (*Wien. med. Wochensch.*, 2, 9, 16 et 23 fév. et 2 mars.) — Les rapports qui existent entre la blennorrhée et l'impuissance.

Sellei (J.). Die Pityriasis rubra (Hebra). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LV, 3.)

Truffi (M.). Studi sui trichophyton e sul loro pleomorfismo. (*Gazz. med. di Torino*, 14 mars.)

Ward (A. H.). On generalised infection in gonorrhœa. (*Brit. Med. Journ.*, 30 mars.)

Woodruff (Ch. E.). The treatment of gonorrhœa with frequent irrigations of hot decinormal salt solution. (*Med. Record*, 16 mars.) — Traitement de la blennorrhagie par des lavages répétés avec une solution physiologique chaude de chlorure de sodium.

Zechmeister (H.). Tätowierung und Syphilis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mars.) — Syphilis et tatouage.

CHIRURGIE

Le Breton (P.). Operative treatment of tubercular lymphomata of the neck. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 mars.) — Traitement opératoire des adénopathies tuberculeuses du cou.

Merkens (W.). Ueber intracranielle Complicationen der Mittelohreiterung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 1-2.) — Des complications intracrâniennes de la suppuration de l'oreille moyenne.

Parona (F.). A proposito della cura operatoria del varicocele. (*Gazz. degli Osped.*, 10 mars.)

Patel (M.). Les rétrécissements multiples tuberculeux de l'intestin grêle. (*Lyon méd.*, 24 fév. et 3 mars.)

Paucot. Observation sur une contusion du thorax avec déchirures pulmonaires et rupture des artères pulmonaires à la suite d'une explosion de cartouche de dynamite. (*Arch. de méd. navale*, mars.)

Perez (G.). Die Influenza in chirurgischer Beziehung [erste Mitteilung]. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 1-2.) — La grippe au point de vue chirurgical.

Peters (L.). Resection of the pendulous, fat abdominal wall in cases of extreme obesity. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Résection de la paroi abdominale dans les cas d'obésité excessive.

Petersen (W.). Anatomische und chirurgische Beiträge zur Gastro-Enterostomie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 3.)

Peterson (R.). Anastomosis of the ureters with the intestine; a historical and experimental research. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 et 23 fév., 2, 9, 16 et 23 mars.)

Powers (Ch.). The surgical importance of apparently simple carbuncles and furuncles of the upper lip. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 fév.) — La signification chirurgicale des anthrax et des furoncles en apparence simples de la lèvre supérieure.

Reiner (M.). Beitrag zur Kenntnis der Ostitis deformans heredo-syphilitica. (*Wien. med. Presse*, 31 mars.)

Reinhard (W.). Ein Beitrag zur Aethernarkose. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 16 mars.)

Richardson (W. G.). Three cases of acute diffuse septic peritonitis resulting from appendicitis; operation; recovery. (*Lancet*, 23 mars.)

Riedel (A.). Eine einfache Extensionsschlinge. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 mars.) — Un lacs d'extension facile à confectionner.

Rolando (S.). Sopra un caso di frattura della colonna vertebrale. (*Gazz. degli Osped.*, 17 mars.)

Rollet (E.). De l'hyperostose naso-orbitaire, signe de la distension du sinus frontal. (*Lyon méd.*, 31 mars.)

Rose (E.). Die offene Behandlung der Bauchhöhle bei der Entzündung des Wurmfortsatzes. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVII, 5-6; LVIII, 1-2, 3-4 et 5-6 et LIX, 1-2.) — Traitement à ciel ouvert de la cavité abdominale dans l'appendicite.

Rothschild (O.). Ueber die operative Behandlung irreponibler Frakturen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 2.) — Traitement opératoire des fractures irréductibles.

Rydygier. Meine Erfahrungen über die von mir seit 1880 bis jetzt ausgeführten Magenoperationen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVIII, 3-4.) — Opérations pratiquées sur l'estomac depuis l'année 1880.

Salistscheff. Zur Technik der Radikaloperation grosser Bauchwandbrüche. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 30 mars.) — Technique de la cure radicale des grosses hernies abdominales.

Saltykoff (N.). Versuche über mit Wachs überzogene Seidenfäden. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 1-2.) — Essais avec des fils de soie cirés.

Santillana (L.). Fistule stercorale; entérorrhaphie, guérison. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, mars.)

Sarfert (H.). Die operative Behandlung der Lungenschwindsucht. In-8°, 76 p. avec fig. Berlin. — Le traitement opératoire de la phtisie pulmonaire.

Schlesinger. Beitrag zur Technik der Lorenzschen Reposition der congenitalen Hüftgelenksluxationen. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 mars.) — La technique de la réduction des luxations congénitales de la hanche d'après le procédé de Lorenz.

Schnitzler (J.). Zur Symptomatologie des Darmarterienverschlusses. (*Wien. med. Wochensch.*, 16 et 23 mars.) — Symptomatologie des thromboses mésentériques.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Libov (B.). De la métrophlébite puerpérale (en russe). (*Vratch*, 17 mars.)

Löffler (R.). Ein Fall von Auto-Sectio caesarea. (*Wien. med. Wochensch.*, 9 mars.)

Lugeol. De la gangrène des extrémités chez les accouchées. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 10 mars.)

Madlener (M.). Das Hautemphysem nach Laparotomie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Emphysème cutané post-laparotomique.

Manton (W. P.). On the desirability of combined operations in pelvic and abdominal surgery. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 mars.)

Melloni (P.). Sulle cause determinanti il parto a termine; nota preventiva. (*Tribuna medica*, juillet.)

Mendonça (A. L. de). Breves consideraçoes sobre a operaçao cesarianna conservadora; symphiseotomia e parto prematuro artificial nas bacias rachiticas. (*Thèse de Lisbonne.*)

Micaud. Résultats éloignés d'une ventrofixation. (*Loire méd.*, mars.)

Morf (P. F.). Hernia of the Fallopian tube without hernia of the ovary. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Hernie de la trompe de Fallope sans hernie de l'ovaire.

Morin. De la détermination du plan du détroit supérieur. (*Année méd. de Caen*, fév. et mars.)

Müller (A.). Was sind Stirnlagen? (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 mars.) — Qu'est-ce que sont les présentations du front?

Peruzzi. Per la casistica dell'idro-macrocefalia fetale. (*Gazz. degli Osped.*, 3 mars.)

Phocas. Tumeurs solides de l'ovaire. (*Nord méd.*, 1er mars.)

Rose (H.). Temporäre Ventrofixation. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 mars.)

Rouslacroix (A.). Kyste mucoïde de l'ovaire; analyse du liquide. (*Marseille méd.*, 1er mars.)

Sandberg-Debelé (D.). Un cas de grossesse extra-utérine répétée (en russe). (*Vratch*, 3 mars.)

Savor (R.). Leitfaden für die Schwangeren-Untersuchung. In-8°, 57 p. avec fig. Vienne. — Guide pour l'examen des femmes enceintes.

PÉDIATRIE

Czerny (A.) et **Keller** (A.). Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Fasc. 2. In-8°, p. 161 à 320, avec fig. Leipzig et Vienne. F. Deuticke. — L'alimentation de l'enfant, ses troubles et leur traitement.

Peucker (H.). Ueber einen Fall von durch Influenzabacillen erzeugter Meningitis bei einem 5 Monate alten Kinde. (*Prag. med. Wochensch.*, 28 mars.) — Méningite grippale chez un enfant de cinq mois.

Pic (A.) et **Piéry**. Note sur un cas de sclérose cérébrale infantile d'origine hérédo-syphilitique; l'hérédo-syphilis et les encéphalites chroniques de l'enfance. (*Province méd.*, 26 janv. 2 et 23 fév. et 2 mars.)

Riva-Rocci (S.). Sull'allattamento artificiale. (*Gazz. med. di Torino*, 21 fév.)

Selter (P.). Die Perityphlitis des Kindes. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXI, 1-2.)

Tarugi (N.). Sulla differenza chimica tra il latte umano e animale. (*Gazz. degli Osped.*, 31 mars.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Glatzel. Ein bemerkenswerter Fall von Influenzalaryngitis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 mars.)

Gradle (H.). Bony defects and fistulæ in the external meatus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mars.)

Gray (A.). A further note on the production of local anæsthesia in the ear, nose, and throat. (*Lancet*, 9 mars.) — L'anesthésie locale en oto-rhino-laryngologie.

Hall (F. de H.) et **Tilley** (H.). Diseases of the nose and throat. 2e éd. In-8°, 618 p. avec fig. Londres. — Maladies du nez et de la gorge.

Heermann (G.). Scharlach und Ohr. In-8°, 24 p. Halle. — La scarlatine et l'oreille.

Jakins (P.). Notes on a case of temporo-sphenoidal abscess following middle-ear suppuration; operation; recovery. (*Lancet*, 30 mars.) — Abcès de la région temporo-sphénoïdale du cerveau, consécutif à une suppuration de l'oreille moyenne; opération; guérison.

Jarecky (H.). Rhinoscleroma. (*Med. News*, 16 mars.)

Randall (B. A.). Diagnosis and prognosis of ear disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 mars.) — Le diagnostic et le pronostic des maladies des oreilles.

Stillman (F. L.). General bodily resistance as a factor in nose and throat disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 mars.) — La résistance générale de l'organisme et son rôle dans les maladies du nez et du pharynx.

Urbantschitsch (V.). Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 4e éd. In-8°, 594 p. avec fig. Vienne. — Traité d'otologie.

Walsham (W. J.). Note on the treatment of collapse of the ala nasi. (*Lancet*, 30 mars.) — Traitement de la chute de l'aile du nez.

Woodward (J. H.). Pharyngeal adenoids and hypertrophied tonsils. (*Med. News*, 23 fév.)

HYGIÈNE

Barnsby (D.). Compte rendu des travaux du conseil central d'hygiène publique et de salubrité et des conseils d'hygiène d'arrondissement du département d'Indre-et-Loire pendant l'année 1900. In-8°, 211 p. Tours.

Franceschini (G.). Profilassi sociale delle malattie veneree. (*Corriere sanitario*, 23 juin.)

General-Bericht über die Sanitäts-Verwaltung im Königreich Bayern (1899). In-8°, 404 p. avec fig. Munich. — Rapport sur l'administration sanitaire en Bavière pendant l'année 1899.

Gottstein (A.) et **Michaelis** (H.). Zur Frage der Abtödtung von Tuberkelbazillen in Speisefetten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 mars.) — De la destruction des bacilles de la tuberculose dans les graisses alimentaires.

Hutchison (R.). Die Verbreitung von Keimen durch gewöhnliche Luftströme. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 2.) — La propagation des germes par l'air.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Baurac (J.). De quelques maladies simulées en Cochinchine. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, janv.-fév.-mars.)

Brabec (A.). Otrava zmiji. (*Casopis lékaru ceskych*, 2 et 9 mars.) — Empoisonnement par morsures de vipères.

Entres (J.). Handbuch der gerichtlichen Obduktions-Technik. In-12, 133 p. avec fig. Munich. — Manuel des autopsies médico-légales.

Ferrai (C.). Sulla diagnosi specifica del sangue col metodo biologico in medicina legale; azione del calore sulle macchie di sangue in rapporto alla reazione col metodo biologico. (*Boll. dell'Accad. med. di Genova*, juillet.)

Friedländer (E.). Zur Kenntnis der Stramoniumvergiftung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 mars.) — Contribution à l'étude de l'empoisonnement par le stramonium.

Goldman (H.). Ueber Vergiftungen mit dem Giftpilze Agaricus torminosus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 mars.) — Des empoisonnements par le champignon Agaricus torminosus.

Jolles (A.). Ueber einen Fall von acuter Zinnvergiftung durch Tragen von mit Zinnsalzen stark beschwerten Seidenstrümpfen. (*Wien. med. Presse*, 17 mars.) — Intoxication aiguë par des bas chargés d'un composé d'étain.

Knecht (E.) et **Dearden** (W. F.). The elimination of arsenic through the hair and its relation to arsenical poisoning. (*Lancet*, 23 mars.) — L'élimination de l'arsenic par les cheveux dans ses rapports avec l'empoisonnement arsenical.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Abrams (A.). The treatment of the heart in typhoid fever and other infectious diseases. (*Med. News*, 16 mars.) — Traitement de la faiblesse cardiaque dans la fièvre typhoïde et dans d'autres maladies infectieuses.

Arnozan (X.). Les abcès de fixation. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 mars.)

Artaud (J.). Quelques observations cliniques sur l'emploi de l'éther diacétique de la morphine dans le traitement de la douleur. (*Lyon méd.*, 10 et 17 mars.)

Boero (O.). Le iniezioni sottocutanee d'acido fenico nella cura delle nevralgie (metodo Baccelli). (*Policlinico*, 16 mars.)

Bourget (L.). Zur Behandlung der Influenza und der grippeartigen Infectionen. (*Therap. Monatsh.*, mars.) — Traitement de l'influenza et des infections grippales.

Butler (G. F.). Text-book of materia medica, therapeutics, pharmacology. 3e éd. In-8°, 874 p. Londres.

Chetoni (L.). Caso di tetano traumatico guarito col siero antitetanico Tizzoni. (*Gazz. degli Osped.*, 10 mars.)

Cocorullo (G.). Il percloruro di ferro a gran dose nel morbo maculoso di Werlhoff. (*Policlinico*, 16 mars.)

Conner (L. A.). A report of three cases of thoracic aneurism treated by subcutaneous injections of gelatin. (*Med. News*, 16 mars.)

Dehio (K.). Nochmals zur mechanischen Behandlung des Hydrops anasarca. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 2 mars.) — Une nouvelle observation de traitement mécanique de l'hydropisie.

Engel. Zur Behandlung der Pocken mit rotem Licht nebst einigen Bemerkungen über forcirte Vaccination. (*Therapie der Gegenwart*, mars.) — Du traitement de la variole par la lumière rouge et de la vaccination répétée à courts intervalles [suivant le procédé de Hubert].

Fürst (L.). Der gegenwärtige Stand der antirachitischen Therapie. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 25 mars.) — L'état actuel de la thérapeutique du rachitisme.

Gibney (V. P.). The treatment of rheumatic and allied diseases of joints complicated by deformity. (*Med. Record*, 2 mars.) — Traitement des arthropathies rhumatismales avec déformations des jointures.

Gies (W. J.). The toxicology of tellurium compounds, with some notes on the therapeutic value of tellurates. (*Philadelphia Med. Journ.*, 23 mars.)

Guiot. Vésicatoire permanent et huile de foie de morue. (*Année méd. de Caen*, mars.)

Harper (H.). Pure urea in the treatment of tuberculosis. (*Lancet*, 9 mars.) — L'urée pure contre la tuberculose.

Inglis (D.). On the dietetic management of typhoid fever. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 fév.) — Traitement diététique de la fièvre typhoïde.

Isham (A. B.). Veratrum viride; its value in some conditions of toxemia. (*Med. News*, 2 mars.)

Jacontini (G.). Contributo alla terapia dell'occlusione intestinale. (*Morgagni*, mars.)

Kenworthey (W. B.). The use of suprarenal capsule in hæmoptysis. (*Med. Record*, 16 mars.)

Lafond-Grellety. Le chlorure de calcium dans les règles d'abondance exagérée avec ou sans dysménorrhée. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 17 mars.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Alurralde (M.). Nuevo modelo de interruptor automático para corriente voltáica; su empleo en fisiología y electroterapia. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Bédart. Rétablissement de la sécrétion lactée par l'électrisation. (*Echo méd. du Nord*, 24 mars.)

Bisserié (F.). Traitement du lupus érythémateux par les courants de haute fréquence; technique opératoire; électrode condensatrice réglable. (*Arch. d'électricité méd.*, mars.)

Bordier (H.). Production, effets physiologiques et emploi thérapeutique de l'ozone. (*Arch. d'électricité méd.*, janv. et fév.)

Denoyès (J.). Action thérapeutique des applications directes des courants de haute fréquence. (*Arch. d'électricité méd.*, fév. et mars.)

Fischer (M. H.). Ionization in its physiological and pathological relations. (*Med. Record*, 30 mars.)

Luisada (E.). L'elettroterapia nella pratica infantile; considerazioni su alcuni casi di malattie nervose studiate nella clinica pediatrica di Firenze. (*Clinica moderna*, 6 et 13 mars.)

Slétov (N.) et **Ivanov** (N.). Des courants triphasés et de leur emploi en gynécologie (en russe). (*Méd. Obozr.*, mars.)

Tripier (A.). Essai de terminologie électrothérapique. (*Bull. officiel de la Soc. française d'électrothérapie*, juin.)

GÉNÉRALITÉS

Bullrich (A.) et **Martinez** (A. B.). Annuaire statistique de la ville de Buénos-Ayres (10e année, 1900). In-8°, 342 p. Buénos-Ayres.

Garnier (M.) et **Delamare** (V.). Dictionnaire des termes techniques de médecine. 2e éd. In-16, 474 p.

Grandidier-Morel. Voyages d'étude physiologique chez les prostituées des principaux pays du globe. In-18, 352 p.

Laurent (E.). Terminologie médicale en huit langues. Lexicum medicum polyglottum. In-8°, 596 p.

Léo. Postes de combat des blessés et passages des blessés. (*Arch. de méd. navale*, mars.)

Preussische Statistik. 164. Heft : Die Geburten, Eheschliessungen und Sterbefälle im preussischen Staate während des Jahres 1899. In-4°, 310 p. Berlin. — Le mouvement de la population en Prusse pendant l'année 1899.

Reglement für den Sanitätsdienst des k. u. k. Heeres. 1. Teil : Sanitätsdienst bei den Militärbehörden, Commanden, Truppen und Heeres-Anstalten. In-8°, 226 p. avec planches. Vienne. — Règlement sur le service de santé de l'armée [autrichienne].

Thompson (S. P.). Michael Faraday : his life and work. In-8°, 320 p. Londres.

Treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900); organisation, assemblées générales, énoncé des travaux, liste des membres. In-8°, 251 p. Impr. nationale.

HÉMONEUROL COGNET

Combinaison granulée nouvelle

Oxyhémoglobine, Kolanine, Glycérophosphate de Chaux

RÉGÉNÉRATEUR ORGANIQUE, RÉPARATEUR DES GLOBULES SANGUINS
NUTRIMENT DES SUBSTANCES NERVEUSE ET OSSEUSE

Anémie, Chlorose, Neurasthénie, Lymphatisme, Tuberculoses, Maladies osseuses, Cachexies, Rachitisme, Scrofules, Albuminurie, Phosphaturie, Névralgies.

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, Paris, et toutes Pharmacies.

TUBERCULOSE PULMONAIRE
BRONCHITES AIGUËS ET CHRONIQUES
DILATATION DES BRONCHES
PLEURÉSIES

CAPSULES COGNET

Eucalyptol absolu Iodoformo-créosoté.

Antiseptique Pulmonaire Incomparable

PARIS — 43, Rue de Saintonge, ET PHARMACIES.

Chloro-Anémie
CONVALESCENCES
ATONIE

DRAGÉES DE FER COGNET

Protoxalate de Fer et Quassine Cristallisée.

Le plus Actif des Ferrugineux

PARIS — 43, Rue de Saintonge, ET PHARMACIES.

Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900.

Granules de Catillon

à 1 milligr. d'Extrait Titré de

STROPHANTUS

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les expérimentations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide**, *relèvent vite le* **cœur affaibli**, *atténuent ou dissipent*

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES

Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.

Effet immédiat, innocuité (usage continu tonifie l'estomac), pas d'intolérance, pas de vasoconstriction.

Granules de Catillon

A 1/10 MILLIGR. **STROPHANTINE** CRISTALL.

Tonique du Cœur non diurétique

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exiger les Vrais Granules de CATILLON.

Paris, 3, Boul^d St-Martin et Pharmacies.

Officiellement adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900.

Poudre de PEPTONE CATILLON

Produit supérieur, pur, inaltérable, Agréable au goût,
on ne peut plus nutritif et assimilable. Représente **10** fois son poids de viande de bœuf.
ALIMENT des malades qui ne peuvent **DIGÉRER** ou qu'on veut **SURALIMENTER.**
Remplace la **VIANDE CRUE**, fait tolérer le **RÉGIME LACTÉ.**

Les faits prouvent qu'on nourrit tous les malades (aigus, chroniques, opérés) avec 3 à 6 fois par jour, Grog, Bouillon ou Lait 1 bol, POUDRE de PEPTONE CATILLON 1 cuiller.

LAVEMENT NUTRITIF : *2 cuillers, 5 gout. laudanum, 125 gr. d'eau, 1 jaune d'œuf.*

On soutient leurs forces, on leur permet de résister à la maladie et on abrège la convalescence.
On remplace ainsi le bouillon, qui ne nourrit pas, par un aliment puissant.

La **Peptone** *est un produit* **français**, *ce sont les expériences scientifiques de M.* CATILLON *qui ont démontré sa valeur et le* **Codex** *a adopté sa formule* (**V. Bull.** *de thérapeut.* **et Bull.** *de l'Académie de Médecine 1880).*
Nous le rappelons pour réagir contre l'invasion des produits exotiques, acides, de qualité moindre et vendus plus cher.

VIN DE PEPTONE CATILLON

30 *gr.* **viande** *et* **0,40 Glycérophosphates assimilables** *par verre à madère.*
Rétablit les Forces, l'Appétit, les Digestions. *Très utile à tous les* **Malades affaiblis.**
Maladies d'Estomac, Diarrhée chronique, Consomption, Inappétence, Enfants, Convalescents, etc.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Pharmacies.

Kola-Peptone Catillon

SACCHARURE dans lequel la PEPTONE remplace le sucre des KOLAS granulés.

Le meilleur mode d'administrer le Kola, l'aliment complétant le tonique-stimulant.

La dose de 5 gr. ou 2 cuill. à café représente: Viande assimilable 20 gr.; Extrait complet de Kola titré, 1.50

Se fait aussi en CROQUETTES, *utiles aux enfants, marcheurs, cyclistes, etc.*

Élixir de Kola Glycérophosphaté DE CATILLON

Tonique Reconstituant contenant par verre à liqueur:
Phosphoglycérates de chaux, potasse et soude, 0g25
Extrait complet de Kola titré, 1.50

Ces produits contiennent tous les principes du Kola, y compris le Rouge, tonique essentiel. Pour constater sa présence, on étend d'eau, le rouge se sépare, le liquide se trouble.

Pur, Inodore, Agréable au Goût, se Conserve bien

POUDRE de VIANDE de CATILLON

Boîte de 500 gr., 6 fr. 50; 1/2 Boîte, 3 fr. 50; Kilo, 12 fr.

POUDRE ALIMENTAIRE

(VIANDE & LENTILLES)
Aliment complet, azoté et hydrocarboné
Boîte de 500 gr., 5 fr. 50; 1/2 Boîte, 3 fr.; Kilo, 10 fr.

CRÉOSOTE DE HÊTRE purifiée — PILULES à 0,10 CRÉOSOTE purifiée — HUILE CRÉOSOTÉE au 1/10e injectable — APPAREIL pour Injections.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE DE CATILLON

0 gr. 20 de *Créosote purifiée par cuiller.* — **Reconstituant antiseptique** précieux.

Remplace l'huile de *Morue* avec avantage, bien tolérée pendant les chaleurs, fait cesser l'*Expectoration* et la *Toux.*

VIN de CATILLON à la Glycérine et au Quinquina. Effets de l'Huile de Morue et des Meilleurs Quinquinas. Combat la constipation au lieu de la créer. *Inappétence, Débilité, Consomption, Diabète, etc.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON, à la Glycérine et au Quina. *0 gr. 25 de Fer par cuillerée,* Quina et Fer à haute dose sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

VIN TRI-PHOSPHATÉ de CATILLON à la Glycérine et au Quinquina. *Un verre à liqueur contient 0 gr. 60 des trois phosphates de Chaux, Potasse et Soude.* Remplace huile de morue, quina et phosphates.

ÉLIXIR de PEPSINE et DIASTASE à la **GLYCÉRINE** de **CATILLON**. Puissant digestif reconstituant, plus actif que la pepsine ordinaire. Rétablit les fonctions de l'intestin et de l'estomac.

Tablettes de Catillon à 0 gr. 25 DE CORPS Prix : 3 fr.

THYROÏDE

OBESITE
MYXŒDÈME, GOITRE
Herpétisme, etc.

Titré, Stérilisé. Goût agréable. Tolérance parfaite. Efficacité certaine. 2 à 8 par jour.

Neurasthénie, Ataxie, Débilité sénile, etc.

SUC TESTICULAIRE

CONCENTRÉ, STERILISÉ, de CONSERVATION ASSURÉE
Fl. de **15** gr.; **6** fr.; **40** gr.: **12** fr.

IODO-THYROÏDINE, principe iodé, même usage. PRIX : 3 fr. — CATILLON, 3, Boulev^d St-Martin, PARIS. — *Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900.*

21e ANNÉE. — N° 40. Vingt centimes le numéro. 25 SEPTEMBRE 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Caracas. — M. le docteur J. de D. Villegas Ruiz est nommé professeur de clinique médicale et d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Santos A. Dominici.

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur W. Weber est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Julius Hegener (*otologie*); Martin Jacoby (*pharmacologie*).

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur Hans Berger est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Mario Ponticaccia, privatdocent à la Faculté de médecine de Rome, est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Otto Piffl est nommé privatdocent d'otologie et de rhinologie.

Long Island College Hospital de Brooklyn. — M. le docteur W. S. Simmons est nommé professeur adjoint d'anatomie.

MM. les docteurs R H. Pomeroy et J. O. Polak sont nommés lecteurs d'obstétrique.

College of Physicians and Surgeons de Chicago. — M. le docteur L. Blake Baldwin est nommé professeur de dermatologie.

University of Pennsylvania de Philadelphie. — M. le docteur Thomas R. Neilson est nommé professeur adjoint des maladies des organes génito-urinaires.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882* : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1900* inclusivement (18 années) absolument complètes, soit les 20 années parues de la *Semaine Médicale*, *franco* à domicile, au prix de 182 francs pour la France, 220 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1900, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1900), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE PARIS

Frossard (H.). Des rapports entre l'état du système dentaire et les accidents buccaux chez les syphilitiques.

Gaudu (E.). Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona.

Gébrak (S.). Le pneumothorax dans la bronchectasie.

Gébrak (née Konstantinovsky). De la pyélonéphrite chez les femmes enceintes et en particulier de son traitement.

Gérard (G.). Alcoolisme médicamenteux (prophylaxie).

Gorecki (A.). Etude sur les accidents du travail concernant l'appareil de la vision au point de vue hygiénique et médico-légal.

Grillot (H.). Le sanatorium français; sa possibilité, son organisation.

Grimaud (L.). Hypertrophie partielle congénitale du corps avec nævus.

Guerin (E.-J.-J.). Traitement des fractures indirectes dorso-lombaires du rachis.

Guihal (P.). Contribution à l'étude de la grossesse triple (diagnostic, pronostic et conduite à tenir).

Habar (P.). Etude clinique sur la médication cacodylique chez les enfants.

Hahn (C.). Des prématurés; caractères, pronostic, traitement.

Hauser (G.). Etudes sur la syringomyélie.

Hautière (E.). Contribution à l'étude des nodules vocaux chez les chanteurs (pathogénie et traitement).

Hilléreau (A.). Contribution à l'étude clinique de la maladie de Paget.

Houlié (A.). Traitement de l'élément « douleur » de la portion sous-diaphragmatique de quelques affections, particulièrement d'origine nerveuse, par l'injection intra-rachidienne de chlorhydrate de cocaïne.

Jacquot (A.). Du prolapsus rectal irréductible ou étranglé; son traitement par l'amputation.

Jamaux (E.). Rapports des affections chroniques de la peau du mamelon et de l'aréole avec les cancers du sein.

Julien (A.). De l'urine et de ses modifications dans les affections des voies digestives.

Ladrague (P.). Alcoolisme et enfants.

Laffitte (P.). Sur un temps spécial de la cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de Bassini.

Landard. Fistules consécutives aux suppurations hépatiques (abcès, kystes hydatiques).

Lapeyre (J.). Traitement des syphilis graves par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure.

Laporte (Ch.). Du traitement de la sciatique et en particulier de son traitement par les injections de cocaïne intra et extra-durales.

Laurent. Contribution à l'étude des gangrènes dans les fractures fermées des deux os de l'avant-bras.

Lecerf (A.). De l'opsiurie, symptôme précoce de l'hypertension portale.

Lefebvre (A.). Le citrophène; contribution à l'étude de ses propriétés thérapeutiques.

Le Fur (R.-F.). Des ulcérations vésicales et en particulier de l'ulcère simple de la vessie.

Lelong (G.). Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode de réduction extemporanée non sanglante.

Lenormand. Traitement du goitre par les injections de teinture d'iode.

Lepeut (E.). Contribution à l'étude du traitement du lupus de la face par la photothérapie.

Lhuillier (P.). Ulcérations professionnelles des mains chez les ouvriers qui travaillent les peaux et principalement chez les mégissiers, les tanneurs et les teinturiers en peaux (le pigeonneau).

Loewy (R.). Méthode des greffes péritonéales.

Mage (L.). Influence du processus angineux sur le cycle thermique de la scarlatine.

Markoff (S.). L'hystéro-neurasthénie traumatique et la loi sur les accidents du travail.

Martin (G.). De la douleur abdominale dans la fièvre typhoïde.

Mathé (L.). La sérothérapie préventive de la diphtérie; son état actuel, ses indications.

Mathieu (P.). Etude sur les infections générales aiguës par le staphylocoque pyogène.

Maussire (G.). Alcool et traumatisme.

Meunier (L.). Etude sur l'endocardite infectieuse d'origine annexielle chronique.

Mezger (G.-Ch.). De l'oligo-amnios.

Mircousch (H.). Du xanthome généralisé.

Molinié (E.-E.). Sérothérapie intensive dans les cas de diphtérie grave.

Montel (E.). De la résolution lente de la pneumonie lobaire aiguë.

Niot (G.). De la torsion du pédicule des kystes dermoïdes de l'ovaire droit; diagnostic d'avec l'appendicite.

Pajot (A.). Documents analytiques : urologie.

Paté (B.). Diagnostic de l'anévrysme de la crosse de l'aorte par les rayons de Röntgen.

Patureau (H.). Contribution à l'étude de la névralgie testiculaire et de son traitement par la résection nerveuse.

Pernot (E.). Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse chronique; laparotomies itératives.

Pitoiset. Du dépeçage criminel.

Plantard (G.). De la tuberculose primitive des muscles.

Polak (A.). Contribution à l'étude du traitement des tumeurs vésicales.

Ramisiray (G.). Pratiques et croyances médicales des Malgaches.

Raoux. Du sacrum dans les bassins asymétriques.

Rascalou (P.). De la compression et de la ligature de la carotide primitive dans le traitement de l'exophtalmos pulsatile; accidents et résultats thérapeutiques.

Ratier (O.). Contribution à l'étude du pronostic, des complications et du traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants.

Ravary (Ch.). Les expertises médico-légales; leur histoire, leur réforme.

Ribier (L. de). Ydes; son histoire, ses eaux minérales; essai sur leur action dans le traitement de l'obésité.

Richard (J.). L'hygiène au Havre et les maladies contagieuses endémiques et épidémiques (1880-1901); mesures de prophylaxie.

Robin (E.). Contribution à l'étude des malformations dentaires chez les idiots, hystériques et épileptiques.

Rosenbaum (E.). Une conférence contradictoire religieuse et scientifique sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux de la femme à l'Ecole de Rami fils de Samuel et Rabbi Yitshac fils de Rabbi Yehoudou à la fin du deuxième siècle (extrait du Talmud, traité de la « Menstruation »).

Rousseau (André). Contributions à l'étude des brides congénitales des membres.

Rousseau (Auguste). La péritonite tuberculeuse aiguë simulant l'appendicite.

Seze (J. de). Etude sur la mort subite consécutive à la rupture des kystes hydatiques du foie.

Thiellement (C.). Des injections extra-durales de cocaïne et de sérum dans le traitement de la sciatique et du lumbago.

Thoumire (E.). Considérations anatomiques sur le sinus maxillaire; diagnostic et traitement de l'empyème latent par l'orifice naturel.

Toulzac (M.). Rire et pleurer spasmodiques.

Tourlet (H.-F.). Le fersan; ses propriétés thérapeutiques et alimentaires.

Troïtsky (A.). De la paralysie associée de la sixième et de la septième paire.

Tschitschkina (Mlle V.). Etude sur les formes sensitives des polynévrites.

Wolf (C.). Des éléments de diagnostic tirés de la ponction lombaire.

Zannellis (Ch.). Symphyséotomie dans les bassins rétrécis au détroit inférieur.

Zavadovsky (N.). De la péritonite blennorrhagique des petites filles.

Zervoudès (D. N.). De l'analgésie chirurgicale par la rachicocaïnisation au point de vue de ses inconvénients.

CHIRURGIE

Schulze (O.). Ein Beitrag zur Behandlung der Panaritien. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 mars.) — Sur le traitement des panaris.

Schwarz (K.). Zur Frage der medullaren Narkose. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 2 mars.)

Seefisch (G.). Mitteilung über Pankreascysten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 1-2.)

Selberg (F.). Ueber Narkosen mit Schleich's Siedegemischen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 2.) — De l'anesthésie chirurgicale obtenue au moyen des mélanges préconisés par M. Schleich.

Sörensen (J.). Ueber stenosirende Dünndarmtuberculose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 1-2.) — De la tuberculose de l'intestin grêle avec tendance à la sténose.

Spiess (G.). Ein Fremdkörper in der Lunge. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 mars.) — Corps étranger du poumon.

Strassmann (P.). Bemerkungen zur Händedesinfektion, insbesondere über Lysoform. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 mars.) — Quelques remarques sur la désinfection des mains, en particulier au moyen du lysoforme.

Strauss (H.). Zur Prognose des Pyloruscarcinoms nach Gastroenterostomie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 mars.) — Le pronostic du cancer du pylore après la gastro-entérostomie.

Subbotic (V.). Beitrag zur Kenntnis der hämorrhagischen Pankreascysten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 1-2.)

Tait (D.). Eversion of the tunica vaginalis as a remedy for hydrocele. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Thornton (J. H.). Continuous elastic pressure in treatment of fracture of the patella. (*Railway Surgeon*, 19 mars.)

Toussaint (H.). Note sur la guérison de l'appendicite après amputation spontanée de l'appendice. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mars.)

Trnka. Enteroplastik. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXII, 3.)

Turck (F. B.). Shock in abdominal operations. (*Philadelphia Med. Journ.*, 30 mars.)

Unna (P.). Zur Carcinombehandlung. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mars.) — Traitement du cancer.

Van Zwalenburg (C.). Sarcoma of the intestines, with table of 15 cases of resection. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 mars.)

Venturi (T.). Di un caso di mielomi multipli (morbo di Kahler ?). (*Riforma med.*, 9 et 10 mars.)

Vernet (L.). Un cas de kyste hydatique d'un adducteur. (*Marseille méd.*, 15 mars.)

Walsham (W. J.). Auto-reduction of hernia « en masse » as a cause of abdominal obstruction. (*Brit. Med. Journ.*, 23 mars.)

Wathen (J. R.). Tumors of testicle. (*Amer. Practitioner and News*, 1er mars.)

Wegner. Ausgedehnte Verknöcherungen in der Fascie des Unterschenkels. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 mars.) — Ossifications étendues de l'aponévrose de la jambe.

Weisz (M.). Ueber Stichwunden des Brustkorbes im Anschluss an einen Fall. (*Pest. med.-chir. Presse*, 31 mars.) — Des blessures de la cage thoracique par instruments piquants.

White (J. W.). The treatment of trifacial neuralgia, with the report of a case of evulsion of the second and third divisions of the Gasserian ganglion. (*University of Pennsylvania Med. Bulletin*, mars.)

Widenmann. Zur Casuistik der Zwerchfellhernien beim Lebenden. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 mars.) — Hernies diaphragmatiques constatées sur le vivant.

Zappulla (A.). Alcune ricerche sulle resezioni del rene; nota preventiva. (*Riforma med.*, 19 et 20 mars.)

Zembrzuski (L.). Przypadek wydalenia blony sluzowej przelyku po oparzeniu lugiem zracym. (*Gaz. lekarska*, 30 mars.) — Un cas d'expulsion de la muqueuse de l'œsophage à la suite d'une brûlure par ingestion de lessive.

Zulehner (H.). Zur Herznaht. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 mars.) — De la suture du cœur.

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Salles (E.). Dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl; grossesse gémellaire; double version podalique. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 mars.)

Schäffer (O.). Ueber die « unterbrochene Fehlgeburt ». (*Deutsche Praxis*, 10 et 25 janv., 10 fév., 25 mars, 10 et 25 avril et 10 mai.) — De l'avortement interrompu.

Schenk (F.). Ueber Dauererfolge nach Myomotomie (supravaginaler Amputation) und radicaler, abdominaler Adnexoperation. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 3.) — Sur les résultats éloignés de la myomotomie (amputation sus-vaginale) et de l'extirpation des annexes par la voie abdominale.

Sippel (A.). Ueber äussere Ueberwanderung des Eies, deciduale Reaktion der Tube und Tubenschwangerschaft. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 mars.) — Sur la migration extra-tubaire de l'œuf, et sur la grossesse tubaire.

Steffeck. Zur Behandlung der pathologischen Fixationen des Uterus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 et 14 mars.)

Sticher. Das Vorbereitungsbad der Kreissenden als Infektionsquelle. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 mars.) — Le bain considéré comme source d'infection chez les femmes en travail.

Stöckel (W.). Zwei Fälle von Bauchdeckenhämatom in der Schwangerschaft. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 mars.) — Deux cas d'hématome de la paroi abdominale au cours de la grossesse.

Theilhaber (A.). Die Ursachen der präklimakterischen Blutungen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 3.) — Sur les causes des hémorrhagies qui précèdent la ménopause.

Van der Hoeven (P.). Ueber die Aetiologie der Mola hydatidosa und des sogenannten Deciduoma malignum. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 2.)

Veit (J.). Ueber Deportation von Chorionzotten (Verschleppung von Zotten in mütterliche Blutbahnen). (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 3.) — De la pénétration de villosités du chorion dans le torrent circulatoire de la mère.

Vogel (G.). Bacteriologische und klinische Befunde bei fiebernden und normalen Wöchnerinnen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIV, 3.) — Recherches bactériologiques et cliniques sur la puerpéralité normale et la puerpéralité fébrile.

Williams (D. H.). A report of two cases of cesarean section under positive indications, with terminations in recovery. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.) — Deux cas d'opération césarienne avec issue favorable pour la mère et pour l'enfant.

Wolff (B.). Beitrag zur Lehre von der Wendung und Extraction beim engen Becken. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXII, 3.) — De la version et de l'extraction de l'enfant en cas de bassin rétréci.

Wood (J. C.). The use of the spray in the local treatment of gynecological diseases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

PÉDIATRIE

Sherwell (S.). On the effect of topical applications of excessive strength and improper diet and hygiene in prolonging and causing skin diseases in infants and young children. (*Med. Record*, 5 janv.) — De l'influence exercée par un régime trop fortifiant et mal choisi et par une hygiène défectueuse sur le développement et l'évolution des maladies cutanées chez les enfants.

Thomson (J.). Note on the peculiar nystagmus of spasmus nutans in infants. (*Brit. Med. Journ.*, 30 mars.)

Weill (E.) et **Péhu** (M.). Diagnostic des méningites infantiles par la réaction du liquide céphalo-rachidien sur le sang du porteur (procédé de M. Bard). (*Province méd.*, 9 mars.)

Wermel (S.). Ueber Niereninfarcte bei Neugeborenen. (*Monatsb. f. Urologie*, VI, 3.) — Des infarctus du rein chez les nouveau-nés.

Wolf (H.). Beiträge zur Anwendung einiger neuerer Arzneimittel in der Kinderheilkunde. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXI, 1-2.) — De l'emploi de quelques remèdes nouveaux en pédiatrie.

HYGIÈNE

Maguire (W. R.). Domestic sanitary drainage and plumbing. 3e éd. In-8o, 510 p. Londres.

Nicolas (J.). L'école et l'hygiène. (*Province méd.*, 2, 9 et 16 mars.)

Pannwitz. Zur Tuberkulose-Bekämpfung. Verhandlungen des deutschen Central-Komites zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke in der Jahresversammlung am 23. März 1901 zu Berlin. In-8o, 68 p. Berlin. — La lutte contre la tuberculose.

Primet. Morbidité et mortalité en Nouvelle-Calédonie en 1899. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, janv.-fév.-mars.)

Reimann (M.). Die Schwindsucht, ihre Bekämpfung und Abwehr. In-8o, 72 p. Kiel. — Prophylaxie de la phtisie.

Röse (R.). Untersuchungen über Mundhygiene. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 2.) — Recherches sur l'hygiène de la bouche.

Tobeitz (A.). Zur Bekämpfung der Infectionen in der Schule. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXI, 1-2.) — La lutte contre les maladies infectieuses dans les écoles.

Van Ryn. Ligue nationale belge contre la tuberculose; rapport général sur l'exercice 1900. In-8o, 46 p. Bruxelles.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Krafft-Ebing (R. von). Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtung der conträren Sexualempfindungen. 11e éd. In-8o, 419 p. Stuttgart.

Marandon de Montyel (E.). De l'action du sulfure de carbone sur le cerveau des ouvriers en caoutchouc. (*Ann. d'hyg. publ.*, mars.)

Poore (G. V.). A treatise on medical jurisprudence. In-8o, 530 p. avec fig. Londres.

Stern (R.). Ueber den Nachweis menschlichen Blutes durch ein « Antiserum ». (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 fév.) — Sur un « antisérum » permettant de reconnaître le sang humain.

Stich (C.). Zur Arsenfrage. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 mars.) — Recherches sur l'intoxication par l'arsenic.

Uhlenhuth. Eine Methode zur Unterscheidung der verschiedenen Blutarten, im besonderen zum differentialdiagnostischen Nachweise des Menschenblutes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 fév.) — Un moyen pour reconnaître le sang des diverses espèces animales et, en particulier, pour établir le diagnostic différentiel du sang humain.

Wassermann (A.) et **Schütze** (A.). Ueber eine neue forensische Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 fév.) — Un nouveau procédé pour distinguer, en médecine légale, le sang de l'homme d'avec celui des animaux.

Willcox (W. H.). The toxicological detection of arsenic and the influence of selenium on its tests. (*Lancet*, 16 mars.) — La recherche de l'arsenic et l'influence qu'exerce la présence de sélénium sur les réactions de ce métalloïde.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Culbertson (J. C.). Psychic therapeutics. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 mars.)

Lanaras. Etude sur les propriétés thérapeutiques de l'eau dans les maladies aiguës. In-12, 23 p. Tiflis.

Lassar (O.). Zur Therapie des Cancroid. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 mars.)

Lochboehler (G. J.). Irrigation of the colon as a therapeutic measure. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mars.)

Lortet et **Genoud**. Appareil photothérapique sans condensateur pour l'application de la méthode de Finsen. (*Lyon méd.*, 17 mars.)

Meyer (H.). Ueber subkutane Paraffininjectionen. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 mars.)

Molè (C.). L'alcool nella cura dell'erisipela. (*Gazz. internazion. di med. prat.*, 15 fév.)

Nammack (Ch. E.). Treatment of acute serofibrinous pleurisy. (*Med. Record*, 9 mars.)

Norris (G. W.). A case of cocain habit of ten months' duration treated by complete and immediate withdrawal of the drug. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 fév.) — Un cas de cocaïnomanie traité par la cessation brusque et complète de l'usage de la cocaïne.

Osborne (O. T.). The therapeutic application of the organic extracts. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 mars.)

Overton (E.). Studien über die Narkose, zugleich ein Beitrag zur allgemeinen Pharmakologie. In-8o, 195 p. Iéna. — Recherches sur la narcose et considérations sur la pharmacologie générale.

Peters (E. A.). Four cases in which pain was relieved by suprarenal extract. (*Lancet*, 2 mars.) — L'extrait de capsules surrénales contre les phénomènes douloureux.

Pirocchi (T.). Perchè gli ipnotici rinforzano l'azione dei diuretici. (*Policlinico*, 30 mars.)

Schulze (O.). Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 mars.) — Traitement des ulcères de jambe.

Schumann. Beitrag zur Behandlung der Diphtherie. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 27 fév. et 2 mars.) — Traitement de la diphtérie.

Shoemaker (J. V.). Treatment of Addison's disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 mars.)

Somers (L. S.). The use of the aqueous extract of the suprarenal gland in persistent epistaxis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 mars.)

Soulié et **Meinard**. Sérothérapie de la variole par le sérum de génisse vaccinée. (*Bull. méd. de l'Algérie*, mars.)

Upshur (J. N.). Heart tonics. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 mars.) — Des toniques du cœur.

Warbasse (J. P.). The treatment of delirium tremens by the intravenous infusion of saline solution. (*Med. News*, 2 mars.)

Weber (H.). Das Kohlensäureprincip in der Behandlung der Lungenschwindsucht. (*Therap. Monatsh.*, mars.) — L'acide carbonique dans le traitement de la phtisie pulmonaire.

Whyte (J. M.). Some recent researches on alcohol; their bearing on treatment. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.) — Quelques recherches récentes sur l'alcool considéré au point de vue thérapeutique.

Williamson (R. T.). On the treatment of glycosuria and diabetes mellitus with sodium salicylate. (*Brit. Med. Journ.*, 30 mars.)

Winkler (F.). Pharmakotherapie. In-8o, 370 p. Vienne.

BACTÉRIOLOGIE

Bail (O.). Fortgesetzte Untersuchungen über die Agglutination von Typhusbakterien. (*Prag. med. Wochensch.*, 21 mars.)

Barone (V.). Su alcune sostanze estratte dai corpi bacterici. (*Policlinico*, 2 mars.)

Barrada (S.). Bacteriologia de la fiebre amarilla. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Christomanos (A.). Zur Farbstoffproduction des Bacillus pyocyaneus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 2.) — Production de pigment par le bacillus pyocyaneus.

Gioelli (P.). Sui nuovi mezzi di rapido riscontro e sviluppo del bacillo della tubercolosi. In-8o, 13 p. Gênes.

Hunter (W.). A method of distinguishing bacillus coli communis from bacillus typhosus by the use of neutral red. (*Lancet*, 2 mars.) — Différenciation du colibacille d'avec le bacille d'Eberth au moyen du rouge neutre.

Papasotiriu (J.). Ueber den Einfluss der Kohle auf den Tuberkelbacillus. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 mars.) — De l'influence du charbon sur le bacille de la tuberculose.

21e ANNÉE. — N° 41. Vingt centimes le numéro. 2 OCTOBRE 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur J. Friedenthal est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur W. Chlumsky est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Ernst Ziemke est nommé professeur extraordinaire de médecine légale.

Faculté de médecine de Heidelberg. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les docteurs Brauer (*médecine interne*); Ferdinand Petersen (*chirurgie*); Siegfried Bettmann (*dermatologie*).

Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur E. Kowalski est nommé privatdocent d'hydrothérapie.

Faculté de médecine de Naples. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Arnaldo Cantani (*pathologie médicale*); S. Del Vecchio (*chirurgie*); Lorenzo Mandalari (*psychiatrie*); Antonio Reale (*dermatologie et syphiligraphie*).

Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur E. Benvenuti est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Karl Weigner (*anatomie*); R. Jedlicka (*chirurgie*).

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Arborio Marracino, privatdocent à la Faculté de médecine de Naples, est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Rostock. — M. le professeur Albert Peters, privatdocent à la Faculté de médecine de Bonn, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie, en remplacement de M. Axenfeld.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Carlo Ferraresi est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Guido von Török est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Zurich. — M. le docteur Sidler-Huguenin est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Pietro Imbriaco est nommé privatdocent de médecine opératoire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur J. A. Winter, professeur extraordinaire de pharmacologie à la Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur J. L. W. Thudichum, ancien lecteur de chimie médicale à St. Thomas's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur I. Salas, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de San-Luis-Potosi.

AVIS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bizzozero (E.). Sulla membrana propria dei canalicoli uriniferi. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 1.)

Cesaris-Demel (A.). Sulla sostanza cromatofila endoglobulare in alcuni eritrociti. (*Atti dell'Accad. delle scienze di Torino*, XXXVI, 5.)

Donaggio (A.). Sulla presenza di sottili fibrille tra le maglie del reticolo periferico nella cellula nervosa. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 1.)

Kaplan (L.). Axencylinderfärbung; vorläufige Mitteilung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 avril.) — Un procédé de coloration des cylindres-axes.

Lapinsky (M.) et **Cassirer** (R.). Ueber den Ursprung des Halssympathicus im Rückenmark. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 2-4.) — De l'origine du sympathique cervical dans la moelle épinière.

Michaelis (L.). Ueber den Chemismus der Elastinfärbung und seine praktische Anwendung auf Sputumpräparate. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 avril.) — Sur le chimisme de la coloration des fibres élastiques et le mode d'emploi de cette coloration pour les préparations de crachats.

Poirier (P.) et **Charpy** (A.). Traité d'anatomie humaine. 2e éd. T. IV, 1er fasc. In-8o, 400 p. avec fig.

Prenant (A.). L'histologie, science biologique. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er avril.)

Romano (A.). Di alcune particolarità nella fina anatomia delle cellule nervose elettriche. In 8o, 48 p. avec fig. Naples.

Schultze (O.). Ueber die Entwickelung und Bedeutung der Ora serrata des menschlichen Auges. In-8o, 13 p. avec fig. Wurtzbourg. — Du développement et de la signification de l'ora serrata de l'œil humain.

Treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900); section d'anatomie descriptive et comparée; section d'histologie et d'embryologie; section de physiologie, physique et chimie biologiques [compte rendu officiel]. In-8o, 559 p. avec fig.

Ugolotti (F.). Contribuzione allo studio delle vie piramidali nell'uomo. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 1.)

PHYSIOLOGIE

Allard (F.). Contractilité et sensibilité électriques pendant l'analgésie chirurgicale par injection sous-arachnoïdienne de cocaïne. (*Arch. d'électricité méd.*, avril.)

Astolfoni (G.). Di un restringimento pupillare durante la mestruazione. (*Gazz. degli Osped.*, 21 avril.)

Blumenthal (F.) et **Wohlgemuth** (J.). Ueber Glycogenbildung nach Eiweissfütterung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 avril.) — De la formation du glycogène aux dépens de l'albumine.

Cavazzani (E.). Intorno alla influenza negativa di alcuni linfagoghi sulla formazione del liquido cerebro-spinale. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 1.)

Edridge-Green (F. W.). Light and colour perception. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.) — Perception de la lumière et des couleurs.

Gallerani (G.). Su la natura e varianti del rapporto d'assorbimento spettrofotometrico della ossiemoglobina ed in generale sulla legge d'assorbimento in relazione alla concentrazione, allo spessore delle soluzioni colorate, alla natura dello spettrofotometro e alla costituzione chimica della sostanza. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 1.)

Gardner (H. W.). The dietetic value of sugar. (*Brit. Med. Journ.*, 27 avril.) — La valeur alimentaire du sucre.

Haskovec (L.). Ueber die Wirkung des Alkohols auf das Herz und den Blutkreislauf. (*Wien. med. Wochensch.*, 6, 13, 20 et 27 avril et 4 mai.) — De l'action exercée par l'alcool sur le cœur et la circulation.

Hirsch (C.) et **Beck** (C.). Studien zur Lehre von der Viscosität (inneren Reibung) des lebenden, menschlichen Blutes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 5-6.) — Recherches sur la viscosité du sang humain vivant.

Korczynski (L.). O wplywie przypraw korzennych na sprawnosc zoladka. (*Gaz. lekarska*, 6 avril.) — De l'influence des épices sur l'activité de l'estomac.

Oppenheimer (C.). Zur Theorie der Fermentprocesse. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 avril.)

Pawlow (J.-P.). Le travail des glandes digestives. (Trad. française par V. Pachon et J. Sabrazès.) In-8o, 287 p.

Richet (C.). Dictionnaire de physiologie. T. IV, 2e fasc. In-8o, p. 321 à 640, avec fig.

Sultan (C.). Beitrag zur Kenntnis der Schilddrüsen-Function. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 3.) — Recherches expérimentales sur la fonction de la glande thyroïde.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bielschowsky (M.). Zur Histologie der Compressionsveränderungen des Rückenmarks bei Wirbelgeschwülsten. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 16 mars, 1er et 16 avril.) — Recherches histologiques sur les altérations de la moelle épinière dans les cas de compression par tumeurs du rachis.

Ciaccio (A.). Contributo allo studio della cirrosi mista del fegato. (*Policlinico*, 13 avril.)

Folli (A.). Sugli adenomi delle capsule surrenali. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 1.)

Giese (O.). Rückenmarksveränderungen bei Compression durch einen Tumor in der Höhe der obersten Segmente. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 2-4.) — Altérations de la moelle épinière dans un cas de compression par une tumeur siégeant au niveau du segment médullaire supérieur.

Glinski (L. K.). Zur Kenntnis des Nebenpankreas und verwandter Zustände. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 1.) — Du pancréas accessoire et des anomalies analogues.

Glockner (A.). Ueber einen Fall von Neuroma verum gangliosum amyelinicum des Bauchsympathicus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — Un cas de neurome ganglionnaire amyélinique vrai du sympathique abdominal.

Hajós (L.). Ueber die feineren pathologischen Veränderungen der Ammonshörner bei Epileptikern. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 2.) — Des altérations fines des cornes d'Ammon chez les épileptiques.

Hawthorn (Ed.). Sarcome prévertébral périaortique. (*Marseille méd.*, 15 avril.)

Liebscher (C.). Angiolipom des Wirbelcanals mit Compression des Rückenmarkes. (*Prag. med. Wochensch.*, 18 avril.) — Angiolipome du canal vertébral avec compression de la moelle épinière.

Marie (P.). Des foyers lacunaires de désintégration et de différents autres états cavitaires du cerveau. (*Rev. de méd.*, avril.)

Meyer (E.). Zur Pathologie der Ganglienzelle, unter besonderer Berücksichtigung der Psychosen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 2.) — Anatomie pathologique des cellules ganglionnaires, surtout dans les psychoses.

Pappenheim (A.). Ueber das Vorkommen einkerniger Zellen im gonorrhoischen Urethralsecret. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 1.) — Sur la présence de cellules mononucléaires dans les produits de sécrétion blennorrhagique de l'urèthre.

Perrero (E.). Se le alterazioni del sistema nervoso centrale siano primitive o secondarie alle mostruosità per difetto (ectromelia, emimelia). (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 1.)

Räcke. Die Gliaveränderungen im Kleinhirn bei der progressiven Paralyse. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 2.) — Les altérations de la névroglie du cervelet dans la paralysie progressive.

Ramdohr (W.). Ueber Milzcysten und ihre Beziehungen zu Rupturen der Milzkapsel. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 1.) — Les kystes de la rate dans leurs rapports avec les ruptures de la capsule splénique.

Ravenna (E.). Sulla patologia dei plessi nervosi dell'intestino. (*Arch. per le scienze med.*, XXV, 1.)

Rubinstein (H.). Zur pathologischen Anatomie der perniciösen Anämie. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 27 avril.)

Schlagenhaufer (F.). Zwei Fälle von Lymphosarkom der bronchialen Lymphdrüsen mit secundärer Lympho-Sarcomatose des Oesophagus. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 1.) — Deux cas de lymphosarcome des ganglions bronchiques avec lymphosarcomatose de l'œsophage.

Schmidt (M. B.). Ueber Milzcysten und Milzgewebshernien. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 1.) — Des kystes de la rate et des hernies du tissu splénique.

Tuffier (Th.) et **Milian** (G.). Contribution à l'étude physiologique et cytologique de l'hémothorax. (*Rev. de chir.*, avril.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Aporti (F.) et **Plancher** (E.). Dell'emoglobinuria artificiale e delle alterazioni del rene nelle iniezioni sperimentali di urea. (*Morgagni*, avril.)

Boni (I.). Untersuchungen über den Keimgehalt der normalen Lungen; ein experimenteller Beitrag zur Aetiologie der Lungeninfection. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 5-6.) — Recherches sur la teneur en germes des poumons normaux; contribution expérimentale à l'étiologie des infections pulmonaires.

D'Amato (L.). A proposito dei metodi per dosare il grasso. (*Clinica medica italiana*, mars.)

Enderlen et **Hess**. Ueber Antiperistaltik. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 3-4.)

Grassi (G.). Diffusione del colibacillo nell'organismo animale dopo la morte. (*Pediatria*, mars.)

Heineke (H.). Experimentelle Untersuchungen über die Todesursache bei Perforationsperitonitis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 5-6.) — Recherches expérimentales sur les causes de la mort dans la péritonite par perforation.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Arloing (S.). Aperçu sur les théories actuelles de l'immunité. (*Lyon méd.*, 7 avril.)

Bannister (H. M.). Conjugal tuberculosis; a study of case to case infection. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 avril.)

Bunker (H. A.). The bio-chemical basis of pathology. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 mars.)

Calmette. La défense de l'organisme contre la mort naturelle. (*Echo méd. du Nord*, 14 avril.)

Cassaët (E.). Sur la question des toxines gastriques. (*Arch. gén. de méd.*, mars et avril.)

Ceni (C.). Ricerche sul potere riproduttivo e sull'ereditarietà nella pellagra sperimentale. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 1.)

Class (W. J.). Immunity against zymotic diseases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 avril.)

Dzierzgowski (S.). Przyczynek do sprawy dziedziczenia sztucznej odpornosci przeciw blonicy. (*Gaz. lekarska*, 13 et 20 avril.) — Recherches expérimentales sur la transmission de l'immunité artificielle de la mère au fœtus.

Eraud (J.). Du rôle biochimique de la prostate. (*Lyon méd.*, 21 avril.)

Faidherbe (A.). Immunité vaccinale congénitale. In-8o, 12 p. Lille.

Heinz (R.). Weitere Studien über Entzündung seröser Häute. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 avril.) — De l'inflammation des séreuses.

Joos (A.). Untersuchungen über den Mechanismus der Agglutination. 1. Teil. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 3.)

Kretz (R.). Ueber die Beziehungen zwischen Toxin und Antitoxin. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 4.) — Des rapports entre les toxines et les antitoxines.

Neisser (M.) et **Wechsberg** (F.). Ueber die Wirkungsart bactericider Sera. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 avril.) — Sur le mode d'action des sérums bactéricides.

Ostrianine. Sur les propriétés bactéricides du sérum sanguin dans le cours des maladies. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Ransom (F.). Saponin und sein Gegengift. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 mars.) — La saponine et son antidote.

Rosenbach (O.). Ueber lokalisirte Stauungen und Ergüsse bei Herzkranken nebst Bemerkungen zur funktionellen Diagnostik der Uebergangsformen von Exsudat und Transsudat. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 avril.) — Des stases et des épanchements localisés chez les cardiaques; remarques sur le diagnostic fonctionnel des états intermédiaires entre l'exsudat et le transsudat.

Rosenberger (F.). Ursachen der Karbolgangrän. In-8°, 15 p. Wurtzbourg. — Des causes de la gangrène par applications d'acide phénique.

Schütze (A.) et **Scheller** (R.). Ueber die Regeneration aufgebrauchter globulicider Substanzen im inficirten Organismus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 3.) — De la reproduction des substances globulicides dans l'organisme infecté au fur et à mesure de leur utilisation.

MÉDECINE

Abée. Ueber Herzgrenzen bei verschiedenen Arten äusserer Beeinflussung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 25 avril.) — Les oscillations des limites du cœur sous l'influence des diverses excitations extérieures.

Albu. Akute gelbe Leberatrophie mit Ausgang in Heilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 avril.) — Un cas de guérison d'atrophie jaune aiguë du foie.

Allen (J. M.). Croupous pneumonia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mars.)

Anders (J. M.). A contribution to the study of fatty infiltration of the heart secondary to « subpericardial over-fatness ». (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — De la surcharge graisseuse du cœur.

Arneill (J. R.). Enteroptosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Bardach (B.). Zum Nachweis von Quecksilber im Harn. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 13 avril.) — Recherche du mercure dans les urines.

Barié (E.). Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte. 2e éd. In-8°, 988 p. avec fig.

Basch (S. von). Die Herzkrankheiten bei Arteriosclerose. In-8°, 343 p. Berlin. — Les cardiopathies chez les artérioscléreux.

Bernheim (S.). La tuberculose et la médication créosotée. In-8°, 318 p.

Bouveret (L.). Formes anormales de la sténose du pylore : sténose sans vomissements; sténose à vomissements périodiques. (*Lyon méd.*, 14 avril.)

Brill (N. E.). Primary splenomegaly; with a report of three cases occurring in one family. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Cardamatis (J.). L'accès pernicieux algide. (*Grèce méd.*, mars.)

Colbeck (E. H.). Diseases of the heart. In-8°, 356 p. avec fig. Londres. — Maladies du cœur.

Colman (H. C.). Pernicious anæmia; with an analysis of eighty-seven published cases, and an inquiry into the after-history of twenty-two reported cures. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars et avril.) — Etude sur l'anémie pernicieuse, basée sur 87 cas publiés dans la littérature médicale, avec une enquête sur les suites de l'affection dans 22 cas guéris.

Collet (F.). Précis de pathologie interne. 2e éd. 2 vol. In-18, 1420 p. avec fig.

Crespin (J.) et **Mailfert** (R.). Etude clinique des manifestations broncho-pulmonaires aiguës dans la malaria. (*Arch. gén. de méd.*, mars et avril.)

D'Amato (L.). Il ricambio materiale in un caso di diabete traumatico grave. In-8°, 109 p. Naples.

Deléarde. L'hémoptysie du début de la tuberculose pulmonaire est-elle un accident du travail? (*Echo méd. du Nord*, 21 avril.)

Lalesque (F.). La discipline de la toux chez les tuberculeux. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mars.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Arneth (J.). Ein seltener Fall von Hysterie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 avril.) — Un cas rare d'hystérie.

Bikeles (G.). Ein Fall von oberflächlicher Erweichung des Gesammtgebietes einer Arteria fossae Sylvii. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er avril.) — Un cas de ramollissement superficiel de l'ensemble du territoire d'une des artères de la fosse de Sylvius.

Binet-Sanglé (Ch.). De l'état des réflexes chez les syphilitiques. (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

Biro (M.). Ueber Störungen des Achillessehnen-Reflexes bei Tabes und Ischias. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 2-4.) — Des modifications du réflexe du tendon d'Achille dans le tabes et la sciatique.

Cohn (M.). Ueber Ponsblutungen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 2.) — Des hémorrhagies de la protubérance.

Comte (A.). Paralysie pseudo-bulbaire et phénomènes laryngés. (*La Parole*, janv.)

Crocq (J.). Un cas de sclérose cérébro-spinale disséminée. (*Journ. de neurol.*, 20 mars.)

Cruchet et **Aubaret.** Un cas de cécité hystérique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 14 avril.)

Dana (Ch. A.). On certain disorders of sleep. (*Philadelphia Med. Journ.*, 6 avril.) — De quelques troubles du sommeil.

De Buck (D.). Polynévrite et réflexes. (*Journ. de neurol.*, 5 avril.)

Decroly. Brûlure électrique du nerf cubital; tumeur cicatricielle; opération. (*Journ. de neurol.*, 5 avril.)

Donath (J.). Ophthalmoplegia interior als Frühsymptom der progressiven Paralyse, nebst Bemerkungen zur Frühdiagnose der Tabes und Paralyse. (*Wien. med. Wochensch.*, 13 avril.) — Ophtalmoplégie interne comme symptôme précoce de la paralysie générale; remarques sur le diagnostic précoce du tabes et de la paralysie générale.

Finkelnburg (R.). Ueber einen Fall von ausgedehnter Erkrankung der Gefässe und Meningen des Gehirns und Rückenmarks im Frühstadium einer Syphilis. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 2-4.) — Un cas de lésions étendues des vaisseaux et des méninges du cerveau et de la moelle épinière dans la période précoce de la syphilis.

CHIRURGIE

Allport (W. H.). Some observations in renal surgery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 avril.)

Baccarani (U.). Considerazioni sopra un caso di peritonite tubercolare con aderenze, guarita in seguito ad una laparotomia esplorativa, nonchè sopra la cura medica e chirurgica di questa affezione. (*Gazz. degli Osped.*, 7 avril.)

Bardeleben (A. von). Zur Kasuistik der totalen Magenexstirpation (Oesophagoenterostomie). (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 avril.)

Barker (A.). Zur Frage der Patellarnaht. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 4.) — De la suture de la rotule.

Bäumler. Ueber akuten Darmverschluss an der Grenze zwischen Duodenum und Jejunum. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 avril.) — Occlusion aiguë de l'intestin à la limite du duodénum et du jéjunum.

Beck (C.). Contribution to the surgery of multilocular renal cyst. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Beely. Zur Stumpfbildung bei Amputationen und Exarticulationen an den oberen Extremitäten. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 4.) — De la formation du moignon dans les amputations et les désarticulations du membre supérieur.

Bergmann (E. von). Die Behandlung der acut-progredienten Phlegmone. In-8°, 31 p. Berlin. — Le traitement des phlegmons à marche aiguë.

Betagh (G.). Contributo alla conoscenza dei tumori maligni della mammella dell'uomo. (*Policlinico*, 20 et 27 avril.)

Betti (O.). Sopra un caso di polisierosite tubercolare grave trattato colla laparotomia. (*Gazz. degli Osped.*, 28 avril.)

Bogart (A. H.). The treatment of club-foot. (*Brooklyn Med. Journ.*, avril.) — Traitement du pied bot.

Braun (H.). Ueber entzündliche Geschwülste des Netzes. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 2.) — Des épiploïtes.

Brindel. Sur un cas de corps étranger des voies aériennes (caramel à demi carbonisé). (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 mars et 14 avril.)

Brinkman (L.). Observations and tabulated report of the result of one hundred and fifty operations for appendicitis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 27 avril.) — 150 opérations pour appendicite.

Brod (M.). Zur Kasuistik der Daumenluxationen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 1.) — Luxations du pouce.

Bruch (A.). Mastoïdite et appendicite. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, avril.)

Bruns (von). Ueber die Endresultate der Castration bei Hodentuberculose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 4.) — Des résultats définitifs de la castration pour tuberculose du testicule.

Bülow-Hansen. Ein operierter Fall von angeborenem Hochstand der Scapula. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 1.) — Intervention dans un cas de position élevée congénitale de l'omoplate.

Bunge. Zur Pathologie und Therapie der durch Gefässverschluss bedingten Formen der Extremitätengangrän. 1. Teil : Pathologische Anatomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 3.) — Anatomie pathologique et traitement de la gangrène des extrémités due à l'occlusion vasculaire.

Büngner (O. von). Zur Asepsis bei Halsoperationen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 avril.) — De l'asepsie dans les opérations pratiquées sur le cou.

Busse. Zur Radicaloperation der Nabelbrüche. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 3.) — Cure radicale des hernies ombilicales.

Cabibbe (O.). Un caso di laccio anelastico lasciato sul braccio per 27 ore. (*Riforma med.*, 9 avril.) — Constriction du bras par un lien non élastique pendant vingt-sept heures.

Canali (M.). Sull'esclusione intestinale. (*Morgagni*, fév.)

Cardi (G.). Peritonite da perforazione nella tifoide; laparotomia e guarigione. (*Clinica moderna*, 24 avril.)

Ceccherelli (A.). Chirurgia gastrica. (*Gazz. degli Osped.*, 14 avril.)

BACTÉRIOLOGIE

Kohlbrugge (J. H.). Symbiose zweier pleomorpher Faeces-Bakterien. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 3.)

Menzer. Ueber einen bacteriologischen Befund bei Cerebrospinalmeningitis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 mars.)

Migula (W.). Compendium der bakteriologischen Wasseruntersuchung nebst vollständiger Uebersicht der Trinkwasserbakterien. In-8°, 440 p. avec planches. Wiesbade. — Guide pour l'examen bactériologique de l'eau, avec un aperçu sur la flore bactérienne des eaux potables.

Piorkowski. Beitrag zur Färbung der Diphtheriebacterien. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 mars.) — De la coloration des bacilles de la diphtérie.

Ransome (A.) et **Foulerton** (A.). On the influence of ozone on the vitality of some pathogenic and other bacteria. (*Lancet*, 2 mars.)

Remy (L.). Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde et de son bacille [3e mémoire]. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.)

DÉONTOLOGIE

Glover (J.). Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, tenu à Paris du 23 au 28 juillet 1900. Procès-verbaux sommaires. In-8°, 44 p.

Morache (G.). La profession médicale, ses devoirs, ses droits. In-16, 327 p.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

A propos de la pureté et de l'efficacité des médicaments.

Les médecins se plaignent bien souvent que tel médicament délivré dans une série d'officines n'amène pas les effets voulus ou ne jouit plus de la même activité qui lui a été reconnue jadis. Cela tient le plus souvent à ce que le produit qui se trouve dans le commerce n'est pas pur ou que la préparation n'en est pas conforme à la pharmacopée légale. Dans la plupart des pays, les pharmaciens sont bien soumis, à des périodes régulières, à la visite d'une commission d'inspection chargée de vérifier la pureté des drogues et des produits chimiques, ainsi que la bonne préparation des remèdes magistraux. Ces inspecteurs font des essais des médicaments et des constatations sur place; malheureusement, presque partout les résultats de ces inspections ne sont pas connus du Corps médical. Tel n'est pas le cas, cependant, pour la Belgique où le gouvernement publie dans le *Bulletin du service de santé et de l'hygiène publique* l'ensemble des rapports des inspecteurs des pharmacies et drogueries. En parcourant les observations faites par les inspecteurs sur la nature des médicaments examinés, le médecin est renseigné sur la cause des mécomptes qu'il éprouve parfois à propos de l'effet espéré et de l'effet obtenu de certains médicaments. Le rapport qui a paru récemment pour la période biennale 1899-1900 contient des séries de faits très précis, dont voici seulement quelques-uns à titre d'exemples :

Eucalyptol : « On vend sous ce nom de l'essence d'eucalyptus pur, et parfois même de l'essence dépouillée de l'eucalyptol. »

Fer réduit par l'hydrogène : « Ce produit est généralement mauvais, contient des sulfures et ne donne que 40 à 50 % de fer réduit, au lieu de 89. »

Liqueur de Fowler : « Ce produit est souvent altéré et non conforme à la pharmacopée. »

Teinture d'iode : « La teinture d'iode, qui devrait au minimum titrer 70 ‰ d'iode libre, ne titre bien souvent que de 30 à 40 ‰. »

La liste de ces sortes de falsifications ne remplit pas moins de cinquante pages in-8° en petit texte; c'est dire combien la médecine est exposée à subir des échecs du fait même de l'impureté des médicaments. Il faudrait donc que dans chaque pays le Corps médical fût éclairé sur les faits de ce genre qui se passent dans son propre ressort. C'est pourquoi il serait bon que l'on imitât un peu l'exemple de la Belgique et qu'ailleurs aussi on rendît publics ces rapports d'inspection des pharmacies, avec le détail des analyses, rapports qui, tout en ne désignant pas les coupables, sont de nature, pourtant, à exercer une influence réelle sur la qualité des médicaments, laquelle ne dépend pas toujours du pharmacien lui-même, mais le plus souvent de ses fournisseurs.

NÉCROLOGIE

M. le docteur J. Galvanis, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine d'Athènes. — MM. les docteurs H. von Wyss, professeur extraordinaire de médecine légale et de toxicologie, et Max Freudweiler, privatdocent d'hydrothérapie à la Faculté de médecine de Zurich.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882* : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1900* inclusivement (18 années) absolument complètes, soit les 20 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 182 francs pour la France, 220 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1900, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE BORDEAUX

Auboin. Du traitement électrothérapique de la paralysie infantile.

Auchier. Contribution à l'étude des rapports de la paralysie générale progressive et de la dégénérescence.

Ballan. Contribution à l'étude du traitement des paralysies diphtériques par la sérothérapie.

Bargues. Contribution à l'étude du papillome (étude étiologique).

Bert. Traitement des déviations de la cloison nasale.

Bougenault. Contribution à l'étude des engelures séniles chroniques.

Bouvier. Des fibromes de l'utérus intra-ligamentaires.

Brossard. La thoracentèse précoce, particulièrement de son action sur la température.

Castagnol. Des entérorrhagies herniaires.

Chemin. De l'empyème compliqué du sinus frontal.

Coudret. De l'extirpation totale de la glande sous-maxillaire dans les cas de calculs salivaires.

Crauste. Contribution à l'étude des divisions congénitales de la langue.

Dargein. Du traitement des calculs de la vessie chez le vieillard (taille hypogastrique, lithotritie).

Delaire. De la coexistence de rétrécissements et de corps étrangers dans l'œsophage.

Destonesse. Contribution à l'étude des endothéliomes des os.

Dhoste. Le signe de Revilliod et le signe de Legendre dans l'hémiplégie faciale d'origine centrale.

Druilhet. De l'œdème dans la rétention d'urine.

Duballen. Des troubles de la sensibilité cutanée en rapport avec les maladies des organes génitaux internes de la femme.

Dubourg. Contribution à l'étude de l'exosplénopexie.

Dugé de Bernonville. De la tarsoclasie dans le traitement du pied bot varus équin congénital chez l'enfant.

Dusson. Considérations psychologiques et médico-pédagogiques sur un cas de dégénérescence.

Etchepare. Quelques remarques sur le joueur de pelote.

Fleury (de). Contribution à l'étude du syndrome du cône terminal.

Gentes. Morphologie et structure des îlots de Langerhans chez quelques mammifères; évolution et signification des îlots en général.

Ginestous. Du rétablissement de la vision binoculaire dans le traitement du strabisme.

Grasseteau. Contribution à l'étude du traitement de la méralgie paresthésique.

Guélain. De la kératodermie palmaire et plantaire symétrique congénitale et héréditaire.

Guérin. Des conjonctivites pseudo-membraneuses chroniques.

Houpert. Kystes épidermiques du frein de la langue chez le nouveau-né.

Jousset. Le signe de Robert Wreden (docimasie auriculaire).

Kohler. De l'emploi du bleu de méthylène chimiquement pur en thérapeutique chirurgicale.

Lambert. Notes sur la sacculose vésicale; complications, traitement.

Latour. Des polypes fibreux naso-pharyngiens; siège, diagnostic, traitement.

Lenourichel. Acné professionnelle due au goudron de houille.

Lescarret. Des scotomes par éclipse solaire.

Lupan. Contribution à l'étude de la sérothérapie antituberculeuse.

Manine-Hitou. De la suture des plaies du cœur (manuel opératoire).

Marchand. La médication cacodylique chez les enfants.

Marchenay. Traitement des cancers par l'acide arsénieux.

Matignon. L'art médical à Tunis.

Menier. Du traitement aérothermique en général et plus particulièrement en rhinologie.

Monmayou. De la séro-réaction tuberculeuse extemporanée par le procédé du sang desséché.

Picot. Contribution à l'étude des luxations congénitales de l'épaule.

Polidor. Des canaux de Gartner; de leur persistance chez la femme sous forme de conduits à débouché vaginal.

Pujos. Du suc pulmonaire dans les pleurésies purulentes.

Quenendec. Contribution à l'étude des fractures spontanées en général et en particulier dans la paralysie générale.

Recours. De l'éviscération post-opératoire spontanée.

Rideau. La laryngite grippale.

Sabroux. Exostoses du conduit auditif.

Sarrabezolles. Contribution à l'étude des fistules vésico-utérines.

Serph. Le cancer primitif du méat urinaire chez la femme.

Susbielle. Contribution à l'étude de la contusion herniaire.

Verdier. Contribution à l'étude de l'orchidopexie : de la persistance du canal vagino-péritonéal.

Vergnes. Contribution à l'étude de l'ablation du ganglion de Gasser.

Vital. Contribution à l'étude du traitement de la septicémie puerpérale par les bains froids.

MÉDECINE

Edsall (D. L.). The estimation of the urinary sulphates and of the fecal fat in the diagnosis of pancreatic disease. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — Le dosage des sulfates urinaires et de la graisse des matières fécales dans le diagnostic des affections du pancréas.

Einhorn (M.). Bemerkung über Enteroptose. (*Deutsche Praxis*, 10 et 25 avril.)

Elsner (H.). Plätschergeräusch und Atonie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 avril.) — Le bruit de clapotement et l'atonie de l'estomac.

Fornaca (L.). Su di una forma di corea in corso di erisipela. (*Riforma med.*, 1er avril.)

Freund (G.). Ein Fall von Anaemia splenica mit vielen einkernigen neutrophilen Leucocyten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er avril.) — Un cas d'anémie splénique avec de nombreux leucocytes mononucléaires neutrophiles.

Fromme (F.). Die Verwertbarkeit der Glutoidkapseln für die Diagnostik der Darmerkrankungen, speciell der Erkrankungen des Pankreas. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 avril.) — De la valeur des capsules de glutoïde pour le diagnostic des maladies du tube digestif et, en particulier, des affections du pancréas.

Gerest et Lacomme. Insuffisance pulmonaire. (*Loire méd.*, avril.)

Ginsburg (Fejga). Ueber Embolien bei Herzkrankheiten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 5-6.) — Des embolies au cours des cardiopathies.

Hamburger (L. P.). Two examples of Bence Jones' albumosuria associated with multiple myeloma; a preliminary report. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, fév.)

Hay (J.). Reversed pulsus paradoxus due to aneurysm of the aortic arch. (*Lancet*, 27 avril.)

Hegener (J.). Beitrag zur Lehre von der Meningitis serosa acuta. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 avril.)

Heitzmann (L.). Some errors in the examination of urine. (*Med. News*, 20 avril.)

Herrick (J. B.). Some points in the diagnosis of gall-stones. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 avril.) — Du diagnostic de la cholélithiase.

Hervouet. Note sur un cas de colite ulcéro-nécrosique, d'origine probablement grippale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 27 avril.)

Holst (P. F.). Et tilfælde af infektiös aortit med aneurysmedannelse. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, avril.) — Aortite infectieuse et anévrysme de l'aorte.

Huismans (L.). Ueber Morbus Addisonii. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 avril.)

Hunter (W.). Pernicious anæmia: its pathology, septic origin, symptoms, diagnosis, and treatment. In-8°, 480 p. avec fig. Londres.

Ley (A.). Accès d'asthme violents d'origine hypo-thyroïdienne. (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

MALADIES INFECTIEUSES

Behring (E. von). Diphtherie. In-8°, 185 p. avec fig. Berlin.

Boyer (V.). Quelques considérations sur la fièvre jaune. (*Lanterne méd.*, avril.)

Busacca. Gangrène symétrique des extrémités consécutive à la rougeole. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, avril.)

Carter (H. R.). A correlation of some facts in the propagation of yellow fever, with the theory of its conveyance by the Culex fasciatus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 6 avril.) — La propagation de la fièvre jaune dans ses rapports avec la théorie de la transmission de cette maladie par l'intermédiaire du *Culex fasciatus*.

Dickinson (V.). Remarks on two cases of enteric fever, complicated with rigors and exacerbations of high temperature. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.) — Deux cas de fièvre typhoïde avec frissons et hyperthermie excessive.

Ferrari (A.). Breve contribuiçao ao estudo da febre amarella : a hemorrhagia sob o ponto de vista clinico e anatomo-pathologico. (*Thèse de Rio-de-Janeiro.*)

Ficatier. Rapport sur les maladies épidémiques observées en 1900 dans l'arrondissement de Bar-le-Duc. In-8°, 31 p. Bar-le-Duc.

Finlay (Ch.). Yellow fever and its transmission. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 avril.) — La fièvre jaune et sa propagation.

Friedländer (A.). Ueber den Einfluss des Typhus abdominalis auf das Nervensystem. In-8°, 222 p. avec fig. Berlin. — L'influence de la fièvre typhoïde sur le système nerveux.

Gram (C.). Ein Fall von Malaria aestivo-autumnalis mit Halbmonden ohne intraglobuläre Parasiten. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 1.) — Un cas de malaria estivo-automnale avec présence dans le sang de croissants, mais sans parasites endoglobulaires.

Huber (A.). Ueber eine familiäre Streptococcenerkrankung nach Influenza. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 avril.)

Kolle (W.). Bericht über die Thätigkeit in der zu Studien über Pest eingerichteten Station des Instituts für Infectionskrankheiten (1899-1900). (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 3.) — Rapport sur le fonctionnement du service pour l'étude de la peste à l'Institut pour les maladies infectieuses à Berlin.

Kübler (P.). Geschichte der Pocken und der Impfung. In-8°, 397 p. avec fig. Berlin. — L'histoire de la variole et de la vaccination.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Finzi (G.). Contributo allo studio dell'acromegalia. (*Riforma med.*, 25 avril.)

Frisco (B.). Le psicosi di origine traumatica. (*Pisani*, janv.-avril.)

Godet et Mirallié. Un nouveau cas de main succulente chez un hémiplégique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 20 avril.)

Green (T. A.). Three cases of acute ascending paralysis. (*Lancet*, 6 avril.) — 3 cas de paralysie de Landry.

Hart (S.). Multiple neuritis and hæmatoporphyrinuria following the prolonged ingestion of trional. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Hirschl (J. A.). Alkohol und Geistesstörung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 avril.) — Alcool et troubles psychiques.

Hughes (C. H.). Autopsychorhythmia or repetition psycho-neurosis. (*Lancet*, 20 avril.)

Krahulik (V.). Paralysa následkem otravy arsenikem. (*Sbornik klinicky*, II, 4.) — Paralysie arsenicale.

Leegaard (Ch.). Beretning om en epidemi af poliomyelitis anterior acuta i Bratsberg amt aar 1899. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, avril.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Allen (Ch. W.). Recent clinical observations on tinea versicolor. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 avril.)

Antoni (F.). Om den Gramska färgnings-metodens förhaallande till gonokokkerna. (*Hygiea*, fév.) — Sur la coloration des gonocoques par la méthode de Gram.

Barendt (F. H.). The skin lesions due to the presence of arsenic in beer. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, avril.) — Les lésions cutanées provoquées par de la bière contenant de l'arsenic.

Bernhardt (R.). W kwestyi patogenezy swierzbiaczki (*prurigo*). (*Gaz. lekarska*, 13 et 20 avril.) — De la pathogénie du prurigo.

Bertrand (L.). Contribution à l'étude du traitement de l'uréthrite chronique d'origine gonococcique. (*Ann. de la Soc. médico-chir. d'Anvers*, mars-avril.)

Bettmann. Ueber eine besondere Form der Urticaria factitia bei der Sclerodermie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 avril.)

Borgen (Th.). Et tilfælde af purpura fulminans. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, avril.)

Brooke (H. G.) et **Roberts** (L.). The action of arsenic on the skin as observed in the recent epidemic of arsenical beer poisoning. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, avril.) — L'action de l'arsenic sur la peau, d'après les observations faites au cours du récent empoisonnement en masse par de la bière contenant de l'arsenic.

Cooper (A.). Remarks on enlargement of the inguinal glands chiefly in connexion with the diagnosis of primary syphilis. (*Lancet*, 13 avril.)

Dubreuilh (W.) et **Frèche** (D.). Eczéma des ongles. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 avril.)

Fodor (R.). Zwei Fälle von Favus der unbehaarten Haut. (*Pest. med.-chir. Presse*, 7 avril.) — Deux cas de favus de la peau glabre.

Forel (A.). Alkohol und venerische Krankheiten. (*Wien. med. Wochensch.*, 20 et 27 avril.) — L'alcool et les maladies vénériennes.

Giovannini (S.). Experimente über die Desinfection von Wunden, welche mit Eiter von Ulcus molle inficirt wurden. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVI, 1.) — Recherches expérimentales sur la désinfection des plaies infectées au moyen du pus provenant de chancres mous.

Gonzales (P.). Un caso di ittiosi diffusa in soggetto imbecille. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 1.)

Gottheil (W. S.). Pityriasis versicolor of the face. (*Med. Record*, 27 avril.)

Herxheimer (K.) et **Hildebrand** (R.). Ueber atypische Horngebilde. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVI, 1.) — Des formations cornées atypiques.

CHIRURGIE

Coley (W. B.). Acute traumatic malignancy. (*Med. News*, 13 et 20 avril.)

Coqui. Ueber Laparotomie im Privathause. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — De la laparotomie pratiquée au domicile des malades.

De Forest Willard. Joint tuberculosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 avril.)

Dörfler (H.). Blutvergiftung und Amputation. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 et 30 avril.) — Intoxication du sang et amputation.

Dubar. Extraction des corps étrangers de l'œsophage par les voies naturelles. (*Bull. de la Soc. de méd. des praticiens de Lille*, avril.)

D'Urso (G.). Osservazioni anatomiche e cliniche sopra aneurismi degli arti. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 5.)

Earles (W. H.). Surgical diagnosis of abdominal tumors. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 avril.)

Ehrhardt (O.). Zur Vernähung der Scapulae bei Dystrophia musculorum progrediens. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 3.) — La suture des omoplates dans les cas de dystrophie musculaire progressive.

Fenger (Ch.). Conservative operations for renal retention. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Filippini (G.). Sopra due resezioni di tutto il lobo sinistro del fegato per neoplasmi. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 5.) — Deux cas de résection de tout le lobe gauche du foie pour néoplasmes.

Fink (F.). Ueber Eucaïnisirung des Rückenmarkes. (*Prag. med. Wochensch.*, 11 avril.) — De l'eucaïnisation de la moelle épinière.

Fischer (H.). Leitfaden der kriegschirurgischen Operationen. In-8°, 157 p. avec fig. Berlin. — Guide de chirurgie de guerre.

Flux (G.). The influence exerted by air upon the exhibition of anæsthetics. (*Lancet*, 6 avril.) — Du rôle de l'air dans l'administration des anesthésiques.

Foucault. L'asepsie des mains; le régime alimentaire des grands blessés. In-8°, 31 p. Fontainebleau.

Frank (L.). The causes of death after abdominal operations. (*Amer. Practitioner and News*, 1er avril.) — Des causes de la mort après les opérations abdominales.

Franke (F.). Eine neue Methode der operativen Behandlung des Plattfusses, nebst einem Beitrag zur Cocainisirung des Rückenmarks. (*Therap. Monatsh.*, avril.) — Un nouveau procédé de traitement opératoire du pied plat; quelques remarques sur la cocaïnisation de la moelle.

Fränkel (F.). Ueber die Verletzung der Vena femoralis communis am Poupart'schen Bande und deren Behandlung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 1.) — Sur la blessure de la veine fémorale au niveau du ligament de Poupart, et sur son traitement.

Gayet (G.) et **Bonnet** (L.). Contribution à l'étude des ostéomalacies. (*Rev. de chir.*, janv. et fév.)

Gömöry (C.). Beitrag zur Kenntnis der chronischen, multiplen, recidivierenden Knochenentzündung der Perlmutterdrechsler. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 mars et 6 avril.) — De l'ostéite chronique multiple récidivante des tourneurs en nacre.

Gönczy (B. von). Heilung eines Falles von totaler Radialislähmung durch Sehnenplastik. (*Pest. med.-chir. Presse*, 21 avril.) — Un cas de paralysie radiale complète, guéri par la ténoplastie.

González Urueña (J.). La exploración del apendice. In-8°, 15 p. Mexico.

OPHTALMOLOGIE

Albrand. Bemerkungen zur Therapie der Thränennasenleiden. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 avril.) — Remarques sur le traitement des affections des voies lacrymales.

Bericht über die 28. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft. Heidelberg, 1900. In-8°, 242 p. avec fig. Wiesbaden. — Compte rendu de la vingt-huitième session de la Société [allemande] d'ophtalmologie.

Bistis (J.). De la nature de la kératite névroparalytique. (*Grèce médicale*, avril.)

Burnham (G. H.). Mercury and iodide of potassium internally given with pilocarpine hypodermically in disease of the eyes. (*Lancet*, 27 avril.) — Emploi du mercure et de l'iodure de potassium associé aux injections souscutanées de pilocarpine dans le traitement des maladies des yeux.

Chesneau (M.). Stase papillaire d'origine traumatique; trépanation suivie de guérison. (*Gaz. méd. de Nantes*, 20 avril.)

Ettinger (J.). Zur Behandlung des Entropium und der Trichiasis trachomatosa. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 3 avril.) — Traitement de l'entropion et du trichiasis consécutifs au trachome.

Gallemaerts. Atrophie optique héréditaire. (*Policlinique*, 1er avril.)

Holth (S.). Kan reclinatio cataractæ ogsaa nutildags have sine indikationer? (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, avril.) — L'abaissement de la cataracte peut-il être indiqué de nos jours?

Hoople (H. N.). A study of cases presenting symptoms of asthenopia and anomalies of the ocular muscles in which ablation of the middle turbinal was effective treatment. (*Med. News*, 13 avril.) — Quatre cas d'asthénopie musculaire, guéris par l'ablation du cornet moyen.

Merlin. Beiderseitige congenitale Thränenfisteln. (*Wien. med. Wochensch.*, 13 avril.) — Fistules lacrymales bilatérales d'origine congénitale.

Monesi (L.). Deux cas de kératite filamenteuse. (*Ann. d'oculist.*, avril.)

Morax (V.). Sémiologie des hémorrhagies orbitaires, à propos d'une hémorrhagie orbitaire spontanée. (*Ann. d'oculist.*, avril.)

Roche (L.). Un cas de papillome du limbe de la cornée. (*Ann. d'oculist.*, avril.)

Terson. Kératite neuro-paralytique au cours d'une syphilis cérébro-spinale; guérison par la tarsorrhaphie interne. (*Ann. d'oculist.*, avril.)

Thomson (E. S.). An unusual case of partial recovery from embolism of the arteria centralis retinæ. (*Med. Record*, 13 avril.) — Un cas insolite de guérison partielle d'une embolie de l'artère centrale de la rétine.

Trousseau (A.). Résorption spontanée d'une cataracte. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Zanotti (A.). Amaurose et amblyopie dans la lithiase rénale, et névrite optique aiguë uricémique. (*Ann. d'oculist.*, avril.)

Ziegner (H.). Ein Fall von idiopathischer Blutung zwischen Netzhaut und Glaskörper. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er avril.) — Hémorrhagie idiopathique entre la rétine et le corps vitré.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Albert (W.). Ueber die Behandlung der Geburt beim engen Becken durch die Wendung mit sofort sich anschliessender Extraktion. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 avril.) — Version avec extraction immédiate de l'enfant dans les cas de bassin rétréci.

Audain (L.). Restauration du périnée et du rectum dans les grandes déchirures portant sur ces parties. (*Lanterne méd.*, avril.)

Audebert. Décollement prématuré du placenta normalement inséré par brièveté accidentelle du cordon. In-8°, 10 p. Toulouse.

Backhaus (C.). Ueber ein metastasirendes Teratoma ovarii. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.)

Bandler (S. W.). Atmokausis; its value in the treatment of severe and uncontrollable uterine bleedings (uterine arteriosclerosis). (*Philadelphia Med. Journ.*, 30 mars.) — Sur la valeur de la vaporisation dans le traitement des métrorrhagies graves et rebelles.

Bishop (E. S.). Post-partum hæmorrhage. (*Lancet*, 13 avril.)

Blanc. Vomissements incoercibles au deuxième mois de la grossesse; troubles sensoriels (hallucinations de l'ouïe et de la vue); avortement effectué par le curettage; guérison. (*Loire méd.*, avril.)

Bondarev (P.). Quelques remarques sur la fièvre puerpérale, à propos d'un cas de méningite purulente survenu au cours d'une grossesse (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, avril.)

Boursier (A.). Des indications de l'hystérectomie vaginale ou abdominale dans le cancer du col utérin. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 avril.)

Bretschneider (R.). Ueber 132 Fälle von Perforation und Extraction mit dem Zweifel'schen Kranio-Kephaloklast. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.)

Burrage (W. L.). The immediate and remote results in one hundred conservative operations on the ovaries and tubes, with brief reports of four cases. (*Med. News*, 13 avril.) — Résultats immédiats et éloignés de 100 opérations conservatrices sur les ovaires et les trompes de Fallope.

Chiaventone (U.). Ematuria della gravidanza. (*Boll. dell'Assoc. sanit. milanese*, mars.)

Commandeur (F.). Traitement des phlébites puerpérales par les abcès de fixation. (*Province méd.*, 30 mars et 6 avril.)

Das (Kedarnath). Tetanus puerperalis. (*Lancet*, 27 avril.)

21e ANNÉE. — N° 43. Vingt centimes le numéro. 16 OCTOBRE 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Congrès italien de médecine interne en 1901.

Le onzième Congrès de la Société italienne de médecine interne qui devait siéger du 24 au 28 octobre se tiendra à Pise du 27 au 31 octobre 1901.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Nicolas Abaza, sénateur et membre du conseil de l'empire russe. — M. le docteur A. R. de Alvarenga, ancien professeur de matière médicale et de thérapeutique à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le docteur Enrique Castro, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Montévidéo.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

VARIA

Hommage international rendu au professeur Rudolf Virchow.

Il vient de se passer à Berlin un événement de tout point analogue à celui qui eut lieu à Paris, il y a neuf ans, en l'honneur de Pasteur. Dans tous les pays, il est, en effet, des hommes pour qui, à certain moment, les hommages de leurs compatriotes seuls ne sauraient être suffisants, parce qu'ils ont contribué, plus que tous autres, à faire progresser la science : les nations étrangères, pour honorer le mérite de ces génies, alors qu'ils ont parcouru une longue carrière scientifique, envoient des savants porter, en des jours solennels, au Maître commun l'expression de leur reconnaissance et de leur respectueuse admiration. C'est le professeur R. Virchow que l'on fêtait samedi dernier à l'occasion du quatre-vingtième anniversaire de sa naissance.



Rudolf Virchow

Rudolf Virchow est né le 13 octobre 1821 à Schivelbein, en Poméranie. Les étapes de sa carrière scientifique sont peu nombreuses : en 1843, il obtient, à Berlin, le grade de docteur en médecine, et presque aussitôt il commence le cycle des recherches anatomo-pathologiques qu'il devait parcourir avec tant de bonheur; c'est en effet l'année suivante qu'il entre comme assistant à l'hôpital de la Charité de Berlin; deux ans plus tard, il y est nommé prosecteur, après avoir rempli à l'étranger une mission officielle dont les résultats servirent de base à une réorganisation de l'enseignement de l'anatomie pathologique. En 1847, il est nommé privatdocent et, en 1849, il accepte la chaire que lui offre l'Université de Wurtzbourg; mais quelques années après, Berlin lui adresse un appel et, en 1856, il y revient pour prendre possession de la chaire d'anatomie pathologique qu'il occupe encore.

L'œuvre de Virchow est considérable : pour en donner une idée, qu'il nous suffise de dire que la liste des titres de toutes les publications du professeur de Berlin, qui vient d'être établie à l'occasion de son jubilé, ne contient pas moins de 7 feuilles d'impression.

Si l'on examine l'ensemble de ces travaux, on ne tarde pas à s'apercevoir que ce savant, tout en touchant un peu à toutes les questions, a plus particulièrement porté son activité dans quatre voies différentes, de telle sorte qu'on peut considérer en Virchow l'anatomo-pathologiste, l'hygiéniste, l'anthropologiste et enfin le journaliste.

Ce qui lui a acquis surtout une renommée universelle, c'est sa doctrine, toujours debout, de la pathologie cellulaire, dont l'influence a été considérable sur les progrès des sciences médicales dans la seconde moitié du siècle passé (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 4).

Comme hygiéniste, il a le mérite d'avoir démontré, dès 1848, que la famine n'est pas la cause immédiate du typhus. Plus tard, son attention s'est portée sur les questions d'hygiène publique et c'est en grande partie à lui que Berlin est redevable de son organisation sanitaire. Aussi le Conseil municipal de cette ville a-t-il voulu l'honorer d'une manière particulière en votant récemment une somme de 125,000 fr. pour la *Fondation Virchow* (1) et en décidant que le nouvel hôpital municipal portera le nom de Rudolf Virchow.

En anthropologie, Virchow s'est attaché principalement à l'étude des crânes de diverses races anciennes; à un point de vue plus spécialement médical, il y a lieu de citer ses travaux sur le crétinisme.

En tant que publiciste, il est connu surtout par le recueil qu'il a fondé en 1847 sous le nom d'*Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin*, dont le 166e volume est en cours de publication. L'année dernière, il y donnait aux auteurs des conseils essentiellement pratiques et se montrait par là même un journaliste soucieux de ne fournir à ses lecteurs que des articles leur apportant des faits nouveaux sous une forme aussi succincte que possible.

Si, comme nous l'avons déjà dit, la renommée de Virchow est universelle, cela tient un peu aussi à sa haute culture intellectuelle et à sa connaissance parfaite d'un grand nombre de langues étrangères. Nous l'avons entendu maintes fois, dans les Congrès internationaux, répliquer à un orateur dans la langue que ce dernier venait d'employer, et cela avec beaucoup d'aisance.

Il est naturel qu'avec toutes ses qualités, Virchow fasse partie des grandes Sociétés savantes de l'étranger : pour ce qui concerne notre pays, il est un des huit associés étrangers de l'Académie des sciences et le plus ancien associé étranger de l'Académie de médecine.

(1) De leur côté, les médecins allemands, auxquels se sont joints des admirateurs de Virchow à l'étranger, ont fait don de 62,500 fr. pour la *Fondation Virchow*. La *Fondation Virchow* existe depuis 1881 ; elle est administrée par le professeur lui-même et les fonds dont celui-ci dispose librement sont consacrés par lui à l'avancement de la science.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

MÉDECINE

Immelmann. Ueber die Verwendung der Röntgenstrahlen in der Medizin. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 18 avril.) — De l'emploi des rayons de Röntgen en médecine.

Israel-Rosenthal. Ein Fall von falscher Pylorusstenose. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 1.) — Un cas de pseudo-sténose du pylore.

Jewett (Ch. S.). Notes on leukemia, with a report of three cases. (*Philadelphia Med. Journ.*, 27 avril.) — Trois cas de leucémie.

Korányi (A. von). Bemerkungen zur diagnostischen Verwerthung des Blutgefrierpunktes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 avril.) — La valeur diagnostique de la cryoscopie du sang.

Lambrior (A.). Icter cataral. (*Thèse de Jassy.*)

Latham (P. W.). The pathology and treatment of rheumatoid arthritis. (*Lancet*, 6 avril.)

Lewy (B.). Ein Fall von Magenkrebs mit ungewöhnlichem Verlaufe. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 avril.) — Cancer de l'estomac à évolution insolite.

Lopo de Carvalho. Curabilité de la tuberculose pulmonaire. In-8o, 44 p. avec fig. Porto.

Maragliano (V.) et **Caffarena** (T.). La radioscopia nei polmonitici. (*Gazz. degli Osped.*, 14 avril.)

Mayer (P.). Ueber unvollkommene Zuckeroxydation im Organismus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 et 25 avril.) — Sur l'oxydation incomplète du sucre dans l'organisme.

Neusser (E.). Ueber ätiologisch-bacteriologische Diagnostik. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 avril.)

Niclot et **Marotte.** L'angine et la stomatite à bacilles fusiformes de Vincent et à spirilles. (*Rev. de méd.*, avril.)

Pieraccini (G.). Le emorragie in cavità comunicanti con lo esterno (stomaco, polmone, ecc.) possono dare urobilinuria. (*Clinica moderna*, 10 avril.)

Pugnat (A.). Pyosepticémies cryptogéniques consécutives à d'anciens foyers cicatriciels. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

Rosin (H.). Ueber den augenblicklichen Stand der Lehre von der Gicht. (*Therap. Monatsh.*, avril.) — De l'état actuel de nos connaissances sur la goutte.

MALADIES INFECTIEUSES

Kurth et **Stoevesandt.** Der Pestfall in Bremen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 avril.) — Le cas de peste survenu à Brême.

Looft (C.). La méningite cérébro-spinale épidémique en Norvège pendant les années 1875-1897. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 1.)

Loriga (G.). Per un esperimento di profilassi della malaria. (*Policlinico*, 6 avril.)

Malattie infettive e diffuse, e profilassi della sifilide e delle malattie veneree nell'anno 1899. In-8o, 141 p. avec planches en couleurs. Rome. [Publ. du ministère de l'intérieur d'Italie.]

Mariotti-Bianchi (G. B.). Sulla sierodiagnosi del tifo addominale. (*Giorn. med. del R.o Esercito*, mai.)

Nicol (B. A.). On the existence of immunity after enteric fever. (*Lancet*, 6 avril.) — De la soi-disant immunité conférée par une atteinte de fièvre typhoïde.

Pagliano. Formes gastro-intestinales de la grippe; leur fréquence à Marseille pendant l'hiver de 1901. (*Marseille méd.*, 15 avril.)

Ransom (F.). Die Vertheilung von Tetanusgift und Tetanusantitoxin im lebenden thierischen Körper. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er et 8 avril.) — La distribution du virus et de l'antitoxine tétaniques dans l'organisme animal vivant.

Ruge (R.). Ein Wort zur Behandlung frischer Fälle tropischer Dysenterie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 avril.) — Traitement des cas récents de dysenterie des pays chauds.

Sacquépée (E.). Infection secondaire par le « Bacillus mesentericus » au cours de la fièvre typhoïde. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Schottmüller. Weitere Mitteilungen über mehrere das Bild des Typhus bietende Krankheitsfälle, hervorgerufen durch typhusähnliche Bacillen (Paratyphus). (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 3) — Nouvelles observations sur des états morbides rappelant le tableau clinique de la fièvre typhoïde et provoqués par des microbes ressemblant au bacille d'Eberth.

Seitz (J.). Coli-Diphtherie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er avril.)

Vaney (C.). Malaria et moustiques. (*Rev. de méd.*, avril.)

Weichardt (W.). Beitrag zur Lehre der Allgemeininfection des Organismus mit Typhusbacillen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 3.) — Contribution à l'étude de l'infection générale de l'organisme par le bacille d'Eberth.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Heilbronner (K.). Ueber die transcorticale motorische Aphasie und die als « Amnesie » bezeichnete Sprachstörung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 2.) — Sur l'aphasie motrice transcorticale et sur le trouble de la parole désigné sous le nom d'*amnésie*.

Heubner (O.). Ueber einen Fall multipler Rückenmarksgliome mit Hydrocephalus internus. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIV, 2.) — Un cas de gliomes multiples de la moelle épinière avec hydrocéphalie interne.

Lenaz (L.). Ueber Ataxie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 2-4.)

Levi (G.). Sulla reazione pupillare; i riflessi tendinei e i disturbi della loquela in rapporto all'ascesso epilettico. (*Gazz. degli Osped.*, 28 avril.)

Lodor (Ch. H.). A study in the hematology of neurasthenia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 avril.)

Long (E.). Les maladies nerveuses familiales (maladies d'évolution). (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril et mai.)

Lundborg (H.). Ein Fall von Paralysis agitans, mit verschiedenen Myxödemsymptomen combinirt. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 2-4.)

Massaut (J.). Paralysie intermittente douloureuse des bras. (*Ann. de la Soc. médico-chir. d'Anvers*, mars-avril.)

Mertens. Ueber einen atypischen Fall von Syringomyelie mit trophischen Störungen an den Knochen der Füsse. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 1.) — Un cas atypique de syringomyélie avec troubles trophiques intéressant les os des pieds.

Mezza (R.). Sur l'excitabilité électrique nervo-musculaire dans les psychoses aiguës. (*Arch. d'électricité méd.*, avril.)

Mills (Ch. K.). The localization of brain tumors especially with reference to the parietal and prefrontal regions. (*Philadelphia Med. Journ.*, 20 avril.) — La localisation des tumeurs du cerveau, en particulier dans les régions pariétale et frontale antérieure.

Mirallié et Sabot. Deux cas de main succulente chez des hémiplégiques. (*Gaz. méd. de Nantes*, 27 avril.)

Mohr (L.). Zur Physiologie und Pathologie der Sehnenphänomene an den oberen Extremitäten. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 2-4.) — Physiologie et pathologie des réflexes tendineux des extrémités supérieures.

Montalto (B.) et **La Rosa** (G.). Su di un caso di metatarsalgia (morbo di Morton). (*Gazz. degli Osped.*, 28 avril.)

Näcke (P.). Zur Pathogenese und Klinik der Wadenkrämpfe. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er avril.) — Les crampes des péroniers au point de vue pathogénique et clinique.

Wagner (von). Die Giftwirkung des Alkohols bei einigen nervösen und psychischen Erkrankungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 avril.) — Les effets toxiques de l'alcool dans quelques maladies nerveuses et mentales.

CHIRURGIE

Champeaux. Tableaux synoptiques d'exploration chirurgicale des organes. In-8o, 176 p.

Chlumsky (V.). Ein resorbirbarer Darmknopf aus Magnesium. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 13 avril.) — Un bouton à entéro-anastomose en magnésium.

Clairmont (P.). Casuistischer Beitrag zur Radicaloperation der Kothfistel und des Anus praeternaturalis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 3.) — Cure radicale des fistules stercorales et de l'anus contre nature.

Cole (W. M.). Keloid following traumatism. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 avril.)

Grant (H.). Four stab wounds of the abdomen. (*Amer. Practitioner and News*, 15 avril.) — Quatre cas de plaies de l'abdomen par instrument piquant.

Grossmann. Beiträge zur Kenntnis der Proteusinfektion. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 1.)

Hedlund (J. A.) et **Hellström** (N.). Bidrag till kännedomen om tarmmyom. (*Hygiea*, avril.) — Contribution à l'étude des myomes de l'intestin.

Helbing (C.). Ueber seltene extraperitoneal gelegene cystische Bauchtumoren. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 avril.) — Cas rares de tumeurs kystiques extrapéritonéales de l'abdomen.

Hildebrand (H.). Zwei Fälle von Luxatio pedis sub talo. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 1.)

Hintze (K.). Zur Casuistik und chirurgischen Behandlung der postoperativen allgemeinen Peritonitis. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — Traitement chirurgical de la péritonite postopératoire généralisée.

Honsell (B.). Ueber die Spontanheilung des Genu valgum. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 3.) — De la guérison spontanée du genu valgum.

Honzák (B.). K volbe operativni methody u zastaralych luxaci lokte. (*Sbornik klinicky*, II, 4.) — Sur le procédé de choix du traitement opératoire des luxations anciennes du coude.

Horsley (J. S.). Excision of the cervical sympathetic ganglia for exophthalmic goitre. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Ingelrans et Verhaeghe (P.). Tumeur syphilitique de l'extrémité interne de la clavicule droite, avec phénomènes de compression des vaisseaux et des nerfs. (*Echo méd. du Nord*, 7 avril.)

Jaboulay. Rétrécissement et oblitération des orifices de communication après les anastomoses viscérales. (*Lyon méd.*, 28 avril.)

Julliard (G.). Anesthésie par la cocaïne. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

Jundell (I.) et **Svensson** (F.). Ein Fall von chronischer progredienter, durch den Diplococcus pneumoniæ Fränkel verursachter Phlegmone sekundär zu einer Angina hinzutretend. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 1.) — Un cas de phlegmon chronique progressif, dû au diplocoque de Fränkel et consécutif à une angine.

Kaposi (H.). Ein Fall von Lymphosarkom mit ausgedehnten, spontan sich rückbildenden Hautmetastasen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 1.) — Un cas de lymphosarcome avec métastases cutanées subissant une régression spontanée.

Kienböck (R.). Die Untersuchung der gesunden und kranken Wirbelsäule mittelst des Röntgen-Verfahrens. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 avril.) — L'exploration du rachis, à l'état normal et pathologique, au moyen des rayons de Röntgen.

Koch (W.). Wann entstehen und was bedeuten Eingeweide-Brüche des Rumpfendes? (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 1.) — De l'époque de formation des entérocèles et de leur signification.

Kramer. Zur Behandlung der irreponiblen Unterkieferverrenkung. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 6 avril.) — Traitement des luxations irréductibles du maxillaire inférieur.

Lecène (P.). Un nouveau cas de tuberculose primitive de la parotide. (*Rev. de chir.*, avril.)

UROLOGIE

Baumgarten. Ueber experimentelle Urogenitaltuberculose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 4.)

Berg (G.). Zur Extraktion der Fremdkörper aus der Blase. (*Centr.-Bl. f. d. Krankh. der Harn-u. Sexualorgane*, avril.) — L'extraction des corps étrangers de la vessie.

Eastman (J. R.). Permanent catheterization. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 avril.)

Giannettasio (N.). Sulla uretero-eteroplastica; ricerche sperimentali. (*Riforma med.*, 24 avril.)

Guiteras (R.). Operative treatment for prostatic hypertrophy. (*Philadelphia Med. Journ.*, 20 avril.)

Harrison (R.). Bericht über die Dauerresultate der blutigen Intervention (« interventions sanglantes ») bei Stricturen der Harnröhre. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 3.) — Des résultats éloignés des interventions sanglantes dans les cas de rétrécissement de l'urèthre.

Karo (W.). Zwei Fälle von urogenitaler Colibacillose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 avril.) — Deux cas de colibacillose urogénitale.

Lennander (K. G.). Ueber Spaltung der Nieren mit Resection des Nierengewebes bei akuter Pyelonephritis mit miliären Abscessen, in einem der Fälle auch Uretero-Cysto-Neostomie. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 1.) — Néphrotomie avec résection du tissu rénal pour pyélonéphrite aiguë avec abcès miliaires.

Loumeau (E.). Gros abcès de la prostate ouvert à la fois dans l'urèthre et dans le rectum. (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Debrunner (A.). Berichte und Erfahrungen auf dem Gebiete der Gynäkologie und Geburtshilfe. In-8o, 128 p. Frauenfeld. — Observations et notes de gynécologie et d'obstétrique.

Dietel (F.). Zur Behandlung der Retroflexio uteri fixati. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — Traitement de la rétroflexion adhérente de l'utérus.

Döderlein (A.). Ueber vaginale Uterusexstirpation mit einem Vorschlag einer neuen Operationsweise. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — Un nouveau procédé d'extirpation vaginale de l'utérus.

Dührssen (A.). Ueber conservative Behandlung von eiterhaltigen Adnextumoren (Pyosalpinx, Pyoovarium) und ihre Folgezustände durch vaginale Incisionsmethoden. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 et 29 avril.) — Traitement conservateur des suppurations des annexes par l'incision vaginale.

Ehrström (R.). Ueber die sogenannte puerperale Peptonurie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 3.) — De la peptonurie dite puerpérale.

Fleck (G.). Ein Fall von Haematometra und doppelseitiger Haematosalpinx bei Mangel der Scheide. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Un cas d'hématomètre avec hématosalpinx bilatéral par absence du vagin.

Fothergill (W. E.). Osteomalacia. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.)

Füth (H.). Ueber die Einbettung des Eies in der Tube. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — De la fixation de l'œuf dans la trompe de Fallope.

Gabszewicz (A.). Fibroleyomyoma vaginae. (*Gaz. lekarska*, 27 avril.)

Gaulard (L.) et **Bué** (V.). Accouchements et maladies des femmes en couches. In-8o, 607 p.

Glockner (A.). Zur Behandlung und Statistik der Eklampsie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — Recherches statistiques sur l'éclampsie et sur son traitement.

Goelet (A. H.). Treatment of the different varieties of chronic endometritis. (*Internat. Med. Magazine*, avril.)

Hahl (C.). Striktur des Os internum uteri als Geburtshinderniss. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 3.) — La sténose de l'orifice interne de l'utérus comme cause de dystocie.

Heidemann (M.). Die Thrombose im Wochenbett. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Les thromboses dans les suites de couches.

21e ANNÉE. — N° 44. Vingt centimes le numéro. 23 OCTOBRE 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Teodoro Yañez y Font, professeur de médecine légale et de toxicologie à la Faculté de médecine de Madrid. — M. le docteur Johan Henrik Chievitz, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Copenhague. — M. le docteur Marcel de Nencki, professeur de chimie physiologique à l'Institut de médecine expérimentale de Saint-Pétersbourg, correspondant étranger de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Samuel J. Jones, professeur d'ophtalmologie et d'otologie au Chicago Medical College.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Quelle conduite doit tenir l'accoucheur en présence d'une femme en travail dont le bassin est rétréci?

Dans le discours qu'il a prononcé à la séance de rentrée de la Cour de Bordeaux, M. Maxwel, substitut du procureur général, a examiné divers cas de conscience en médecine, parmi lesquels nous détachons celui qui se rapporte à la question suivante :

« Le chirurgien est en présence d'une femme en travail; le bassin est rétréci de telle sorte que l'accouchement spontané est impossible. L'enfant, auquel toute entrée naturelle dans la vie est fermée, est à terme et vivant. Le chirurgien estime qu'une intervention sanglante est nécessaire, mais la parturiente refuse de s'y soumettre; les parents, son mari s'y opposent, et veulent que le chirurgien pratique une opération en apparence plus simple, mais à laquelle l'enfant doit succomber. Quelle conduite doit tenir l'accoucheur? »

D'après M. Maxwel, les droits essentiels de l'enfant doivent céder le pas aux droits actuels de la mère, car les premiers ne peuvent naître que si la mère renonce à son intégrité corporelle, cette renonciation étant la condition à laquelle est subordonnée leur existence. « C'est une condition purement potestative pour la mère; notre éducation juridique ne peut y voir la source d'une obligation quelconque vis-à-vis de l'enfant. » Comme, d'une part, la mère est en état de légitime défense contre toute intervention portant atteinte à son intégrité corporelle, et comme, d'autre part, il est impossible d'affirmer que l'opération césarienne ou la symphyséotomie ne présentent pas de conséquences fâcheuses, il en résulte que, maîtresse de son corps et libre de n'autoriser qu'une intervention déterminée, la parturiente peut refuser l'opération césarienne ou la symphyséotomie et demander que l'on fasse l'embryotomie. Si elle ne peut manifester sa volonté, le choix appartiendra au mari, aux parents, aux proches; en un mot, à ceux qui la représentent.

« Vous opérez la mère malgré elle, ou simplement à son insu et à l'insu des siens; elle succombe aux suites de l'opération. Echapperez-vous à une action en dommages-intérêts? Je ne le pense pas. Dans ce cas, la responsabilité médicale découlera d'un fait juridique certain : la violation du droit qui appartient au patient seul — ou à ceux qui le représentent, s'il ne peut manifester sa volonté — de déterminer les conditions dans lesquelles il autorisera toute atteinte à son intégrité corporelle. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

MÉDECINE

Mirallié (Ch.). Un cas de déviation complexe du rachis (scoliose prédominante) dans le myxœdème. (*Gaz. méd. de Nantes,* 13 avril.)

Runeberg (J.). Ueber die diffuse Nephritis (Morbus Brightii) im Hinblick auf die klinische Gruppirung und Diagnose ihrer verschiedenen Formen. (*Nord. med. Arkiv,* partie méd., XXXIV, 1.) — Les diverses formes de la néphrite diffuse et leur diagnostic clinique.

Schmidt (A.) et **Strasburger** (J.). Experimentelle und klinische Untersuchungen über Functionsprüfung des Darmes : Ueber die intestinale Gährungsdyspepsie der Erwachsenen (Insufficienz der Stärkeverdauung). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.,* LXIX, 5-6.) — Recherches expérimentales et cliniques sur l'exploration fonctionnelle de l'intestin.

Senator (H.). Ueber einen Fall von geheilter Aorteninsufficienz. (*Therapie der Gegenwart,* juin.) — Un cas d'insuffisance aortique; guérison.

Soulié. Accidents causés par les courants électriques à haute tension. (*Bull. méd. de l'Algérie,* avril.)

Stark (H. S.). On the diagnosis and prognosis of diabetes mellitus. (*Med. Record,* 6 avril.)

Stern (H.). Tobacco as a factor in glycosuria. (*Med. Record,* 27 avril.)

Sternberg (M.). Beiträge zur Klinik der Nierensteine, insbesondere ihrer gastro-intestinalen Erscheinungen. (*Wien. klin. Wochensch.,* 18 avril.) — Sur la symptomatologie de la lithiase rénale et, en particulier, sur ses manifestations gastro-intestinales.

Strubell (A.). Ueber eine neue Methode der Urin- und Blutuntersuchung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.,* LXIX, 5-6.) — Sur une nouvelle méthode d'examen des urines et du sang.

Walsham (H.). On the diagnosis of thoracic and cardiac aneurysm by the Röntgen rays. (*Edinburgh Med. Journ.,* avril.)

Ward (F.). Atrophy of the mucous membrane of the stomach. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.,* 20 avril.)

Wesener (J. A.). The relation of indicanuria and oxaluria to gastro-intestinal fermentation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.,* 6 avril.)

Westphalen (H.). Ueber die sog. Enteritis membranacea. (*Berlin. klin. Wochensch.,* 8, 15 et 22 avril.)

Worobjew (W.). Zur Frage über die Aetiologie der Herzfehler. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.,* LXIX, 5-6.) — Etiologie des cardiopathies organiques.

Ziemssen (H. von) et **Rieder** (H.). Die Röntgographie in der inneren Medicin. 1er fasc. In-4°, 10 planches avec texte explicatif. Wiesbaden.

Zunz (E.). A propos d'une nouvelle méthode de recherche du sucre dans l'urine. (*Journ. méd. de Bruxelles,* 16 mai.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Meyer (W. L.). Ein Fall von Poliencephalitis superior. (*Allg. med. Centr.-Ztg.,* 20 mars.)

Nissen (V.). Tumeurs des tubercules quadrijumeaux et leur diagnostic différentiel d'avec les tumeurs du cervelet (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.,* mars et avril.)

Oddo (C.) et **Olmer.** Ophtalmoplégie totale et paralysie ascendante dans un cas de méningite tuberculeuse. (*Marseille méd.,* 1er avril.)

Ossipow (V.). Ueber die pathologischen Veränderungen, welche in dem Centralnervensystem von Thieren durch die Lumbalpunction hervorgerufen werden. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.,* XIX, 2-4.) — Lésions du système nerveux central, déterminées chez les animaux par la ponction lombaire.

Pal (J.). Meralgia paraesthetica, ein Plattfusssymptom. (*Wien. med. Wochensch.,* 6 avril.) — La méralgie paresthésique comme manifestation symptomatique du pied plat.

Pardo (G.). Ricerche sul sangue dei tabetici. (*Riv. mens. di neuropatol. e psichiatria,* mai.)

Pellegrini (R.). Della pazzia gelosa. (*Riforma med.,* 12, 13, 15 et 16 avril.)

Petrén (K.). Kliniska studier öfver akut myelit och ryggmärgssyfilis jämte ett bidrag till fraagan om förloppet af hudsinnenas banor inom ryggmärgen. (*Hygiea,* mars, avril et mai.) — Etude clinique sur la myélite aiguë et la syphilis médullaire; contribution à l'étude des voies sensorielles dans la moelle.

Pick (A.). Neue Mitteilungen über Störungen der Tiefenlocalisation. (*Neurol. Centr.-Bl.,* 16 avril.) — Nouvelles recherches sur les troubles de la localisation de la profondeur.

Probst (M.). Ueber arteriosklerotische Veränderungen des Gehirns und deren Folgen. (*Arch. f. Psychiatrie,* XXXIV, 2.) — Des altérations artérioscléroliques du cerveau et de leurs conséquences.

Rodier (H.). Paralysie faciale d'origine dentaire. In-8°, 11 p.

Rosenfeld (M.). Die Störung des Temperatursinnes bei Syringomyelie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.,* XIX, 2-4.) — Troubles de la sensibilité thermique dans la syringomyélie.

Sander (M.). Beiträge zur Aetiologie und pathologischen Anatomie acuter Geistesstörungen. (*Arch. f. Psychiatrie,* XXXIV, 2.) — Contribution à l'étude de l'étiologie et de l'anatomie pathologique des psychoses aiguës.

Sano (F.). Syndrome syringomyélique étendu unilatéral. (*Journ. de neurol.,* 5 avril.)

Sarbó (A. von). Spinale Muskelatrophie in Folge Bleivergiftung, an eine infantile Poliomyelitis sich anschliessend. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.,* XIX, 2-4.) — Atrophie musculaire d'origine spinale, consécutive à une intoxication saturnine et associée à une poliomyélite infantile.

Schupfer (F.). Sulle mioclonie. (*Policlinico,* partie méd., VIII, 1-2, 3 et 5.)

Seiffer (W.). Das spinale Sensibilitätsschema zur Segmentdiagnose der Rückenmarkskrankheiten. (*Arch. f. Psychiatrie,* XXXIV, 2.) — Schéma des troubles de la sensibilité dans le domaine des nerfs spinaux pour la localisation segmentaire des maladies de la moelle épinière.

Shallcross (W. G.). Akromegaly, with report of two cases. (*Philadelphia Med. Journ.,* 20 avril.) — Deux cas d'acromégalie.

Spitz (R.). Zur Casuistik der sog. Compressionsmyelitis. (*Wien. med. Wochensch.,* 27 avril.)

Spitzer (L.). Ein Beitrag zur Kenntniss der mercuriellen Polyneuritis acuta. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.,* XIX, 2-4.)

Stone (W. G.). Recurring attacks of catalepsy alternating with violent mental excitement. (*Lancet,* 20 avril.)

Vaschide (N.) et **Vurpas** (C.). Di alcune attitudini caratteristiche d'introspezione somatica patologica. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.,* XXVII, 1.)

Vires (J.). L'hypnotisme et les suggestions hypnotiques. In-8°, 62 p. Montpellier. Coulet.

Wallenberg (A.). Klinische Beiträge zur Diagnostik acuter Herderkrankungen des verlängerten Markes und der Brücke. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenkeilk.,* XIX, 2-4.) — Diagnostic des lésions aiguës en foyer du bulbe et de la protubérance.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Herz (R.). Ueber die Lagerung der Gonococcen in gonorrhoischen Secreten. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.,* LVI, 1.) — De la localisation des gonocoques dans les sécrétions blennorrhagiques.

Juliusberg (F.). Experimentelle Untersuchungen über die Quecksilberresorption bei der Schmierkur. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.,* LVI, 1.) — Recherches expérimentales sur la résorption du mercure dans la cure par frictions.

Kétly (L. von). Ein Fall von eigenartiger Hautveränderung : « Chalodermie » (Schlaffhaut). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.,* LVI, 1.) — Un cas d'altération singulière de la peau.

Lesser (E.). Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 2. Theil : Geschlechtskrankheiten. 10e éd. In-8°, 381 p. avec fig. Leipzig. — Maladies vénériennes.

Lieven (W. A.). Mercurielle Erscheinungen im Munde. (*Wien. med. Wochensch.,* 13 et 20 avril.) — Stomatite mercurielle.

Mracek (F.). Handbuch der Hautkrankheiten. 1re partie. In-8°, 176 p. avec fig. Vienne. — Manuel des maladies de la peau.

Neuberger (J.). Ueber Erwerbsunfähigkeit bei Hautkrankheiten. (*Münch. med. Wochensch.,* 23 avril.) — De l'incapacité de travail dans les maladies de la peau.

Nobl (G.). Ueber Reïnfection bei Syphilis. (*Wien. med. Presse,* 14 avril.)

Patoir (J.). De l'excrétion urinaire chez les syphilitiques; contribution à l'étude des troubles de la nutrition générale et des fonctions rénales et hépatiques dans le cours de la syphilis. (*Arch. gén. de méd.,* avril.)

Plancher (E.). Del trattamento abortivo della blenorragia. (*Rendiconti dell'Assoc. med.-chir. di Parma,* mai.)

Poirier. Un cas de favus de la peau glabre. (*Ann. de la Soc. médico-chir. d'Anvers,* mars-avril.)

Schiff (E.). Der gegenwärtige Stand der Röntgentherapie. In-8°, 50 p. Breslau.

Sprecher (F.). Un caso di neo verrucosa lineare. (*Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle*, 3.)

Tunnicliffe (F. W.) et **Rosenheim** (O.). Dermatitis from arsenic in stockings. (*Lancet*, 27 avril.) — Dermatite due à des bas contenant de l'arsenic.

Vörner (H.). Zur Kenntnis des Keratoma hereditarium palmare et plantare. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVI, 1.)

Wolters (M.). Epithelioma adenoides cysticum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVI, 1 et 2.)

PARASITOLOGIE

Annett (H. E.) et **Dutton** (J. E.). A preliminary note on the hibernation of mosquitos. (*Brit. Med. Journ.*, 27 avril.)

Baracz (R. von). Zur Frage eines speciellen Krankheitserregers bei der sog. Botryomykose des Menschen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 avril.) — Sur l'existence d'un agent pathogène spécial dans les cas de botryomycose humaine.

Mesnil. Les trypanosomes et leur rôle pathogène. (*Arch. de méd. navale*, avril.)

Wright (M. J.). The resistance of the larval mosquito to cold; notes on the habits and life-history of mosquitos in Aberdeenshire. (*Brit. Med. Journ.*, 13 avril.) — La résistance des larves des moustiques à l'égard du froid.

CHIRURGIE

Kukula. Untersuchungen über Autointoxicationen bei Darmocclusionen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 4.) — Recherches sur les auto-intoxications dans les cas d'occlusion intestinale.

Laffarelle. Un cas de tumeur maligne osseuse. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 14 avril.)

Lauper (J.). Beiträge zur Frage der Peritonitis tuberculosa. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 3-4.)

Le Fort (R.). Fracture du col du fémur; considérations sur le diagnostic des fractures intra et extra-capsulaires. (*Echo méd. du Nord*, 3 mars.)

Lengemann (P.). Kongenitaler Knorpelrest im Musculus sternocleido-mastoideus. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 1.) — Présence d'un noyau cartilagineux d'origine congénitale dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Lessing. Traumatische subkutane Ruptur einer Fingerbeugesehne in ihrer Kontinuität. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 1.) — Rupture traumatique sous-cutanée d'un tendon fléchisseur des doigts.

Ligorio (E.). Su quattro casi di linfangioma cistico congenito. (*Riforma med.*, 3, 4, 5 et 6 avril.)

Linser (P.). Ueber die Entstehung und Behandlung traumatischer Epiphysenlösungen am oberen Ende des Humerus. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 2.) — Mode de production et traitement des décollements traumatiques de l'épiphyse supérieure de l'humérus.

Lissau (S.). Beitrag zur Behandlung des Ulcus cruris. (*Prag. med. Wochensch.*, 25 avril.) — Traitement de l'ulcère de jambe.

Lloyd (S.). The present status of spinal surgery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 et 20 avril et 4 mai.)

Lockwood (C. B.). Appendicitis : its pathology and surgery. In-8°, 300 p. Londres.

Lorenz (H.). Unsere Erfolge bei der Radicalbehandlung bösartiger Mastdarmgeschwülste. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 4.) — Résultats de la cure radicale des tumeurs malignes du rectum.

Ludloff (K.). Die Behandlung der tuberculösen Coxitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 3.) — Traitement des coxalgies tuberculeuses.

Mariotti (G.). Un caso di chirurgia cerebrale. (*Policlinico*, 6 avril.)

Mazzoni (G.). Resoconto statistico-clinico della sezione chirurgico-ginecologica dell'Arcispedale femminile del SS. Salvatore al Laterano (1891-1899). In-8°, 450 p. Rome.

McArthur (L.). Ileus due to vascular obstruction. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Meyer (W.). Tropacocaine hydrochlorate, a substitute for cocaine hydrochlorate in spinal anesthesia. (*Med. News*, 13 avril.)

Moynihan (B. G.). On hour-glass stomach, with list of six cases operated upon by the writer, and a tabulated list of all cases in which operations have been performed. (*Lancet*, 27 avril.) — Du traitement chirurgical de l'estomac en sablier.

Müller (R. F.). Zur Kenntnis der Fingergeschwülste. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 2.) — Des néoplasmes des doigts.

Neff (W.). Ruptured traumatic aneurism of the femoral artery due to gunshot wound, with report of a case. (*Philadelphia Med. Journ.*, 13 avril.) — Rupture d'un anévrysme traumatique dû à une blessure par arme à feu de l'artère fémorale.

Nehrkorn. Multiplicität primärer maligner Tumoren. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 avril.)

Ninni (G.). Ferita passante di revolver all'addome con molteplici lesioni viscerali e vasali; intervento; guarigione. (*Gazz. internazion. di med. prat.*, 15 fév.)

Noorden (W. von). Ein Schweissdrüsenadenom mit Sitz im Nabel und ein Beitrag zu den Nabelgeschwülsten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 3-4.) — Hydrosadénome de l'ombilic.

Ochsner (A. J.). Ileus caused by neoplasms. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Paci (A.). Nota preventiva del completamento dello studio anatomo-patologico e sperimentale della lussazione femorale congenita e del nuovo processo per la cura razionale incruenta della sua varietà iliaca anteriore o del Monteggia. (*Riforma med.*, 11 avril.)

Pauchet (V.). Des indications opératoires dans les affections de l'estomac. (*Gaz. méd. de Picardie*, avril.)

Payr (E.). Weitere Mitteilungen über die blutige Reposition veralteter Hüftgelenksverrenkungen bei Erwachsenen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 4.) — Nouvelles recherches sur la réduction sanglante des luxations invétérées de la hanche chez les adultes.

Perassi (A.). La chirurgia asettica e le abilitazioni alla milizia; studio critico di patologia applicata nelle alterazioni della cosmesi e della spermatogenesi. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, avril.)

Petersen (W.). Zur Behandlung der Bauchschüsse. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 avril.) — Traitement des blessures par armes à feu de l'abdomen.

Phocas. De la technique de l'opération dans l'appendicite (appendicite à chaud). (*Nord méd.*, 15 avril.)

Pond (A. M.). The question of drainage in appendicitis. (*Med. News*, 6 avril.)

Prutz (W.). Beiträge zur operativen Behandlung des Mastdarmkrebses. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 3.) — Traitement opératoire du cancer du rectum.

UROLOGIE

Gayet (G.). Cancer de l'urèthre; uréthrostomie périnéale. (*Lyon méd.*, 7 avril.)

Leonard (Ch. L.). The value of the Röntgen method of diagnosis in detecting and excluding renal and ureteral calculi. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Mayo (C. H.). Hypospadias. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 avril.)

Molè (C.). Epicistotomia, sectio alta seu ipogastrica; cistotomia soprapubica; taglio trasverso della fascia trasversalis di Cooper ed irrigazione continua della cavità vescicale. (*Clinica chirurgica*, fév.)

Palm (R.). Ueber papilläre polypöse Angiome und Fibrome der weiblichen Harnröhre. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév., mars et avril.) — Sur les angiomes papillaires polypoïdes et les fibromes de l'urèthre chez la femme.

Rank (B.). Ueber einen Fall von geheilter Hydropyonephrose. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 1.) — Un cas d'hydropyonéphrose guéri.

Roth (E.). Beiträge zur Frage der operativen Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini. (*Pest. med.-chir. Presse*, 17 et 24 mars.) — Sur le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate d'après le procédé de Bottini.

Stockmann (F.). Ueber die Behandlung der chronischen Cystitis (« cystite rebelle ») mittels Curettement der Harnblase. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 4.) — Traitement de la cystite rebelle par le curettage de la vessie.

Warschauer (E.). Beobachtungen aus der Nieren- und Ureteren-Physiologie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 avril.) — Quelques observations relatives à la physiologie des reins et des uretères.

Wwedenski (A.). Ueber die Urethrotomia externa nach der Methode von Henry Morris und über ihre Sonderheiten im Vergleich zu den anderen Methoden derselben Operation bei Behandlung der impermeablen Harnröhrenstricturen. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 4.) — De l'uréthrotomie externe d'après le procédé de H. Morris et de ses particularités par rapport aux autres procédés de la même opération dans le traitement des rétrécissements infranchissables de l'urèthre.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Broun (Le Roy). Alexander's operation; a method of picking up with ease the round ligament at the external abdominal ring. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Heidenhain (L.). Vier Kaiserschnitte mit querem Fundusschnitt. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 avril.) — Quatre cas d'opération césarienne avec incision transverse du fond de l'utérus.

Heinsius (F.). Wiederholte Tubargravidität. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 13 avril.) — Grossesse tubaire répétée.

Hobbs (A. T.). The relation of ovarian disease to insanity, and its treatment. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.) — Rapports entre les affections de l'ovaire et l'aliénation mentale.

Josephson (C. D.). Ein Kaiserschnitt mit querem Fundalschnitt (nach Fritsch) wegen ankylotisch schrägverengten Beckens; Ileus durch Darmadhäsionen an der Uteruswunde; Laparotomie; Heilung. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 1.) — Opération césarienne avec incision transverse du fond de l'utérus d'après le procédé de Fritsch dans un cas de bassin oblique ovalaire; iléus par suite d'adhérences de l'intestin à la plaie utérine; laparotomie; guérison.

Kalabine (I.). De l'étiologie et du traitement des affections puerpérales (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, avril.)

Kaufman (M.). Ueber die Zerreissung des Scheidengewölbes während der Geburt (Kolpaporrhexis Hugenbergers). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Sur la déchirure de la voûte vaginale pendant le travail.

Keilmann (A.). Ueber Extrauteringravidität. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 20 avril.)

Koslenko (M.). Zur Frage von der Einwirkung des heissen Wasserdampfes auf die Uterusschleimhaut. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 avril.) — De l'influence exercée par la vapeur d'eau chaude sur la muqueuse utérine.

Krönig. Beitrag zum anatomischen Verhalten der Schleimhaut der Cervix und des Uterus während der Schwangerschaft und im Frühwochenbett. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — De l'état anatomique de la muqueuse du col et du corps de l'utérus pendant la grossesse et la première période des suites de couches.

Marx (S.). The toxæmia of pregnancy; its diagnosis and treatment. (*Med. Record*, 20 avril.) — Diagnostic et traitement de la toxémie de la grossesse.

Mastny (A.). Zur Kenntnis der malignen Myome des Uterus. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 4.)

Mattiesen (E.). Beitrag zur Kenntnis der Neuritis puerperalis. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.)

21e ANNÉE. — N° 45. Vingt centimes le numéro. 30 OCTOBRE 1901.

LA
SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Julius Heller (*dermatologie*); Eugen Rost (*pharmacologie et toxicologie*).

Faculté de médecine de Christiania. — M. le docteur H. A. Schiötz est nommé professeur d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Marbourg. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires Ernst Romberg (*médecine interne*); Heinrich Bonhoff (*hygiène*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

CHIRURGIE

Herrera Vegas et **Cranwell** (D. J.). Les kystes hydatiques et leur traitement dans la République Argentine. (*Rev. de chir.*, avril.)

Preindlsberger (J.). Ueber Darmblutungen nach Reposition incarcerirter Hernien. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 avril.) — Des hémorrhagies intestinales consécutives à la réduction des hernies étranglées.

Reinbach (G.). Kombination von kongenitalem partiellen Defekt und Lageanomalie des Dickdarms mit erworbener Stenose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 1.) — Absence partielle congénitale et anomalie de position du gros intestin associées à une sténose acquise.

Roberts (J. B.). Suggestions for the reconstruction of syphilitic noses. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 avril.)

Robinson (B.). The appendix in relation to the psoas muscle in three hundred male and one hundred and eighteen female adult autopsies; trauma of the psoas muscle produces appendicitis. (*Ann. of Surgery*, avril.) — L'appendice et l'appendicite dans leurs rapports avec le muscle psoas; étude basée sur 300 autopsies d'hommes et 118 autopsies de femmes.

Rogers (J.). Experiences with tracheotomy. (*Med. Record*, 27 avril.)

Roper (A. C.). When to operate in perforative peritonitis. (*Lancet*, 20 avril.) — Quand doit-on intervenir dans les cas de péritonite par perforation?

Rosenstein (P.). Ein statistischer Beitrag zur operativen Behandlung der bösartigen Brustdrüsen-Geschwülste. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 3.) — Etude statistique sur le traitement opératoire des tumeurs malignes du sein.

Ruyter (G. de) et **Kirchhoff** (E.). Compendium der allgemeinen Chirurgie. 3e éd. In-8o, 252 p. avec fig. Berlin. — Compendium de chirurgie générale.

Sandelin (E.). Resektion einer Narbenstriktur am Halsteil des Oesophagus. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 1.) — Résection d'un rétrécissement cicatriciel de la portion cervicale de l'œsophage.

Schlatter (C.). Ueber Carotisunterbindungen als Voroperationen der Oberkieferresektionen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 1.) — La ligature de l'artère carotide comme opération préliminaire de la résection du maxillaire supérieur.

Schlender. Ueber Strumitis nach Pneumonie im Anschluss an einen Fall von Strumitis purulenta mit Mischinfection. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 3-4.) — Strumite purulente avec infection mixte, consécutive à une pneumonie.

Schmidt (M.). Ueber Hyperemesis lactentium, ihr Verhältniss zur « congenitalen hypertrophischen Pylorusstenose » bezw. zum Pylorospasmus und ihre chirurgische Heilbarkeit durch Ueberdehnung des Pylorus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 4.) — Vomissements incoercibles des nourrissons; leurs rapports avec la « sténose congénitale hypertrophique » ou spasme du pylore, et leur traitement chirurgical par la dilatation du pylore.

Schütz (R.). Weiterer Beitrag zur Kenntniss der gutartigen, unter dem Bilde der Stenose verlaufenden Erkrankungen des Oesophagus. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 avril.) — Des affections bénignes de l'œsophage se manifestant par des phénomènes de sténose.

Simon (O.). Die Nierentuberkulose und ihre chirurgische Behandlung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 1.) — La tuberculose rénale et son traitement chirurgical.

Smith (J. W.). Clinical notes on the wounded in South Africa. (*Brit. Med. Journ.*, 20 avril.) — A propos de la chirurgie de guerre dans le sud de l'Afrique.

Sonnenburg (E.). Bemerkungen zur diffusen Peritonitis bei Appendicitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 avril.)

Spietschka (E.). Ueber Fracturen am unteren Humerusende. (*Prag. med. Wochensch.*, 28 fév., 14 et 21 mars, 4 et 11 avril.) — Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Steele (D.). Ileus due to mechanical obstruction to the fæcal current. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Sthamer (E.). Erfahrungen aus dem Burenkrieg über Schussverletzungen und Asepsis. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 avril.) — Sur les blessures par armes à feu et l'asepsie dans la guerre du Transvaal.

Stieda (A.). Ueber die Vorbereitung und Nachbehandlung bei Magenoperationen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 3.) — Des soins à donner avant et après les opérations pratiquées sur l'estomac.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Melchiorre (V.). Terapia della placenta previa colla versione combinata. (*Policlinico*, 13 avril.)

Menge (C.). Die Therapie der chronischen Endometritis in der allgemeinen Praxis. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.)

Montgomery (E.). The treatment of prolapsus uteri. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Morse (E.). Cerebral injuries during birth as a cause of infantile mortality. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.) — Lésions traumatiques du cerveau au cours de l'accouchement comme cause de la mortalité infantile.

Newman (H. P.). Tracheloplasty. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 avril.)

Oui. La chorée gravidique. (*Echo méd. du Nord*, 21 avril.)

Pfannenstiel (J.). Ueber die Heilerfolge bei Krebs der Gebärmutter. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 6 et 10 avril.) — Sur la cure du cancer de l'utérus.

Pincus (L.). Kritisches und Positives zur Atmokausis und Zestokausis. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 20 avril.)

Price (J.). Post-operative nervous phenomena or artificial menopause. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 avril.)

Queirel. Basiotripsie et symphyséotomie. (*Marseille méd.*, 1er avril.)

Sapelli (A.). La terapia delle ovaro-salpingiti. In-16, 70 p. Gênes.

Scanzoni (C. von). Ueber den Wochenbettsverlauf bei präcipitirten Geburten und solchen Geburten, bei denen keine Hilfeleistung von Seiten geburtsleitender Personen stattfand. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — De l'évolution des suites de couches après accouchement précipité ainsi que dans les cas de non-intervention.

Schröder (E.). Zwanzig Jahre Geburtshülfe in ländlicher Praxis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Vingt ans de pratique obstétricale à la campagne.

Schücking (A.). Zur Retroflexionstherapie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 avril.)

Simon (M.). 64 abdominelle Myomoperationen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.)

Sippel (A.). Die prophylaktische Desinfektion der Scheide bei der Geburt. (*Deutsche Praxis*, 25 mars.) — Désinfection prophylactique du vagin en obstétrique.

Watkins (Th. J.). Notes on vaginal celiotomy, with report of cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

PÉDIATRIE

Abt (I. A.). Floating kidneys in children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 avril.) — Le rein flottant chez les enfants.

Adriance (V.). Premature infants. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Ausset (E.) et **Vincent**. Sur un cas de rhumatisme articulaire aigu avec endo-péricardite, pleurésie, congestion pulmonaire, rhumatisme cérébral et hémichorée, chez un enfant de onze ans. (*Echo méd. du Nord*, 7 avril.)

Bailey. Du diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. (*Gaz. méd. de Picardie*, avril.)

Bergholm (H.). Bakteriologische Untersuchungen des Inhalts von Pemphigusblasen in Fällen von Pemphigus neonatorum. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 3.) — Recherches bactériologiques sur le contenu des bulles du pemphigus des nouveau-nés.

Borde. Les fécules doivent-elles être bannies de l'alimentation des très jeunes enfants? (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 28 avril.)

Braquehaye (J.). A propos d'un cas d'ostéomyélite aiguë chez un enfant en bas âge. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, avril.)

Bretschneider (R.). Beitrag zur congenitalen Dünndarmatresie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — Atrésie congénitale de l'intestin grêle.

Camerer (W.). Das Gewichts- und Längenwachstum des Menschen, insbesonders im 1. Lebensjahr. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 4.) — L'accroissement du poids et de la taille, surtout au cours de la première année.

Cappuccio (D.). Tre casi di produzione sottolinguale o « malattia di Riga ». (*Pediatria*, avril.)

Fedele (N.). Epidemia di « febbre glandolare di Pfeiffer » nell'infanzia. (*Pediatria*, avril.)

Fischer (L.). Recurrent vomiting of nervous origin. (*Med. Record*, 27 avril.)

Hellström (F. E.). Untersuchungen über Veränderungen in der Bakterienzahl der Fäces bei Neugeborenen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 3.) Sur les variations du nombre des bactéries dans les fèces des nouveau-nés.

Heubner (O.). Die Energiebilanz des Säuglings. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 avril.) — Le bilan de nutrition du nourrisson.

Jemma (R.) et **Figari** (F.). Contributo alla patogenesi delle gastro-enteriti dei bambini lattanti. (*Clinica moderna*, 24 avril.)

Knöpfelmacher (W.). Die Nahrungsmengen im Säuglingsalter. (*Wien. med. Presse*, 28 avril.) — De la ration alimentaire du nourrisson.

Langer (J.). Schwere Verätzung durch Schmierseife bei einem 18 Monate alten Kinde. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 avril.) — Intoxication grave par le savon mou chez un enfant de dix-huit mois.

Leblanc (P.). Sur certaines conditions qui peuvent rendre le lait toxique ou dangereux. (*Lyon méd.*, 14 avril.)

Mastin (W.). A clinical note on infantile scorbutus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 20 avril.)

Monselles (S.). Ueber die Kehlkopfpapillome der Kinder und deren Behandlung. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXI, 3-4.) — Des papillomes du larynx chez les enfants et de leur traitement.

Monti (A.). Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Fasc. 14. In-8o, p. 633 à 742. Vienne.

Moschcowitz (A. V.). Strangulated hernia in infants; description of a hitherto unrecognized cause and seat of strangulation. (*Med. Record*, 20 avril.) — Des hernies étranglées chez les enfants et d'une cause non encore signalée de l'étranglement des hernies.

Rothschild (H. de). Bibliographia lactaria. Premier supplément (année 1900) à la Bibliographie générale des travaux parus sur le lait et sur l'allaitement jusqu'en 1899. In-8o, 98 p.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Aymaretto (T.). Intorno al valore terapeutico del gargarismo. (*Gazz. med. di Torino*, 13 juin.)

Collier (M.). Mouth-breathing and its relation to diseases of the throat, ear, nose, and accessory cavities. In-8o, 32 p. Londres. — La respiration par la bouche dans ses rapports avec les maladies de la gorge, de l'oreille, du nez et des cavités accessoires.

Fränkel (B.). Zur Hyperästhesie der Nasenschleimhaut. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 avril.) — De l'hyperesthésie de la muqueuse nasale.

Imhofer (R.). Zur Pathologie und Therapie der Singstimme. (*Prag. med. Wochensch.*, 4 et 11 avril.) — Pathologie et thérapeutique de la voix chantée.

Jousset (A.). Etude sur quelques opérations nouvelles appliquées aux sinus de la face. (*Nord méd.*, 15 avril.)

Kuttner (A.). Die Resection der unteren Nasenmuschel. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 avril.) — Résection des cornets inférieurs.

Lichtwitz (L.). Du traitement aérothermique dans quelques affections nasales. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 21 avril.)

Lublinski (W.). Zur Erkrankung des Kehlkopfes bei Influenza. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 avril.) — Les affections grippales du larynx.

Ostmann. Ueber galvanokaustischen Gefässverschluss in der Nase als einleitenden Akt intranasaler Eingriffe. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 avril.) — De l'hémostase préventive au moyen du galvanocautère dans les interventions intranasales.

HYGIÈNE

Bloch. Sur un procédé de dosage volumétrique des phosphates alcalino-terreux dans le lait. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, avril-mai-juin.)

Brouardel (P.). La lutte contre la tuberculose. In-16, 208 p. avec fig.

Camail. Morbidité et mortalité des troupes aux colonies (Tonkin, Cochinchine, Madagascar, Sénégal, Guyane). (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, avril-mai-juin.)

Cao (G.). Sulle variazioni di peso dei carcerati. (*Riforma med.*, 10 avril.) — Sur les oscillations du poids du corps chez les prisonniers.

Elgart (J.). Profylaxe tyfu skvrnitého. (*Casopis lékaru ceskych*, 30 mars, 6 et 13 avril.) — Prophylaxie du typhus exanthématique.

Erismann (F.). Ueber Tagesbeleuchtung der Schulzimmer. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 et 30 mars.) — De l'éclairage des salles d'étude.

Fillassier (A.). Les « postes sanitaires » dans les grandes villes. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.)

Hermanni (F.). Die Erkrankungen der in Chromatfabriken beschäftigten Arbeiter. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 avril.) — Les maladies des ouvriers occupés dans les fabriques de chromates.

Kieffer. Morbidité et mortalité au Sénégal et au Soudan en 1899. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, avril-mai-juin.)

Kober (G. M.). The pollution of streams and the purification of public water supplies. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 avril.) — Pollution des rivières et épuration des eaux potables.

Kubin (W. K.). The importance of aseptic vaccination, with remarks on vaccination in general. (*Med. Record*, 6 avril.)

Romme (R.). L'alcoolisme et la lutte contre l'alcool en France. In-16, 172 p.

Van Ryn. Sanatoria de fortune et sanatoria modèles. (*Journ. méd. de Bruxelles*, 23 mai.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Dieudonné (A.). Beiträge zum biologischen Nachweis von Menschenblut. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 avril.) — Recherches sur la différenciation biologique du sang humain.

Georgii. Massenvergiftung nach Hummergenuss. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 avril.) — Empoisonnement en masse par des homards.

Mühlig (F.). Ueber Wismuthvergiftung. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 avril.) — De l'intoxication par le bismuth.

Patel et **Thévenot**. Vitriolage du mont de Vénus; brûlures profondes avec eschares de cette région; brûlures superficielles des organes génitaux externes; guérison. (*Arch. d'anthropol. crim.*, mars.)

Reuter (F.). Ueber die anatomischen Befunde beim Tode durch Erdrosseln und durch Erhängen. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 4.) — Des altérations anatomiques dans les cas de mort par strangulation et par pendaison.

Uhlenhuth. Weitere Mittheilungen über meine Methode zum Nachweise von Menschenblut. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 avril.) — Nouvelles recherches sur le moyen de reconnaître le sang humain.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bier (A.). Die Transfusion von Blut, insbesondere von fremdartigem Blut, und ihre Verwendbarkeit zu Heilzwecken, von neuen Gesichtspunkten betrachtet. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 avril.) — La transfusion du sang hétérogène et son utilisation en thérapeutique.

Bigg (A. H.). The treatment of ascites. (*Med. Record*, 20 avril.)

Bluemchen. Zur Technik und Verwendbarkeit subkutaner Chininjektionen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 avril.)

Brunton (L.). Action des médicaments [leçons de pharmacologie et de thérapeutique professées à l'hôpital St. Bartholomew de Londres]. (Trad. de l'anglais par E. Bouqué et J. F. Heymans.) In-8°, 602 p. avec fig.

Buchanan (W. J.). The saline treatment of dysentery, based on 855 cases with 9 deaths. (*Brit. Med. Journ.*, 13 avril.)

Chiappori (C.). Sull'azione ematopoietica e terapeutica del cacodilato di soda; vie di sua eliminazione. (*Riforma med.*, 18, 19, 20, 22 et 23 avril.)

Curtis (G. L.). A new local treatment for erysipelas. (*Med. Record*, 20 avril.)

Ewer (L.). Indicationen und Technik der Bauchmassage. (*Berlin. Klinik*, avril.) — Indications et technique du massage de l'abdomen.

Ginetti (L.) et **Polacco** (A.). La cura dell'acido fenico per iniezioni ipodermiche, specie nel tifo e nell'infezione puerperale. (*Policlinico*, 20 avril.)

Goldberg (B.). Zur Guajakoltherapie der Epididymitis acuta gonorrhoica. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 6 avril.)

Hellmer (E.). Alkokolverband bei Herpes zoster. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, avril.) — Traitement du zona par le pansement à l'alcool.

Hönigsberger (M.). Zur Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstanz. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 avril.) — Traitement du rachitisme par les capsules surrénales.

Hornung. Zur Behandlung der fibrinösen Pneumonie. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 avril.)

Klebs (E.). Zur Behandlung der Tuberkulose : Die intestinale Infektion. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 et 23 avril.)

Lemoine. Traitement de quelques hémoptysies. (*Nord méd.*, 1er avril.)

Loimann (G.). Ueber die locale Anwendung der Kohlensäure bei Menstruationsstörungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 avril.) — Les applications locales d'acide carbonique contre les troubles de la menstruation.

Löwy (R.). Ueber die therapeutische Anwendung erhitzten Kohlensäuregases. (*Wien. med. Presse*, 7 avril.) — De l'emploi thérapeutique de l'acide carbonique chaud.

Lyonnet (B.) et **Lançon** (C.). Du camphorate de pyramidon et de son emploi chez les phtisiques. (*Lyon méd.*, 28 avril.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Bordier (H.). Traitement de la pelade par les courants de haute fréquence. (*Arch. d'électricité méd.*, avril.)

Corson (E. R.). X-ray photography. (*Med. Record*, 13 avril.)

Dujon. Radioscopie et radiographie avec interrupteur de Wehnelt et courants alternatifs; résultats pratiques. (*Arch. d'électricité méd.*, avril.)

Foveau de Courmelles. L'année électrique, électrothérapique et radiographique (revue des progrès électriques en 1900). In-8°, 334 p.

Villard (P.). La stéréoradioscopie par les courants alternatifs. (*Arch. d'électricité méd.*, avril.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Binz (C.). Der Gehalt natürlicher Eisenwässer an gelöstem Eisen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 avril.) — La teneur des eaux ferrugineuses naturelles en fer dissous.

Keller (H.). Die physiologische Wirkung des Soolbades und des kohlensäurehaltigen Soolbades. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 avril.) — L'action physiologique des bains chlorurés sodiques chargés ou non d'acide carbonique.

Kermorgant (A.). Eaux thermales et minérales des colonies françaises. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, avril-mai-juin.)

Kisch (E. H.). Die Bedeutung der erdigen Quellen für die Therapie der Gicht. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 4 avril.) — De la valeur des eaux alcalines calciques contre la goutte.

Planche (A.). Balaruc-les-Bains au point de vue de ses indications et contre-indications thérapeutiques. 4e éd. In-8°, 218 p. Montpellier.

Winckler (A.). Ueber Schwefelwasser und Hautkrankheiten. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 8 avril.) — Les eaux sulfureuses dans le traitement des dermatoses.

Winternitz (W.). Einige theoretische und praktische Mitteilungen über Hydro- und Phototherapie. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 1er avril.)

BACTÉRIOLOGIE

Baumgarten (P. von) et **Tangl** (F.). Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoën (15. Jahrgang, 1899). 1re partie. In-8°, 400 p. Leipzig. — Les progrès dans l'étude des microorganismes pathogènes pendant l'année 1899.

Beco (L.). La bactériologie du poumon. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, mars.)

Guizzetti (P.). Sulla biologia del bacillo del tifo nel corpo umano. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 1-2, 4 et 5.)

Heim (L.). Blut, Körperzellen und Bacterien. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 avril.) — Le sang, les cellules et les bactéries.

Le Dantec. Sur la priorité de la découverte du bacille de la peste. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 avril.)

Levin (E.). Om difteri-och s. k. pseudodifteribakterier. (*Hygiea*, mars.)

Marino (F.). Sull'esistenza del diplococco di Fränkel virulento nel muco bronchiale di cadaveri appartenenti ad individui morti di malattie estranee ai polmoni. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 1-2.)

Neisser (M.) et **Wechsberg** (F.). Ueber das Staphylotoxin. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVI, 3.)

Nicolaysen (L.). Bemerkungen über das Verhalten des Gonococcus zu Agar. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXIV, 1.)

Paladino-Blandini (A.). Ricerche sulle sostanze attive nelle tifo-culture. (*Riforma med.*, 17 avril, 15 et 16 juillet.)

Rappin. Sur la bactériologie de l'influenza. (*Gaz. méd. de Nantes*, 6 avril.)

Sacquépée (E.). Variabilité de l'aptitude agglutinative du bacille d'Eberth. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Testi (F.). L'azione battericida delle soluzioni sature di cloruro sodico. (*Riforma med.*, 2 avril.)

GÉNÉRALITÉS

Dupont (E.). Le service de l'assistance médicale gratuite en France, dans les départements de la région du Nord et des environs de Paris, et particulièrement dans le département de l'Oise. In-8°, 176 p. avec fig.

Guimbail (H.). A travers la médecine. In-8°, 135 p. A. Maloine.

Hue (J.). Du rôle de la médecine dans le développement de la bienfaisance et du progrès moral. In-8°, 45 p. Rouen.

Mercié. Rapport médico-chirurgical sur le service de santé pendant les opérations militaires dans le Petchili (juin-août 1900). (*Arch. de méd. navale*, avril.)

Monod (H.). La mortalité en France de 1886 à 1898. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.)

Münz (P.). Handbuch der Ernährung für Gesunde und Magenkranke. In-8°, 188 p. Mayence. — Manuel d'alimentation pour les personnes bien portantes et les malades atteints d'affections gastriques.

Neisser (A.). Stereoscopischer medicinischer Atlas. Fasc. 38 et 39. In-12, 24 planches avec texte explicatif. Leipzig.

21e ANNÉE. — N° 46. Vingt centimes le numéro. 6 NOVEMBRE 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine d'Angers. — M. le docteur Brin, suppléant, est nommé professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le professeur Richard Greeff, privatdocent d'ophtalmologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Cracovie. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs A. Bochenek (*anatomie*); F. Krzysztalowicz (*dermatologie et syphiligraphie*).

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur J. P. Karplus est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Charing-cross Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur E. T. Collins est nommé lecteur d'ophtalmologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur A. Villard, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Valentin, professeur suppléant à l'ancienne Ecole de médecine de Nancy. — M. le professeur K. Schuchardt, chirurgien en chef de l'hôpital municipal de Stettin. — M. le docteur J. Magaz y Jaime, ancien professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Madrid.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882* : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1900* inclusivement (18 années) absolument complètes, soit les 20 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 182 francs pour la France, 220 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1900, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1900), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE TOULOUSE

Albert (Th.). Contribution à l'étude des fractures de l'angle inférieur de l'omoplate.

Aujaleu (E.). Contributions sur les manifestations hypocondriaques dans le cours de l'épilepsie.

Auxion (J.). Quelques considérations sur la tuberculose infantile (étude locale).

Balmelle (A.). De la dilatation pupillaire dans les anévrysmes et les affections du cœur.

Bassal (L.). Tétanie infantile et nourrices goitreuses.

Batsère (G.). Les ulcérations tuberculeuses de l'estomac.

Bazerque (J.). Essai de psychopathologie sur l'amnésie hystérique et épileptique.

Beauloce (A.). Alimentation dans la fièvre typhoïde.

Boïadjieff (B.). La réaction dite paradoxale de la pupille.

Bonsirven (L.). Rapports de la tuberculose avec l'alcoolisme.

Boyer (E.). Les eaux thermales d'Ax; leurs propriétés et leur emploi basé sur leur action dans l'organisme.

Brianson (N. de). Contribution à l'étude des éviscérations spontanées post-opératoires.

Bringuet (P.). Contribution à la défense de l'enfant.

Buy (T.). Anatomie du côlon transverse.

Carbonneau (P.). L'assistance médicale et hospitalière dans un coin du Comminges.

Carrère (L.). Des émissions sanguines; étude historique et physiologique.

Carvonidès (A.). Contribution à l'étude expérimentale de la spartéine chez les vertébrés.

Catala (H.). Essai d'un nouveau traitement des maladies mentales et de l'épilepsie.

Cluzet (J.). Recherches expérimentales sur quelques points d'électro-diagnostic.

Combes (V.). Contribution au diagnostic de l'hystérie coïncidant avec le syndrome de la sclérose en plaques ou l'hémiplégie.

Cullerre (E.). Contribution à l'étude des myopathies atrophiques progressives; quelques considérations sur la médication thymique.

Dalous (E.). Recherches expérimentales sur les formes actinomycosiques du bacille de la tuberculose (type aviaire).

Dieulafé (L.). Le diaphragme pelvien releveur de l'anus chez l'homme et chez les animaux; anatomie, physiologie, application pathologique et obstétricale.

Djéïcoff (J.). Contribution à l'étude des accidents cardiaques dans le tabes: un cas de névrite des nerfs pneumogastriques.

Dubarry (J.). Contribution à l'étude des énucléations de l'astragale.

Duffaud (J.). Des endothéliomes intravasculaires sanguins.

Engel (G.). Contribution à l'étude expérimentale et pathogénique de l'intoxication saturnine.

Escluse (H.). Des localisations pleurales du rhumatisme.

Galinier (L.). Les conceptions pathogéniques actuelles sur les affections intestinales du nourrisson.

Gatcheff (P.). Pseudo-hermaphroditisme et erreur de personne.

Gilles (J.). Contribution à l'étude des ruptures de la région péno-scrotale de l'urèthre.

Gondre (F.). De l'épithélioma ectoplacentaire (déciduome malin).

Jouane (G.). Tumeurs tuberculeuses primitives du larynx.

Lalande (H.). Contribution à l'étude de la docimasie pulmonaire dans ses rapports avec la putréfaction en matière d'infanticide.

Lasaïgues (P.). Des infections des seins et principalement de la galactophorite, observées à la clinique d'accouchement de Toulouse.

Mallié (E.). La pathogénie et l'anatomie pathologique du goitre exophtalmique.

Paisseran (J.). Contribution à l'étude de l'hématocèle du cordon spermatique.

Pérès (J.). Essai sur le traitement médical de l'appendicite dans la puerpéralité.

Pirinski (D.). Contribution à l'étude des hémorrhagies gastro-intestinales du nouveau-né.

Polier (P.). Contribution à l'étude des cellules géantes et des leucocytes dans les épithéliomas malpighiens.

Pouech (J.). Hypurgie dans les maladies du nourrisson.

Rabat (A.). Résultats opératoires de 200 observations de végétations adénoïdes.

Ribaut (H.). Influence de la caféine sur la nutrition chez le chien.

Rouguié (E.). Etude coloniale sur Tunis; hygiène et maladies locales.

Roussel (A.). De l'analgésie chirurgicale par la voie rachidienne.

Rozières (J.). De l'état ponctué et des glandes sébacées de la muqueuse labio-buccale.

Rue (A.). Nouvelle étude sur la revision de la loi Roussel.

Sarda (J.). Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse (lavage du péritoine par l'eau oxygénée).

Segonds (H.). Des manœuvres préventives dans les opérations intéressant la bouche et la cavité bucco-pharyngée (tubage du larynx).

Semerdjieff (D.). Contribution à l'étude de la pleurésie purulente chez l'enfant.

Sentès (J.). Barbazan au point de vue hydrologique.

Sipière (C.). Histoire de la thérapeutique oculaire à l'époque gallo-romaine.

Spassoff (S.). Contribution à l'étude de l'instinct sexuel et de ses transformations dans les maladies mentales.

Stélianidès (T.). Contribution à l'étude des embolies pulmonaires préphlébitiques.

Trabarel (J.). L'hygiène au lycée de Toulouse.

Triollet (J.). L'hypurgie dans les maladies chroniques du cœur.

Trouvtcheff (I.). Contribution à l'étude des laryngites rubéoliques.

Valot (E.). Asthme et puerpéralité.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bordet (J.) et **Gengou** (O.). Sur l'existence de substances sensibilisatrices dans la plupart des sérums antimicrobiens. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Geirsvold (M.). Om kræft i Norge. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.) — Le cancer en Norvège.

Hester (C.). Fettspaltung und Fettaufbau im Gewebe, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der sogenannten « fettigen Degeneration ». (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 2.) — Le dédoublement et la synthèse de la graisse au sein des tissus; contribution à l'étude de la dégénérescence dite « graisseuse ».

Klippel (M.). Le polyzoïsme. (*Arch. gén. de méd.*, mai.)

Lingelsheim (von). Ueber die Bedeutung der Salze für die bactericide Wirkung des Serums; ein Beitrag zur Alexinfrage. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 1.) — Du rôle des sels dans l'action bactéricide du sérum sanguin.

Mesnil (F.). Recherches sur la digestion intracellulaire et les diastases des actinies. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Ogilvie (G.). Some remarks on the inheritance of acquired immunity. (*Brit. Med. Journ.*, 4 mai.) — Sur l'hérédité de l'immunité acquise.

Rem-Picci. Sulle albuminurie transitorie e permanenti negli uomini sani. (*Policlinico*, 4 et 11 mai.)

Schüller (M.). Die Parasiten im Krebs und Sarkom des Menschen. In-8°, 128 p. avec fig. Iéna. — Les parasites du cancer et du sarcome chez l'homme.

Seras y González (A. de). Las teorías de la inmunidad, las alexinas y el porvenir de la terapéutica. (*Rev. méd. de Sevilla*, 31 juillet.)

Sérégé. Contribution à l'étude de la circulation du sang porte dans le foie et des localisations lobaires hépatiques. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 et 28 avril et 5 mai.)

Stevens (W. M.). The spontaneous cure of hydatid cysts. (*Brit. Med. Journ.*, 11 mai.)

MÉDECINE

Aldor (L. von). Ueber Kohlenhydratstoffwechsel im Greisenalter und in Verbindung damit Untersuchungen über Phloridzin-Diabetes. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 25 mai.) — Des échanges hydrocarburés chez les vieillards et du diabète phloridzique.

Austregesilo (A.). O signal de Roussel no diagnostico precoce da tuberculose pulmonar. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 août.)

Barjon (F.) et **Lesieur** (Ch.). A propos des pleurésies séro-fibrineuses, dites d'origine traumatique. (*Lyon méd.*, 5 mai.)

Belbèze (R.). Cancer du rein droit chez un vieillard, avec néphrite chronique de l'autre rein; hématuries rénales et vésicales; mort par urémie dyspnéique à évolution rapide. (*Loire méd.*, mai.)

Bouveret (L.). Rétrécissement mitral et syphilis héréditaire. (*Lyon méd.*, 19 mai.)

Bruno (A.). Morbo di Flajani-Basedow. (*Clinica moderna*, 17 avril, 1er, 8 et 15 mai.)

Burwinkel. Herzleiden und Ernährung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 30 mai.) — Cardiopathies et alimentation.

Camus (L.). Note sur un cas de cancer du foie simulant la lithiase biliaire. (*Echo méd. du Nord*, 19 mai.)

Candido (J.). A tuberculose pulmonar. (*Brazil-med.*, 15 juin.)

Coste de Lagrave. Guérison de la tuberculose. In-8°, 320 p.

Eichhorst (H.). Text-book of the practice of medicine. (Trad. de l'allemand par A. Eshner.) 2 vol. In-8°, 1218 p. avec fig. Londres.

Heldenbergh (C.). Un procédé d'exploration plessimétrique pour évaluer le volume approximatif du cœur. (*Belgique méd.*, 8 août.)

Lépine (R.). Polymyosite (dermatomyosite, angiomyosite). (*Rev. de méd.*, mai.)

Pieniazek. Die Verengerungen der Luftwege. In-8°, 505 p. Vienne. — Rétrécissements des voies respiratoires.

Rubiao Meira. Atrophia escapulo-thoraxica como signal precoce da tuberculose pulmonar. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 mai et 15 juin.)

Testi (A.). Lo scorbuto considerato dal lato antico e moderno. In-8°, 108 p. Florence. L. Niccolai.

MALADIES INFECTIEUSES

Battesti (F.). Observations sur le paludisme en Corse. In-8°, 16 p. Bastia.

Billet (A.). De la formule hémo-leucocytaire dans le paludisme. (*Bull. méd. de l'Algérie*, mai.)

Brunard (A.). Le croup à l'hôpital Saint-Pierre [de Bruxelles] en 1901. (*Clinique*, 20 sept.)

Doty (A. H.). Varicella in adults. (*Med. Record*, 4 mai.)

Ferrari (A.). Observaçao de uma fórma anomala da infecçao pestosa; a peste de fórma cutanea. (*Brazil-med.*, 15 sept.)

Festa (R.). Su di un caso di febbre perniciosa ittero-emoglobinurica da malaria. (*Gazz. degli Osped.*, 12 mai.)

Le Dantec. Le paludisme; sa prophylaxie. (*Questions diplomat. et coloniales*, 15 sept.)

Masarati (F.). Un caso di emoglobinuria malarica. In-8°, 10 p. Ferrare.

Primet. Rapport sommaire sur l'épidémie de peste qui a régné en Nouvelle-Calédonie du 23 décembre 1899 au 9 mars 1900. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, avril-mai-juin.)

Reynaud (G.). Note sur un cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques. (*Marseille méd.*, 1er mai.)

Weismayr (A. von). Zur Frage der Mischinfection bei der Lungentuberculose. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 5.) — Des infections mixtes dans la tuberculose pulmonaire.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Benedikt (M.). Die Nervenerkrankungen durch Verletzung (traumatische Neurosen und Neurosen e traumate). (*Wien. med. Presse*, 26 mai.) — Les affections nerveuses d'origine traumatique.

Bettencourt (A.), **Correia Mendes** (A. C.), **Correia Pinto** (A. J. K.) et **Rezende** (J. G. de). Doença do somno. In-8°, 40 p. avec fig. Lisbonne. — Rapport de la commission médicale envoyée par le gouvernement portugais dans la province d'Angola (Congo portugais) pour étudier la maladie du sommeil.

Bielschowsky (M.). Myelitis und Sehnervenentzündung. In-8°, 92 p. avec fig. Berlin. — Myélite et névrite optique.

Biro (M.). Einige Mitteilungen über die Friedreich'sche Krankheit. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 2-4.) — Quelques remarques sur la maladie de Friedreich.

Boinet (E.). Polynévrite palustre. (*Rev. de méd.*, mai.)

Buist (J. R.). Myasthenia gravis pseudoparalytica (asthenic bulbar paralysis). (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 mai.)

Busquet. Troubles nerveux intermittents d'origine palustre. (*Rev. de méd.*, mai.)

Decroly. Etat des réflexes dans la polynévrite à propos d'un nouveau cas de polynévrite motrice tuberculeuse. (*Journ. de neurol.*, 20 mai.)

De Paoli (E.). Beitrag zum klinischen Studium der Deviationen und Contracturen neurotischen Ursprungs der Wirbelsäule (mit besonderer Berücksichtigung der hysterischen Skoliose). (*Wien. med. Presse*, 19 mai.) — Contribution à l'étude clinique des déviations et contractures, d'origine nerveuse, de la colonne vertébrale, et, en particulier, de la scoliose hystérique.

Dubois. Ueber intermittierende psychopathische Zustände. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er mai.) — Sur les états psychopathiques intermittents.

Durand. Arthropathie nerveuse; arthrite trapézo-métacarpienne du pouce au cours d'une lésion des racines rachidiennes. (*Province méd.*, 18 mai.)

Gibson (G. A.). Note on the cremasteric reflex in sciatica. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

Glorieux. Un cas de tumeur du cervelet. (*Policlinique*, 15 mai.)

Grange (P.). Maladie de Parkinson; contribution à l'étude des formes unilatérales. (*Lyon méd.*, 26 mai.)

Grasset (J.). Les maladies de l'orientation et de l'équilibre. In-8°, 291 p. F. Alcan.

Lalanne (G.). Guérison d'un accès de manie ayant tendance à la chronicité, à la suite d'un volumineux anthrax. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 mai.)

León (J. de). Afección de la médula sacra ó lesión del epicono y cono terminal. (*Rev. méd. del Uruguay*, juillet.)

Naamé. Un cas de parésie hystérique guérie par la suggestion verbale distractive. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, mai.)

Pfeiffer (R.). Ein klinischer Beitrag zur Lehre von der Hemitonia apoplectica (Bechterev). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mai.)

Pini (P.). L'epilessia; eziologia, patogenesi e cura. In-16, 277 p. Milan. U. Hoepli.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Brito Foresti (J.). Profilaxia de la lepra. (*Rev. méd. del Uruguay*, août.)

Bulletin de la Société internationale de prophylaxie sanitaire et morale. T. Ier, fasc. 1 à 3. In 8°, 312 p. Bruxelles.

Cao (G.). Eruzione da cloridrato di fenocolla. (*Riforma med.*, 9 mai.)

Haus (G. A.). Ichthyosis congenita (Hyperkeratosis diffusa congenita). (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.)

Jourdanet (P.). Un cas de « maladie de Neumann ». (*Lyon méd.*, 26 mai.)

Kienböck (R.). Zur Pathologie der Hautveränderungen durch Röntgenbestrahlung bei Mensch und Thier. (*Wien. med. Presse*, 12, 19 et 26 mai et 2 juin.) — Les lésions cutanées déterminées, chez l'homme et chez les animaux, par les rayons de Röntgen.

La Mensa (N.) et **Callari** (I.). L'opoterapia tiroidea in talune cheratodermie. (*Clinica moderna*, 22 mai.)

Lundsgaard (E.). Ingvinalbubonerne efter ulcus molle og deres abortivbehandling. (*Hospitalstidende*, 25 sept.)

Matzenauer (R.). Zur Bacteriologie der Pityriasis versicolor. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVI, 2.)

Morquio (L.). Sobre el diagnóstico de la sífilis hereditaria precoz. (*Rev. méd. del Uruguay*, juillet.)

Nagano (J.). Die syphilitische Erkrankung der Gehirn-Arterien. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 2.) — Syphilis des artères cérébrales.

Neumann. Ueber Sclerodermie nach eigenen Beobachtungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 1-2.)

Nobl (G.). Pathologie der blennorrhoischen und venerischen Lymphgefäss-Erkrankungen; eine ätiologisch-anatomische Studie. In-8°, 160 p. avec fig. Vienne et Leipzig. F. Deuticke.

Petersen (J.). The treatment of the complications of acute gonorrheal posterior urethritis. (*Med. News*, 18 mai.)

Reale (A.). Sul pluralismo e pleomorfismo tricofitico. In-8°, 56 p. avec fig. Naples.

Schnabel (H.). Ueber Lymphangioma circumscriptum cutis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVI, 2.)

Skirving (A. S.). An unusual symptom in secondary syphilis. (*Brit. Med. Journ.*, 4 mai.)

CHIRURGIE

Auvray (M.) et **Guillain** (G.). Des exostoses ostéogéniques multiples. (*Arch. gén. de méd.*, mai.)

Bailey (P.). Operative paralysis of the spinal accessory nerve. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Bainbridge (W. S.). A report of 24 operations performed during spinal analgesia. (*Med. News*, 4 mai.)

Baldwin (J. F.). Operating under X-rays. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 mai.)

Beck (C.). The representation of biliary calculi by the Röntgen rays. (*New York Med. Journ.*, 16 mars.)

Berry (J.). Diseases of the thyroid gland and their surgical treatment. In-8°, 382 p. Londres.

Bier (A.). Weitere Mitteilungen über Rückenmarksanästhesie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 1.) — Nouvelles recherches sur la narcose médullaire.

Bilfinger. Zur Frage von der Entstehung der traumatischen Hernien. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 1.) — Pathogénie des hernies traumatiques.

Blake (J. A.). The operative treatment of umbilical hernia in adults. (*Med. Record*, 25 mai.)

Bouglé (J.). Chirurgie des artères, des veines, des lymphatiques et des nerfs. In-18, 486 p. avec fig.

Boureau (M.). Observations sur 1,200 anesthésies chloroformiques. (*Rev. de chir.*, mai.)

Boyer (J.). La hernie accident du travail. (*Lyon méd.*, 12 mai.)

Brabec (A.). O gangraene nosokomialni. (*Casopis lékaru ceskych*, 18 et 25 mai; 1er, 8 et 15 juin.)

Braun (H.). Ueber Mischnarkosen und deren rationelle Verwendung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 1.) — Des narcoses mixtes et de leur réalisation rationnelle.

Brewer (G. E.). Some errors in diagnosis in conditions resembling appendicitis. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Bruns (von) et **Honsell**. Ueber die Anwendung reiner Carbolsäure bei septischen Wunden und Eiterungsprocessen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 1.) — De l'emploi de l'acide phénique pur dans le traitement des plaies infectées et des suppurations.

Burk. Ueber die Luxatio carpo-metacarpea. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 2.)

OPHTALMOLOGIE

Aubineau (E.). Paralysie oculaire et déviations strabiques fixes d'origine traumatique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 25 mai.)

Bettremieux. Un cas de photophobie et de troubles oculo-moteurs à la suite d'un traumatisme de la région occipitale. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, mai.)

Byers (W. G. M.). The primary intradural tumours of the optic nerve : fibromatosis nervi optici. (*Studies from the Royal Victoria Hospital, Montreal*, I, 1.)

Ceraso (C.). Le malattie oculari in rapporto alle malattie delle cavità nasali, dei seni della faccia e del cranio; osservazioni anatomiche e cliniche. T. II. In-8°, 563 p. avec fig. Turin. Unione tipogr.-editrice.

Courmont (J.) et **Rollet** (E.). L'ophtalmie variolique et son traitement abortif. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

De Waele et **Lewuillon**. Colobomes de la paupière supérieure et gliome cérébroïde de l'orbite. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Dufour (M.). Sur le traitement des complications oculaires de la variole. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Elschnig (A.). Die Massage in der Augenheilkunde. (*Wien. med. Presse*, 5 et 12 mai.) — Le massage en oculistique.

Fromaget (C.). Nouveau procédé d'avancement musculaire pour le redressement des yeux strabiques. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 5 mai.)

Guinsbourg (I.). Actinomycose du canalicule lacrymal supérieur (en russe). (*Méd. Obozr.*, mai.)

Haab (O.). Atlas der äusseren Erkrankungen des Auges, nebst Grundriss ihrer Pathologie und Therapie. 2e éd. In-8°, 242 p. avec planches en couleurs. Munich. — Atlas-manuel des maladies externes de l'œil.

Lagrange (F.). Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes. T. Ier : tumeurs de l'œil. In-4°, 879 p. avec fig.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Acker (G. N.). Cyclic vomiting. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Ahlfeld (F.). Die Zukunft der nach künstlicher Einleitung der Geburt frühgeborenen Kinder. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai.) — L'avenir des enfants venus au monde par accouchement prématuré artificiel.

Anspach (B. M.). Diagnostic curettage of the uterus. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai.)

Baldy (J. M.). Results of treatment of cancer of the cervix, and the unreliability of statistics on the same. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Bandler (S. W.). Dermoid and other cysts of the ovary; their origin from the Wolffian body. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv., fév., mars, avril, mai et juin.)

Blacher (K.). Ueber den Bau der menschlichen Placenta. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai.) — De la structure du placenta humain.

Bokelmann (W.). Ueber Zangenentbindungen in der Privatpraxis und ihre Resultate. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 1.) — De l'application du forceps dans la clientèle de ville, et de ses résultats.

Bretschneider (R.). Klinische Versuche über den Einfluss der Scheidenspülungen während der Geburt auf den Wochenbettsverlauf. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — Influence des injections vaginales *intra partum* sur l'évolution des suites de couches.

Cantelli (L.). Sulla cura chirurgica della gravidanza tubarica con ematocele. (*Riforma med.*, 20 mai.)

Clark (J. G.). A trimanual method of percussion for the detection of cystic or loculated fluids in the abdomen. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai.) — Un procédé de percussion trimanuelle de l'abdomen pour le diagnostic des épanchements kystiques ou autres.

Czempin (A.). Die Entstehung der Eklampsie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai.) — La pathogénie de l'éclampsie.

NOTRE PROGRAMME

Faire dans la presse médicale ce qui avait été déjà accompli dans la presse politique, c'est-à-dire publier un journal à grand tirage et à bon marché, tout en présentant une valeur scientifique réelle et incontestable, tel a été le but que nous nous sommes proposé lorsque nous avons fondé la **Semaine Médicale.**

Depuis vingt-deux ans, nous avons toujours été fidèle à notre programme qui se résume en deux mots : *Faire bien.*

La situation exceptionnelle et unique que la **Semaine Médicale** a acquise en France et à l'étranger par l'importance de son tirage est due à l'idée qui préside à la direction de ce journal et qui a pour principal objectif de donner l'événement de la semaine de la manière la plus complète et la plus immédiate.

D'ailleurs, il est suffisamment établi, sans qu'il soit besoin de le démontrer ici, que la **Semaine Médicale** est bien un véritable journal et non une revue comme les autres journaux de médecine, qui s'attachent peu à publier à la première heure les faits que recherchent particulièrement nos rédacteurs toujours en quête de la nouveauté médicale.

Outre les *Travaux originaux*, les *Revues générales* et *critiques*, les *Répertoires cliniques*, les articles consacrés à l'*Hygiène publique*, aux *Intérêts professionnels*, aux *Questions d'actualité*, etc., chaque numéro contient :

Une *leçon clinique* recueillie dans un des services de médecine ou de chirurgie des hôpitaux de Paris ;

Le *compte rendu* des *Sociétés savantes* de France ayant siégé pendant la semaine : Académie de médecine, Académie des sciences, Sociétés de chirurgie, biologie, médicale des hôpitaux, dermatologie et syphiligraphie, médecine légale, etc. ;

Le *compte rendu* de la Société de médecine berlinoise et de la Société de médecine interne de Berlin, de la Société império-royale et du Collège médical de Vienne, de l'Académie de médecine de Belgique, etc. Ces comptes rendus nous sont fournis en français par nos correspondants spéciaux et la publication en est faite avant les journaux du pays, dans les mêmes conditions de fidélité et de célérité que nous observons à l'égard des Sociétés savantes de Paris;

Un *Bulletin bibliographique international* indiquant tous les ouvrages et mémoires ayant la médecine pour objet, dont l'apparition est parvenue à notre connaissance dans l'intervalle de chacun des numéros du journal. Nous citons exactement le titre même de l'ouvrage, et, en outre, pour ceux de langue étrangère, nous donnons la traduction du titre ou une indication suffisante. Le nombre des indications bibliographiques dépasse 8,000 par an. Mais comme il est à peu près impossible, vu le manque de temps, la somme à dépenser et la diversité de langues, de lire toutes les publications et tous les ouvrages de médecine qui paraissent et dont il peut être utile de connaître le contenu, la **Semaine Médicale** publie, sous la rubrique *Littérature médicale*, une analyse détaillée des principaux ouvrages et mémoires médicaux parus dans les deux mondes. Nos collaborateurs ont pour mission de présenter, d'une manière impartiale et sans tenir compte de la personnalité de l'auteur, les divers points nouveaux des articles et des livres susceptibles d'être analysés;

Plusieurs articles de *Médecine pratique* sur un sujet nouveau ou un point important de la pratique et une série de *Notes thérapeutiques* relatives à une médication nouvellement préconisée ou à un produit récemment découvert.

Tous les deux mois, il paraît une *Revue de thérapeutique médicale* ou *chirurgicale* écrite par des professeurs des Facultés de médecine.

La **Semaine Médicale** est le journal qui publie le premier le *compte rendu* des Congrès français et étrangers intéressant le Corps médical. De plus, des correspondants sont établis dans les principaux pays et, au besoin, des rédacteurs sont envoyés là où l'intérêt médical est en jeu.

Par l'intermédiaire de ses correspondants français et étrangers, la **Semaine Médicale** relate dans chaque numéro, sous la rubrique *Nouvelles*, *Varia*, *Nécrologie*, *Facultés et Ecoles de médecine*, tous les petits faits pouvant intéresser le Corps médical de tous les pays.

Les nouveaux souscripteurs pour l'année 1902 recevront *gratuitement* les numéros de la SEMAINE MÉDICALE à paraître du jour de la réception du montant de leur souscription jusqu'à la fin de la présente année.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur E. Giese est nommé privatdocent de médecine légale.

Faculté de médecine de Munich. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Richard Barlow (*dermatologie*); Gustav Klein (*obstétrique et gynécologie*).

Faculté de médecine de Naples. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Carlo Cucca (*obstétrique et gynécologie*); Giulio Martuscelli (*laryngologie*); O. Barrago Ciarella (*otologie et rhinologie*).

Faculté de médecine de Rome. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Primo Dorello (*anatomie*); Virgilio Ducceschi (*physiologie expérimentale*); Ferruccio Schupfer (*neurologie*); Oddo Casagrandi (*hygiène expérimentale et police sanitaire*); Carlo Colombo (*thérapeutique physique*).

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Kraft est nommé privatdocent de radioscopie et d'hydrothérapie.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Angelo Ceconi, privatdocent à la Faculté de médecine de Padoue, est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Arthur Schiff (*médecine interne*); Emil Knauer (*obstétrique et gynécologie*); Wilhelm Knöpfelmacher (*pédiatrie*).

Northwestern University Medical School de Chicago. — M. le docteur A. P. Ohlmacher est nommé professeur de pathologie générale, en remplacement de M. Fütterer, démissionnaire.

En *France*, en *Algérie* et *Tunisie*, en *Belgique*, en *Danemark*, en *Hollande*, en *Italie*, en *Portugal*, en *Suède* et *Norvège*, en *Suisse*, on s'abonne **sans frais** dans tous les bureaux de poste.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Banchi (A.). Contributo alla conoscenza dell'origine della sinovia. (*Sperimentale*, LV, 2.)

Bonne (C.). Le système nerveux et ses réserves à longue échéance. (*Province méd.*, 4 mai.)

Deetjen. Untersuchungen über die Blutplättchen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 2.) — Recherches sur les plaquettes sanguines.

Poirier (P.). Quinze leçons d'anatomie pratique. 4e éd. In-18, 240 p. avec fig.

Sabourin (Ch.). Etude comparée du foie de l'homme et du foie du cochon. (*Rev. de méd.*, mai.)

Stanculéanu et **Depoutre.** Etude anatomique des groupes cellulaires postérieurs de la mastoïde; cellules juxtasinusales. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Zuckerkandl (E.). Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 3. Heft : Bauch. In-8°, p. 289 à 411, avec planches en couleurs. Vienne.

PHYSIOLOGIE

Bielfeld (P.). La teneur en fer du foie chez l'homme bien portant (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, avril.)

Bonanni (A.). Sull'azione del mentone, della mentonossima e del pernitrosomentone; nota preventiva. (*Policlinico*, 25 mai.)

Broustein (S.). De l'action exercée par un courant électrique de haute tension sur le corps humain (en russe). (*Vratch*, 14 et 21 avril.)

Dufourt (E.). La formation et l'évolution des graisses à l'état normal et pathologique. (*Lyon méd.*, 14, 21 et 28 avril.)

Engelhardt (M.). Untersuchungen über den Fettgehalt des menschlichen Blutes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 1-2.) — Recherches sur la teneur en graisse du sang humain.

Herzen (A.). Einfluss einiger Nahrungsmittel auf die Menge und den Pepsingehalt des Magensaftes. (*Therap. Monatsh.*, mai.) — De l'influence exercée par quelques produits alimentaires sur la quantité et sur la teneur en pepsine du suc gastrique.

Lépine (R.) et **Boulud.** Sur les sucres du sang. (*Lyon méd.*, 5 mai.)

Nägeli (O.). Ueber die Funktion und Bedeutung des Knochenmarkes. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er mai.) — Les fonctions et le rôle de la moelle osseuse.

Nencki (M.) et **Sieberowa** (N.). Przyczynek do nauki o soku zoladkowym i skladzie chemicznym enzym. (*Gaz. lekarska*, 27 avril, 4, 11 et 18 mai.) — Contribution à l'étude du suc gastrique et de la composition chimique des enzymes.

Popelsky (L.). Le mécanisme de l'action exercée par la pilocarpine sur les glandes (en russe). (*Vratch*, 14 avril.)

Tausch (H.). Unser gegenwärtiges Wissen von den im Gebirge auftretenden Veränderungen der Blutmischung und der Art ihres Zustandekommens. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 11, 15, 18, 22, 25 et 29 mai.) — Etat actuel de nos connaissances sur les modifications de la composition du sang survenant dans les altitudes.

Treves (M.). Dell'azione del salasso sulla pressione arteriosa dell'uomo. (*Gazz. med. di Torino*, 18 avril.) — Influence de la saignée sur la pression artérielle chez l'homme.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Babcock (W.). Common anomalies of the colon. (*Internat. Med. Magazine*, mars.)

Biagi (N.). Del sarcoma dei muscoli. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 6.)

Bonne (C.). Diapédèse élective d'éosinophiles; mise en liberté de leurs granulations, dans l'épaisseur d'une paroi bronchique. (*Lyon méd.*, 12 mai.)

Breitmann (M.). De l'endocardite syphilitique (en russe). (*Vratch*, 12 mai.)

Busse (O.). Geschwulstbildung in den grossen Harnwegen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 1.) — Sur certaines tumeurs des voies urinaires.

Catterina (A.). Studio clinico e anatomo-patologico di un emoangiosarcoma periteliale (cilindroma) del velo pendolo. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 6.) — Hémo-angiosarcome périthélial (cylindrome) du voile du palais.

Chvalbé (E.). Un cas rare d'entérolithiase (en russe). (*Méd. Obozr.*, mars.)

Dionisi (A.). Sulle variazioni degli elementi figurati del sangue nelle febbri malariche; nota preliminare. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 6.)

Ditérikhs (M.). Des phases initiales de la tuberculose des synoviales (en russe). (*Vratch*, 26 mai.)

Handwerck (C.). Zur pathologischen Anatomie der durch Dystokie entstandenen Rückenmarksläsion. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 2.) — Altérations anatomo-pathologiques de la moelle épinière provoquées par la dystocie.

Hedinger (E.). Ueber Intima-Sarcomatose von Venen und Arterien in sarcomatösen Strumen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 2.)

Hlava (J.). O karcinomu. (*Sbornik klinicky*, II, 5.)

Pacinotti (G.). Osservazioni di anatomia patologica sulla esclusione funzionale dell'intestino crasso e sull'avvelenamento da cloroformio, inalato in dose relativamente piccola, date precedenti alterazioni renali. (*Gazz. degli Osped.*, 5 mai.)

Peixoto (A.). Inspecção do naso-pharynge por um novo processo de autopsia. (*Gaz. med. da Bahia*, juillet.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Becker (E.). Ueber die Veränderungen der Zusammensetzung des Blutes durch vasomotorische Beeinflussungen, insbesondere durch Einwirkung von Kälte auf den ganzen Körper. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 1-2.) — Des modifications survenant dans la composition du sang sous l'influence de causes vasomotrices et, en particulier, à la suite de l'action du froid sur tout l'organisme.

Carrara (M.). Zur Lehre von der Entgiftung ; ein Beitrag zu der Lehre der natürlichen Immunität. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 18 mai.) — La défense de l'organisme contre les poisons; étude sur l'immunité naturelle.

Cesaris-Demel (A.). Sulla neoformazione di tessuto elastico nella tonaca media dell'aorta. (*Sperimentale*, LV, 2.)

Czyhlarz (E. von). Zur Lehre von der Entgiftung. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 5.) — De la défense de l'organisme contre les poisons.

Nason (E. N.). Some remarks upon an analysis of 5,000 cases of death from malignant disease. (*Brit. Med. Journ.*, 18 mai.) — Quelques remarques basées sur l'étude de 5,000 cas de mort par tumeur maligne.

Schwarz (L.). Zur Frage der Entstehung von Aceton aus Eiweiss. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 avril.) — De la formation de l'acétone aux dépens de l'albumine.

Vigour (A.). La lymphe de Haffkine et autres substances antipesteuses conférant l'immunité à l'égard de la peste, immunité élaborée par l'organisme lui-même (en russe). (*Vratch*, 7, 14, 21 et 28 avril et 5 mai.)

MÉDECINE

Ebstein (W.). Die Tastpercussion. In-8°, 63 p. avec fig. Stuttgart.

Edsall (D. L.). General metabolism in diabetes mellitus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 6 avril.) — Les échanges organiques dans le diabète.

Einhorn (M.). Remarks on enteroptosis. (*Med. Record*, 13 avril.)

Ferrannini (L.) et **Sirleo.** Le ectasie distrofiche e flogistiche dell'aorta. (*Arch. ital. di med. interna*, IV, 1-2.)

Finck. La sédimentation des crachats. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mai.)

Gibson (G. A.). Text-book of medicine. 2 vol. In-8°, 1770 p. Londres.

Gräupner. Die Konstitutionsbedingungen des Herzmuskels. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 20 mai.) — De l'état constitutionnel du myocarde.

Irwin (J. W.). Arthritis deformans and its relation to some diseases due to perverted metabolism. (*Amer. Practit. and News*, 1er mai.) — L'arthrite déformante et ses rapports avec quelques maladies dues à des troubles des échanges organiques.

Jaquet (A.) et **Metzner** (R.). Cardiographische Untersuchungen an einem Falle von Fissura sterni. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 1-2.) — Recherches cardiographiques sur un cas de fissure du sternum.

Jendrassik (E.). Klinische Beiträge zum Studium der normalen und pathologischen Gangarten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 1-2.) — Les différents genres de la marche à l'état normal et pathologique.

Kétly (L. von) et **Weisz** (E.). Inwiefern kann man die intercostalen Phonationserscheinungen bei Fällen von pleuritischem Exsudat verwerten? (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 1-2.) — De la valeur relative des phénomènes acoustiques intercostaux dans les cas d'épanchement pleurétique.

Kirk (R.). On serous vaccinia in connexion with cretinism and rickets. (*Lancet*, 4 mai.)

Kratschmer (F.) et **Senft** (E.). Mikroskopische und mikrochemische Untersuchung der Harnsedimente. In-8°, 42 p. avec planches en couleurs. Vienne. — Examen microscopique et microchimique des sédiments urinaires.

Lagrange (F.). La rééducation des mouvements du cœur par les exercices méthodiques. (*Rev. de méd.*, déc. 1900, janv., fév., mars et avril.)

Portes. De la discipline chez les tuberculeux. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 avril.)

MALADIES INFECTIEUSES

Aubery (C.). Fièvre typhoïde avec hémorrhagies multiples. (*Loire méd.*, avril et mai.)

Grixoni (G.). L'agglutinazione del sangue malarico; contributo alla diagnosi e cura del paludismo. (*Gazz. degli Osped.*, 12 mai.)

Hiss (Ph. H.). Studies in the bacteriology of typhoid fever, with special reference to its pathology, diagnosis and hygiene. (*Med. News*, 11 mai.)

Jehle (L.). Ueber die Rolle der Influenza als Mischinfection bei den exanthematischen Erkrankungen, und das Vorkommen von Influenzabacillen im Blute. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 5.) — Du rôle de la grippe en tant qu'infection associée dans les fièvres éruptives, et de la présence du bacille de l'influenza dan le sang.

Kinnicutt (F. P.). Orchitis and epididymitis in typhoid fever. (*Med. Record*, 25 mai.)

Krämer (J. A.). Beobachtungen bei der Typhus-Epidemie im Inf.-Regt. Nr. 40, mit besonderer Berücksichtigung der diagnostischen Bedeutung der Widal'schen Reaction. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 1-2.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bührer (C.). Ueber einen Fall von Unverricht-scher Myoclonie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er avril.)

Canali (M.). Psicosi e suggestione. (*Morgagni*, avril.)

Crespin. Aphonie hystérique; guérison par suggestion. (*Echo méd. du Nord*, 5 mai.)

Heldenbergh (C.). Quelques remarques à propos de la nouvelle théorie des réflexes cutanés et tendineux de M. Van Gehuchten. (*Belgique méd.*, 7 mars.)

Hirschkron (J.). Die physikalisch-diätetische Therapie in der Nervenheilkunde. (*Deutsche Praxis*, 10 et 25 mars, 10 et 25 avril, 10 et 25 mai et 10 juin.) — Traitement physico-diététique des maladies du système nerveux.

Ivanov (I.). De l'état des réflexes tendineux et des altérations de la moelle épinière dans les cas de lésions du cervelet (en russe). (*Méd. Obozr.*, avril.)

Kazowsky (A.). Zur Frage nach dem Zusammenhange von Träumen und Wahnvorstellungen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mai et 1er juin.) — Des rapports qui existent entre les rêves et les hallucinations.

Kedzior (L.) et **Zanietowski** (J.). Zur pathologischen Anatomie der Basedow'schen Krankheit; vorläufige Mitteilung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mai.)

Koumberg (N.). Un cas de surdi-mutité hystérique (en russe). (*Vratch*, 12 mai.)

Levison (F.). Om ischias. (*Hospitalstidende*, 18 et 25 sept. et 2 oct.)

Löwenfeld (L.). Ueber Luftkuren für Nervöse und Nervenkranke. (*Deutsche Praxis*, 25 mai.) — Des cures d'air pour des sujets atteints de maladies nerveuses.

Pearce (F. S.). Trauma as an exciting cause of paralysis agitans. (*Philadelphia Med. Journ.*, 25 mai.)

Pick (A.). Senile Hirnatrophie als Grundlage von Herderscheinungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 avril.) — L'atrophie sénile du cerveau comme cause des phénomènes correspondant à des lésions en foyer.

Putnam (J.). Absolute increase of measurement from the anterior superior spine to the malleolus as a sign of hysteric hip disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 mai.) — Allongement absolu de la distance qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure de la malléole comme signe de la coxalgie hystérique.

Régis (E.). Le délire onirique des intoxications et des infections. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 mai.)

Rosenfeld (M.). Zur optisch-sensorischen Aphasie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mai.)

Schwartz (Th.). Ueber die Erkrankungen des Conus medullaris und der Cauda equina. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 18 mai.) — Des affections du cône médullaire et de la queue de cheval.

Starr (M. A.). The toxic origin of neurasthenia and melancholia. (*Med. Record*, 11 mai.)

Stewart (J.). Puerperal polyneuritis and poliomyelitis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 4 mai.)

Tedeschi (E.). Osservazioni sui riflessi cutanei e tendinei; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 19 mai.)

Valenti (A.). Alcune considerazioni sulla psicofisiologia della musica. (*Riv. mens. di neuropatol. e psichiatr.*, mai.)

Vinokourov (A.). De l' « ankylose du rachis » (en russe). (*Vratch*, 21 avril.)

Wyrubow (N.). Ueber die centralen Endigungen und Verbindungen des 7. und 8. Hirnnerven. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mai.) — Des terminaisons centrales et des anastomoses de la septième et de la huitième paire crânienne.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Chagignan (S.). Amélioration considérable d'un cas d'éléphantiasis après injections hypodermiques de calomel (en russe). (*Méd. Obozr.*, avril.)

Dopter (Ch.). Sur une épidémie de zona; réflexions sur la notion du caractère épidémique et contagieux du zona essentiel. (*Rev. de méd.*, mai.)

Fürst (M.). Ueber Aetiologie und Prophylaxe der Leprakrankheit. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 298.)

Swinburne (G. K.). On the modern treatment of acute gonorrhea. (*Med. News*, 18 mai.)

CHIRURGIE

Casazza (E.). Ferita d'arma da fuoco dell'aorta. (*Gazz. med. di Torino*, 11 avril.)

Catterina (A.). Due gravi contusioni addominali con rottura dell'intestino. (*Policlinico*, 18 mai.)

Chaminade (J.). Kystes odontopathiques volumineux du maxillaire supérieur; pathogénie, diagnostic et traitement. (*Ann. de la policlin. de Bordeaux*, mai.)

Chavannaz (G.). Sur la désarticulation du genou. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 mai.)

Chelmonski (A.). O samoistnem, nieurazowem złamaniu żeber u chorych gruzliczych i charlaczych. (*Gaz. lekarska*, 25 mai.) — Fractures spontanées des côtes chez des phtisiques et chez des cachectiques.

Chrétien (H.). Péritonite pneumococcique. (*Poitou méd.*, mai.)

Coolidge (F. S.). Some new points in tendon surgery. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Quelques points nouveaux dans la chirurgie des tendons.

Courtin (J.). Paralysie radiale consécutive aux fractures de l'humérus chez l'enfant. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 5 mai.)

Cushing (H.). Concerning prompt surgical intervention for intestinal perforation in typhoid fever, with the relation of a case. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Denis (E.). A propos de quatre gastrostomies. (*Bull. méd. de l'Algérie*, mai.)

Dubar. Les hernies épigastriques. (*Echo méd. du Nord*, 12 mai.)

Dunn (J. H.). The diagnosis and treatment of injuries of the head. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 mai.) — Diagnostic et traitement des lésions traumatiques de la tête.

Eisendrath (D. N.). Difficulties and dangers of anesthetics. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 mai.)

Ekehorn (G.). Die Brüche des Meckel'schen Divertikels. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 1.) — Hernies du diverticule de Meckel.

Flockemann (A.). Die Grenze der Pupillenreaktion gegen Licht in der Chloroformnarkose, ein einfacher Anhaltspunkt zur Erreichung des Mindestverbrauches von Chloroform. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 25 mai.) — Un moyen de ne pas dépasser la dose de chloroforme strictement nécessaire pour assurer l'anesthésie.

Fornaroli (E.). Deviazione chirurgica del sangue della vena porta per la cura dell'ascite. (*Gazz. med. di Torino*, 30 mai.)

Franke (F.). Eine neue Methode der osteoplastischen Freilegung der Orbita. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 1-2.) — Un nouveau procédé ostéoplastique de mise à nu de l'orbite.

Fränkel (F.). Ueber die subkutane Leberruptur und deren Behandlung durch primäre Laparotomie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 2.) — De la déchirure du foie sans plaie extérieure, et de son traitement par la laparotomie d'emblée.

Godlee (R. J.) et **Bucknall** (T.). A pharyngeal pouch of large size removed by operation. (*Lancet*, 18 mai.) — Extirpation d'un gros diverticule pharyngien.

Grenet (H.) et **Piquand** (G.). Traitement des anévrysmes du tronc brachio-céphalique par la méthode de Brasdor et des anévrysmes en général par les injections sous-cutanées de gélatine. (*Arch. gén. de méd.*, mai.)

Grünbaum (A.). Dalsze trzy przypadki ropnia podprzeponowego. (*Gaz. lekarska*, 11 mai.) — Trois nouveaux cas d'abcès sous-phrénique.

Gugliuzzo (S.). Contributo alla cura del carbonchio. (*Riforma med.*, 7 mai.)

Stöltzner (W.) et **Salge** (B.). Beiträge zur Pathologie des Knochenwachstums. In-8°, 52 p. avec fig. Berlin. — Pathologie de la croissance des os.

Sultan (C.). Die ambulatorische Behandlung der Oberarmbrüche mit permanenter Extension. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 3.) — Traitement ambulatoire, avec extension continue, des fractures de l'humérus.

Tillaux (P.) et **Riche** (P.). La ligature de l'aorte abdominale. (*Rev. de chir.*, janv., fév. et mars.)

Tracy (E. A.). A new leg-splint for transverse fracture of the tibia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 avril.) — Une nouvelle attelle pour fractures obliques du tibia.

Verdelet (L.) et **Rocher** (L.). De quelques erreurs dans le diagnostic des hernies. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 24 et 31 mars et 7 avril.)

Villar (F.). De la résection du poignet par la double incision longitudinale dorso-palmaire ou transmétacarpienne (méthode de Studsgaard). (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 avril.)

Villard et Gauthier (Ch.-L.). Perforation de l'estomac par ulcère; laparotomie; gastrostomie temporaire; guérison. (*Province méd.*, 13 avril.)

Vogel (K.). Zur Statistik und Therapie des Rectumcarcinoms. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 3-4.)

Ware (M. W.). The field for ethyl chloride narcosis. (*Med. Record*, 6 avril.) — Les indications de l'anesthésie au chlorure d'éthyle.

Williams (H. J.). Resection of the cervical sympathetic. (*Med. News*, 6 avril.)

Young (J. K.). Primary sarcoma of the spine. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, avril.)

OPHTALMOLOGIE

Aubaret (E.). De l'emploi de la lumière électrique en ophtalmologie; poste ophtalmoscopique électrique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 19 mai.)

De Lantsheere. Le ptérygion, maladie professionnelle. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, mai.)

De Ridder (P.). Extirpation du sac lacrymal. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, mai.)

Hann (R. G.) et **Knaggs** (R. L.). A case of symmetrical retinal detachment occurring during labour and associated with albuminuria resulting in complete recovery. (*Lancet*, 18 mai.)

Jackson (E.). Cataract extraction. (*Philadelphia Med. Journ.*, 11 mai.)

Jenkins (N. B.). Anisometropia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 18 mai.)

Leprince (A.). Affections cornéennes et iriennes d'origine palustre. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Lor (L.). De la dacryoadénite palpébrale suppurée. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, mai.)

Maillart (H.) et **Wiki** (B.). Deux cas d'ophtalmoplégie unilatérale dite « nucléaire ». (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Mainguy. Les dents et les yeux. (*Gaz. méd. de Nantes*, 4 mai.)

Mittendorf (W. F.). Tuberculosis of the iris. (*Med. News*, 25 mai.)

Natansohn (A.). De l'extraction des fragments de fer ayant pénétré dans la chambre postérieure de l'œil et dans le cristallin (en russe). (*Méd. Obozr.*, mai.)

Pichler (A.). Die Entstehung des diabetischen Stares. (*Prag. med. Wochensch.*, 9 et 16 mai.) — De la formation de la cataracte diabétique.

Sanna (G.). Sui microrganismi della congiuntiva normale e patologica dell'uomo e loro importanza etiologica. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 3, 4, 5 et 6.)

Tabet (E.). Le traitement des granulations. (*Marseille méd.*, 15 avril et 1er mai.)

Tacke. Modification de l'opération du strabisme. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, mai.)

Valk (F.). Esophoria, or latent squint. (*Philadelphia Med. Journ.*, 4 mai.) — Strabisme latent.

Worth (C.). The etiology and treatment of convergent squint. (*Lancet*, 11 mai.) — Etiologie et traitement du strabisme convergent.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Albert (W.). Sterile Dauerhefe und ihre Verwertung in der Gynäkologie; vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 avril.) — La levure stérilisée et son emploi en gynécologie.

Bottesini (G.). Prolasso di placenta in parto gemellare. (*Lucina*, mai.)

Casavecchia (E.). Laringo-tracheo-bronchite difterica in gravida all'ottavo mese. (*Gazz. degli Osped.*, 12 mai.)

Commandeur (F.). Ligature sous-péritonéale des vaisseaux ombilicaux dans les omphalorrhagies incoercibles. (*Province méd.*, 20 avril.)

Dienst (A.). Kritische Studien über die Pathogenese der Eklampsie auf Grund pathologisch-anatomischer Befunde, Blut- und Harnuntersuchungen eklamptischer Mütter und deren Früchte; vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 mai.)

Ferré. Deux cas d'opération césarienne suivie d'amputation utéro-ovarique ou opération de Porro (*Rev. de gynécol., obstét. et péd. de Bordeaux*, juillet.)

Fraisse (G.). Principes du diagnostic gynécologique. T. Ier : généralités sur le diagnostic gynécologique; méthodes d'exploration. In-18, 356 p. avec fig.

Frank (E.). Zur Aetiologie der Facialislähmung nach Spontangeburten. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 mai.) — Etiologie des paralysies faciales [survenant chez des nouveau-nés] après accouchement spontané.

Franqué (O. von). Weitere Bemerkungen zur Insertio velamentosa. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai.)

Freund (H. W.). Ueber moderne Prolapsoperationen (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 mai.)

Gebhard (C.). Die Ventrofixation des Uterus auf vaginalem Wege. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 1.)

Girvin (J. H.). A case of infective fever resulting in premature labor, peritonitis, and death. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.) — Un cas de fièvre infectieuse ayant déterminé un accouchement prématuré avec péritonite mortelle.

Gödecke. Klinische Beobachtungen über Eklampsie. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 1.)

Goelet (A. H.). Non-surgical treatment of fibroid tumors of the uterus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 20 avril.)

Göz Ein Fall von Eklampsia tardissima, acht Wochen post partum. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai.) — Un cas d'éclampsie survenu huit semaines après l'accouchement.

Gradenwitz (R.). Dauerresultate der Alquié-Alexander'schen Operation. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.)

Hager (G.). Ueber eine Mischinfektion der Tube und peritoneale Sepsis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — Sur une infection mixte des trompes de Fallope et sur la péritonite septique.

Swiecicki (H. von). Ueber Ausstossung von Uterusmyomteilen durch den Darm. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — De l'expulsion de fragments de fibromes utérins à travers le rectum.

Unterberger. Ein Fall von Pseudo-Hermaphroditismus femininus externus mit Coincidenz eines Ovarialsarkoms; Laparotomie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.)

Wadsworth (A.). On puerperal infection, with special reference to douching and the practical value of bacterial examinations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Westermark (F.). Om 100 fall af supravaginal uterus-exstirpation för myom. (*Hygiea*, janv. et fév.)

Wettergren (C.). Grosses Myofibroma (deciduale) polyposum tubae, gefunden bei der Operation wegen abortirender Tubargravidität. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 1.)

Wiener (G.). Drittmaliger Kaiserschnitt an einer Zwergin mit Uterusbauchdeckenfistel in der alten Narbe und Placentarsitz an der vorderen Wand. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Opération césarienne pratiquée pour la troisième fois chez une naine; fistule utéro-abdominale au niveau de la cicatrice ancienne et insertion du placenta sur la paroi antérieure de l'utérus.

Zangemeister (W.). Zur Entfernung der Placenta durch äussere Handgriffe. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 avril.) — Un procédé de délivrance par manœuvres externes.

PÉDIATRIE

Adams (S.). Points of similarity and dissimilarity of croupous pneumonia and pulmonary tuberculosis in young children. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.) — Ressemblance et différences entre la pneumonie fibrineuse et la tuberculose pulmonaire chez les jeunes enfants.

Alfieri (E.). A proposito delle emorragie genitali delle neonate. (*Rendiconti dell'Assoc. med.-chir. di Parma*, mars.)

Audeoud (H.). Deux cas d'invagination intestinale chez des enfants du premier âge. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

Ausset (E.). Du traitement thyroïdien en pathologie infantile et particulièrement dans l'infantilisme. In-8°, 42 p. Nantes.

Bonfà (A.). Urea e ricambio materiale nel bambino. (*Riforma med.*, 8 mars.) — L'urée et les échanges organiques chez l'enfant.

Cattaneo (C.). Zona infantile. (*Pediatria*, mai.)

Cautley (E.). Acute colitis in children. (*Lancet*, 25 mai.) — Colite aiguë chez les enfants.

Chapin (H. D.). Infant-feeding. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.) — L'alimentation des petits enfants.

Comba (C.). Sarcoma primitivo dell'ano, del retto e del perineo in un neonato. (*Clinica moderna*, 15 mai.)

Fabris (P.). Contributo allo studio della eziologia della paralisi infantile. (*Pediatria*, mai.)

Gattone (V.). Sulla curabilità del funghetto o granuloma sottolinguale dei bambini lattanti. (*Policlinico*, 4 mai.)

Gourfein (D.). Un cas de diphtérie oculaire consécutif à la vulvite diphtérique chez une petite fille de cinq ans. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, sept.)

Imerwol (V.). Contribution à la pathogénie et au diagnostic différentiel de la cirrhose cardio-tuberculeuse. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, août.)

Kissel (A.). Du diagnostic de la péritonite tuberculeuse chez les enfants; étude basée sur 54 observations personnelles (en russe). (*Vratch*, 19 et 26 mai.)

Northridge (W. A.). Pediatric malaria. (*Brooklyn Med. Journ.*, avril.)

Pusateri (E.). Odierne dottrine sulla rigidità spasmodica infantile (morbo di Little). (*Pisani*, janv.-avril.)

Rey (J.-G.). Pathogénie des terreurs nocturnes chez les enfants. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mai.)

Saint-Philippe (R.). De l'angine pultacée comme signe précoce avertisseur de la rougeole. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 avril.)

Schlechtendahl (E.). Ein Vorschlag zur Verhütung der Autoextubation. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 avril.) — Un procédé pour éviter le détubage accidentel.

Siegert (F.). Zur Pathologie der infantilen Myxidiotie, des sporadischen Cretinismus oder infantilen Myxoedems der Autoren. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 4.)

Starr (L.). Scurvy in infants. (*Philadelphia Med. Journ.*, 27 avril.) — Scorbut infantile.

Steinhardt (I.). Ueber Magenausspülungen im Kindesalter. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 avril.) — Le lavage de l'estomac chez les enfants.

Treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900). Section de médecine de l'enfance et section de chirurgie de l'enfance [compte rendu officiel]. In-8°, 915 p. avec fig.

Westheimer (B.). Ueber den heutigen Stand der Lehre von der Angina lacunaris. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 4.) — De l'état actuel de nos connaissances sur l'angine lacunaire.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Ballenger (W. L.). The functional tests of hearing. (*Philadelphia Med. Journ.*, 18 mai.) — L'examen fonctionnel de l'ouïe.

Bronner (A.). Diseases of the maxillary antrum; their symptoms, causes, and treatment. (*Lancet*, 11 mai.) — Les affections de l'antre d'Highmore : symptômes, étiologie et traitement.

Connal (J. G.). Furunculosis of the external auditory canal simulating mastoid periostitis. (*Brit. Med. Journ.*, 25 mai.)

Felix (E.). Die adenoiden Vegetationen. (*Berlin. Klinik*, mai.)

Gaudier (H.) et **Hèze**. A propos d'un cas de sinusite sphénoïdale. (*Echo méd. du Nord*, 26 mai.)

Genta (S.). Sindrome temporanea di Gubler, con afasia di origine traumatica. (*Riforma med.*, 25 et 27 mai.)

Jackson (Ch.). An overlooked nasal factor in ear disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 mai.) — L'hypertrophie du vomer comme facteur étiologique méconnu des maladies de l'oreille.

Kelly (A. B.). Sclerotic hyperplasia of the pharynx and naso-pharynx. (*Lancet*, 6 avril.)

Kenefick (J. A.). The akouphone and its limitations. (*Med. News*, 13 avril.)

Lermoyez et **Boulay**. Thérapeutique des maladies de l'oreille. 2 vol. In-18, 842 p.

M'Kernon (J. F.). The treatment of chronic purulent otitis media. (*Med. News*, 25 mai.)

Pasmanik (D.). Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ozène. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

Randall (B. A.). Notes on 50 operations for otitic extra-dural abscess. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, avril.)

Royce (Ch. C.). Suprarenal capsule; its use in rhinological operations. (*Philadelphia Med. Journ.*, 6 avril.)

Stout (G. C.). Some anomalies of the ear due to errors in development. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 avril.) — Quelques anomalies de développement de l'oreille.

Tomka (S.). Hämophile Blutung aus dem Ohre. (*Pest. med.-chir. Presse*, 14 et 21 avril.) — Otorrhagie hémophilique.

Trautmann (F.). Leitfaden für Operationen am Gehörorgan. In-8°, 104 p. avec fig. Berlin. — Guide de chirurgie de l'oreille.

Vymola (K.). Infekcni sklerom. (*Sbornik klinicky*, II, 4.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Langstein (L.). Zur Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstanz. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 4.) — Traitement du rachitisme par les capsules surrénales.

Miquel. Traitement de la lèpre par les injections sous cutanées d'huile de chaulmoogra. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, avril-mai-juin.)

Müller (F.). Ueber die Beeinflussung der blutbildenden Funktion des Knochenmarks durch therapeutische Massnahmen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 15 avril.) — Sur les moyens thérapeutiques appelés à influencer la fonction hématopoiétique de la moelle osseuse.

Pariser (C.). Das praktische Problem der internen Behandlung der Gallensteinkrankheit. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 11 avril.) — Le traitement médical de la lithiase biliaire.

Pellegrini (R.). La nitroglicerina nella cura della epilessia. (*Riforma med.*, 8 avril.)

Possetto (G.). Rassegna dei nuovi medicamenti chimici. 3e éd. In-16, 233 p. Turin.

Schafer (E. A.). On certain practical applications of extract of suprarenal medulla. (*Brit. Med. Journ.*, 27 avril.)

Schütze (C.). Ueber Blutuntersuchungen nach Ichthyolbädern. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 22 avril.) — De l'action exercée par les bains d'ichtyol sur la composition du sang.

Schwarzenbeck. Untersuchungen über das Dialysat der Digitalis grandiflora. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 27 avril.)

Shattuck (F. C.). The medical treatment of peptic ulcer. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 avril.)

Spiess (G.). Ein neuer Gesichtspunkt in der Behandlung des Keuchhustens. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 avril.) — Considérations nouvelles sur le traitement de la coqueluche.

Spivak (C. D.). Lavage of the stomach as a therapeutic agent in the treatment of habitual constipation; a preliminary report. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 avril.)

Tavel et **Krumbein** (F. C.). Ueber Streptococcenserumtherapie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 avril.)

Weisz (E.). Ueber die Behandlung des subakuten Gelenkrheumatismus. (*Pest. med.-chir. Presse*, 28 avril.) — Traitement du rhumatisme articulaire subaigu.

Wittgenstein (A.). Physikalisch-diätetische Behandlung der Magenkrankheiten in der Praxis. In-8°, 227 p. Leipzig. — Traitement physico-diététique des maladies de l'estomac.

21e ANNÉE. — N° 48. Vingt centimes le numéro. 20 NOVEMBRE 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

L'alcoolisme à Madagascar avant la conquête française.

S'il n'est malheureusement que trop vrai que, bien souvent, les conquérants européens communiquent tout d'abord leurs vices aux peuples plus ou moins sauvages qu'ils prétendent civiliser, il faut reconnaître que ces derniers s'assimilent plus facilement les mauvaises habitudes des Occidentaux que les bienfaits de leur culture intellectuelle. L'histoire de l'alcoolisme à Madagascar, que M. Radafiné expose dans sa thèse inaugurale, après vingt-cinq ans de médecine indigène à Tananarive, en fait foi.

Ce n'est guère que vers 1812, après que le roi Radama Ier eut réuni sous son autorité les peuplades de races diverses qui habitaient la grande île africaine et eut fixé sa résidence à Tananarive, que l'usage des boissons alcooliques put se répandre à Madagascar, au moins parmi les riches Hovas. Jusque-là, en effet, les populations côtières recevaient bien de l'alcool des îles voisines (Maurice et Réunion) et de la côte d'Afrique, mais l'insécurité du pays empêchait toute transaction suivie avec l'intérieur. Par contre, sitôt que Radama eut à peu près soumis ses turbulents sujets, un commerce actif s'établit entre Tamatave et Tananarive, et cette dernière ville fut bientôt régulièrement approvisionnée en alcools de qualité inférieure, consistant surtout en rhum, cognac et vermouth. Néanmoins ces boissons demeurèrent assez rares — partant chères — et ce n'est que dans l'entourage immédiat du roi, lequel en réservait une part importante pour sa propre consommation, que l'alcoolisme put faire des progrès.

Lorsque en 1828, après la mort tragique de Radama Ier — qui, étant ivre, s'ouvrit une artère en voulant inciser lui-même un abcès qui le gênait — sa femme Ranavalona Ire monta sur le trône, le premier soin de cette princesse fut de prendre contre l'alcool les mesures les plus draconiennes : tout individu trouvé en état d'ivresse devait être emprisonné la première fois, décapité la seconde; et cette sage sévérité eut pour résultat d'enrayer la marche du fléau pour nombre d'années. Mais en 1861 Radama II, son fils, lui succéda, et le nouveau monarque, grand amateur lui-même de boissons enivrantes, donna libre cours à la passion longtemps contenue de ses sujets; c'est précisément vers cette époque que les habitants de l'île apprirent à fabriquer de l'alcool avec la canne à sucre, le miel, les bananes, etc., et cette circonstance ne contribua pas peu à répandre l'alcoolisme dans toutes les classes de la société.

La situation ne fit donc qu'empirer jusqu'en 1866, date de l'avènement de Ranavalona II; celle-ci, encouragée par les missionnaires anglais, édicta de nouvelles mesures contre l'ivresse, stipulant que tout individu trouvé en état d'ébriété serait jeté en prison jusqu'à ce qu'il eût payé une amende de 60 fr.; toutefois, la durée de l'emprisonnement ne pouvait excéder quatre mois; en outre, il était créé un corps d'inspecteurs ayant le droit de pénétrer dans les habitations des particuliers pour y rechercher l'alcool et les appareils à distillation; enfin, et pour compléter l'effet de ces mesures, les missionnaires entreprirent de faire l'éducation du peuple en agissant sur les jeunes enfants qui leur étaient confiés.

Tel était l'état de choses en 1895, lors de l'occupation française; depuis ce moment, l'administration a poursuivi la lutte contre le fléau qui causait tant de ravages dans l'île, et il est permis d'espérer que, grâce à l'interdiction de la fabrication de l'alcool et à l'instruction des indigènes, cette cause si redoutable d'appauvrissement du pays et de dégénérescence de la race finira par disparaître tout à fait.

Congrès français de médecine interne en 1902.

Le sixième Congrès français de médecine interne s'ouvrira à Toulouse le 1er avril 1902.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *Insuffisance hépatique;*
2° *Les convulsions chez l'enfant;*
3° *Les médicaments d'épargne.*

En France, la Chambre des députés a adopté avant-hier, sans discussion, la proposition de loi, votée par le Sénat au mois de juillet dernier, modifiant la législation pénale relative à l'infanticide (Voir *Semaine Médicale*, 1901, Annexes, p. CXXV).

Depuis que le gouvernement espagnol a nommé M. le docteur Angel Pulido directeur général du service de santé, une série de réformes ont été faites dans le royaume au point de vue de l'hygiène publique. Parmi les plus importantes, nous devons signaler le décret royal en date du 31 octobre 1901 qui rend obligatoire la déclaration des cas de maladies infectieuses au nombre desquelles sont comprises la lèpre et la tuberculose.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Laurens, sénateur de la Drôme. — M. le docteur Emilio De Rossi, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Henry Spencer Smith, ancien lecteur de chirurgie à St. Mary's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur Francisco de Castro, professeur de clinique médicale propédeutique à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le docteur Nicanor Guardia, ancien professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Caracas. — M. le docteur Ch. E. Stoner, professeur de chirurgie à l'Iowa College of Physicians and Surgeons de Keokuk.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE MONTPELLIER

Abramovitch (M[lle] E.). Sur un nouveau traitement de la tuberculose pulmonaire par l'huile d'aniline blanche et redistillée et ses dérivés.

Andrianavony. Contribution à l'étude clinique des persulfates alcalins.

Anghelescu. Etude sur l'emploi de la digitale dans la pneumonie.

Angueloff. Contribution à l'étude du pouls lent permanent ou maladie d'Adams-Stokes.

Aoust (J.). Contribution à l'étude expérimentale de la vaccination antirabique.

Arnoux. Contribution à l'étude de la galactophoromastite.

Azaïs (J.). Contribution à l'étude clinique des tumeurs du cervelet.

Balmelle (J.). Contribution à l'étude de la gale chez les enfants.

Barus. De l'eau oxygénée dans les maladies vénériennes suppurantes; son mode d'action en général.

Bènes. Des abcès du foie à évolution latente et apyrétique.

Blanc (L.). Contribution expérimentale à l'étude du contenu cardiaque dans la mort par asphyxie mécanique.

Bochkoff. Contribution à l'étude de la pneumonie du sommet.

Bonnet (M.). Relation d'une épidémie de rougeole observée à la clinique des maladies des enfants (hôpital suburbain).

Bosc (J.). Du dosage clinique du soufre urinaire.

Bouchet. Massage et suite de couches.

Caillol. Le diabète sucré chez l'enfant.

Calmette (J.). Le facial supérieur dans l'hémiplégie cérébrale; le double centre cortical du facial supérieur.

Casanova. De l'intervention chirurgicale dans les kystes hydatiques de l'abdomen.

Castagné. Action des courants de haute fréquence sur la tuberculose.

Castel. Sur les kystes séreux congénitaux de la paroi thoracique.

Cayrol. Contribution à l'étude des corps étrangers de la vessie.

Cazeneuve. De la tuberculose des annexes.

Chipcovensky. De la pleurotomie avec résection costale primitive.

Christoff. Sur le traitement curatif du cancer du gros intestin (rectum excepté).

Crassous. De l'analgésie médicale par les injections intra-arachnoïdiennes et épidurales de cocaïne.

David-Idel. Des grossesses intra-utérines prises pour des grossesses extra-utérines.

Delord. De l'abaissement de la cataracte; indications et contre-indications actuelles.

Dmitrieff (M[lle]). Des impulsions associées et pures au point de vue de la responsabilité morale.

Dravet. Kystes dermoïdes de l'ovaire compliquant la grossesse.

Dunal. Contribution à l'étude des syphilis ignorées.

Dusauls. Un cas de hernie musculaire.

Emery. Contribution au traitement du phagédénisme chancrelleux.

Escoffier. Contribution à l'étude de la pneumonie et de la bronchopneumonie chez l'enfant.

Farhi. Evolution de la première et de la seconde dentition; leurs accidents respectifs.

Favalelli. Valeur sémiologique du bleu de méthylène dans l'insuffisance hépatique.

Florence. Contribution à l'étude de l'action des sels de potassium sur le cœur et la circulation; étude expérimentale de l'azotate de potasse.

Folcher. Considérations sur la sclérose multiple disséminée et ses rapports avec le cancer latent de l'estomac.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Israel (O.). Der Akromegale Kauerauf. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 2.)

Kichensky (P.). Aneurysma cirsoides arteriae lienalis (en russe). (*Méd. Obozr.*, avril.)

Koch (J.). Zur Histologie des myotonisch hypertrophischen Muskels der Thomsen'schen Krankheit (Myotonia congenita). (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIII, 3.)

Kollarits (J.). Beitrag zur Kenntnis der anatomischen Grundlage der Muskeldystrophie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 1-2.) — Du substratum anatomique de la dystrophie musculaire.

Löfqvist (R.). Zur Kenntnis der pathologischen Anatomie des Endometriums; vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai.)

Merusi (G.). Dell'influenza del sistema nervoso sulla nutrizione e rigenerazione del tessuto osseo. (*Rendiconti dell'Assoc. med.-chir. di Parma*, mars.)

Müller (W.). Ueber Cystenleber. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 2.) — Sur le foie kystique.

Rieländer (A.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Veränderungen in der Placenta bei abgestorbener Frucht. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 1.) — Lésions du placenta dans les cas de mort du fœtus.

Rosenberger (R. C.). A new blood-stain. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 mars.) — Un nouveau procédé de coloration du sang.

Springer (C.). Neoplastische Thrombose der Vena cava superior und des rechten Herzens nach Sarkom der Glandula thyreoidea. (*Prag. med. Wochensch.*, 2 mai.)

Weber (E.). Un cas d'échinocoque alvéolaire (multiloculaire). (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

MÉDECINE

Lemanski (W.). Les sanatoria de fortune dans la cure de la tuberculose. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, mai.)

MacFarlane (A.). The diagnosis of cancer of the stomach. (*Albany Med. Annals*, mai.)

Maragliano (E.). Polmonite lobulare dal punto di vista etiologico, clinico e terapeutico. (*Gazz. degli Osped.*, 28 avril.)

Memmi (G.). Note di semeiologia gastrica. (*Riforma med.*, 14, 15, 16, 17 et 18 mai.)

Mendelsohn (M.). Ueber die Nothwendigkeit der Errichtung von Heilstätten für Herzkranke. In-8°, 15 p. Berlin. G. Reimer. — A propos de l'utilité de la création de sanatoria pour les cardiaques.

Mirallié (Ch.). Fausse lithiase intestinale : calculs intestinaux dus à l'ingestion de magnésie. (*Gaz. méd. de Nantes*, 4 mai.)

Olmer (D.). Tuberculose et cancer primitif du poumon. (*Marseille méd.*, 1[er] mai.)

Panichi (L.). Contributo allo studio delle disartrie e della miastenia da causa malarica. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 6.)

Ponfick (E.). Topographischer Atlas der medizinisch-chirurgischen Diagnostik. 1[er] fasc. In-4°, 12 planches avec texte en allemand, en anglais et en français. Iéna.

Poynton (F. J.) et **Paine** (A.). Some further investigations upon rheumatic fever. (*Lancet*, 4 mai.)

CHIRURGIE

Gross (H.). Zur Kenntnis des osteomyelitischen Knochenabscesses der langen Röhrenknochen, in besonderer Berücksichtigung seines anatomischen Verhaltens. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 2.) — L'abcès ostéomyélitique des os longs, surtout au point de vue anatomique.

Haas (E.). Ueber die Resultate der Castration bei Hodentuberkulose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 2.) — Des résultats de la castration pour tuberculose du testicule.

Harris (M. L.) et **Herzog** (M.). Ueber Splenectomie bei Splenomegalie primitive (Anaemia splenica). (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 5-6.)

Hejda (S.). Priciny a lécba zastaralych irreponibilnich luxaci humeralnich. (*Sbornik klinicky*, II, 5.) — Etiologie et traitement des luxations invétérées et irréductibles de l'humérus.

Höfliger (F.). Ueber Frakturen und Luxationen der Carpalknochen. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 mai et 1[er] juin.) — Fractures et luxations des os du carpe.

Hofmeister (F.). Eine neue Repositionsmethode der Schulterluxation. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 2.) — Un nouveau procédé de réduction de la luxation de l'épaule.

Hübscher (C.). Weitere Mitteilungen über die Perimetrie der Gelenke. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 5-6.) — Nouvelles recherches sur la périmétrie des mouvements articulaires.

Jaboulay. Kystes gazeux de l'intestin; rétrécissement du pylore. (*Lyon méd.*, 26 mai.)

Kelsey (Ch. B.). An exceedingly rare case of imperforate anus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 18 mai.)

Kronacher. Die koupirte Aethernarkose. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 11 mai.) — L'éthérisation discontinue.

Krönlein. Beiträge zur operativen Hirnchirurgie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 1.) — Chirurgie du cerveau.

Lapeyre (L.). Essai sur les complications périhépatiques et pleurales de l'appendicite. (*Rev. de chir.*, avril et mai.)

Latis. Epiploïte consécutive à une cure radicale d'épiplocèle étranglé; laparotomie; guérison. (*Médecine orientale*, 10 avril.)

Leaf (C. H.). A new treatment for inoperable cancer of the breast. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.) — Un nouveau procédé de traitement du cancer inopérable du sein.

Le Fort (R.). Etude expérimentale sur les fractures de la mâchoire supérieure. (*Rev. de chir.*, fév., mars et avril.)

Liell (E. N.). Subarachnoid spinal cocainization as a means of inducing surgical anæsthesia. (*Med. Record*, 11 mai.)

Ligorio (E.). Sulla cura chirurgica della spina bifida. (*Gazz. degli Osped.*, 28 avril.)

Linberger (A.). Ueber intermittierenden Gelenkhydrops. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 2.) — De l'hydarthrose intermittente.

Linser (P.). Ueber die Erfolge der partiellen Exstirpation des Kopfnickers bei muskulärem Schiefhals. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIX, 2.) — Les résultats de la résection partielle du sterno-cléido-mastoïdien dans les cas de torticolis musculaire.

Mailland (M.) et **Piollet** (P.). Fracture du bassin par enfoncement de la cavité cotyloïde; perforation de la vessie et broiement du muscle iliaque. (*Lyon méd.*, 19 mai.)

Makins (G. H.). Surgical experiences in South Africa, 1899-1900 : Clinical study of nature and effects of injuries produced by bullets of small calibre. In-8°, 510 p. Londres. — Etude clinique des blessures par armes à feu de petit calibre, d'après les observations recueillies dans l'Afrique du Sud (1899-1900).

McFarland (J.). Volvulus and intussusception of Meckel's diverticulum. (*Philadelphia Med. Journ.*, 4 mai.)

UROLOGIE

Areilza (E.). La perineotomía prevesical en las roturas de la uretra por fracturas de la pelvis. (*Rev. de med. y cir. práct.*, 7 sept.)

Association française d'urologie. 5[e] session, du 24 au 26 octobre 1901. Rapports et informations. In-8°, 120 p.

Bangs (L. B.). Hydatid cyst of the prostate. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Brown (Th. R.). On the relation between the variety of micro-organisms and the composition of stone in calculous pyelonephritis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 mai.) — Rapports entre la variété de microorganismes et la composition des concrétions dans la pyélonéphrite calculeuse.

Chetwood (Ch. H.). Contracture of the neck of the bladder. (*Med. Record*, 18 mai.) — Contracture du col de la vessie.

De Rinaldis (U.). Nuova cura chirurgica dell'incontinenza essenziale d'urina nella donna. (*Arch. internazion. di med. e chir.*, 15-30 mai.)

Ferraro (A.). Nuovo metodo di sutura per l'anastomosi del dotto deferente e dell'uretere recisi; nota preventiva. (*Riforma med.*, 28 mai.)

Frank (J.). Ureteral implantation into the bowel for diversion of the urine; an experimental research. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 mai.) — Recherches expérimentales sur l'implantation des uretères dans l'intestin pour la déviation du cours des urines.

Fuller (E.). A new operative method to expose the seminal vesicles and prostate for purposes of extirpation and drainage; a preliminary report. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 mai.)

Guérin (G.). Recherche et dosage des albumines urinaires; examen microscopique, caractères et significations cliniques des urines albumineuses. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 janv., 1er et 15 fév., 1er et 15 mars et 1er mai.)

Hock (A.). Zur Frage der Katheterdesinfection. (*Prag. med. Wochensch.*, 23 et 30 mai.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Hahn (A.). Apnoë der Kinder bei Sectio caesarea. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — L'apnée chez les enfants extraits par l'opération césarienne.

Heinricius (G.). Ueber die pathologische Bedeutung der Retroversio-flexio uteri. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 3.)

Heinsius. Ein Fall von Osteomalacie. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 24 avril.)

Herrgott (A.). Un cas de rupture de l'utérus. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mai.)

Hofmeier (M.). Handbuch der Frauenkrankheiten. In-8°, 660 p. avec fig. Leipzig. — Manuel de gynécologie.

Howitz (F.). Forelöbig meddelelse om en ny metode for behandlingen af cancer. (*Hospitalstidende*, 16 oct.)

Hucklenbroich. Spontane Uterusruptur. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.)

Jaworski (J. von). Ueber die Komplikationen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit Herzfehlern. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai.) — Les cardiopathies organiques comme complication de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

Kober (K.). Hämoglobinurie bei Stieltorsion eines Ovarialkystoms. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai.) — Hémoglobinurie dans le cas de torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire.

Krönig (B.). Zur Prognose der ascendirten Gonorrhoe beim Weibe. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) — Du pronostic de la blennorrhagie ascendante chez la femme.

Krusen (W.). Ovariotomy in the eightieth year. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.) — Ovariotomie chez une femme de quatre-vingts ans.

Limnell (A. R.). Zur Anatomie der Ovarientumoren. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 3.)

MacKenna (R. W.). Malignant degeneration of the villi of the chorion : syncytioma malignum. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

Martin (F. H.). The relation and position of pelvic organs; examination of patients. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 mai.)

Miller (G. B.). The streptococcus pyogenes in gynecological diseases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 mai.)

Moraller (F.). Ueber einen Fall von Wandungs-Sarkom des Uterus (plexiformes Angiosarkom). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.)

Neuschäfer. Die Dührssen'sche Uterustamponade in der geburtshilflichen Praxis. (*Deutsche Praxis*, 10 et 25 mai.) — Le tamponnement de l'utérus, d'après le procédé de Dührssen, dans la pratique obstétricale.

Niebergall (E.). Ueber vaginale Ovariotomie während der Geburt. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai.) — De l'ovariotomie vaginale pratiquée pendant le travail.

Noble (G. H.). A flap operation for atresia of the vagina. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.) — Opération autoplastique pour atrésie du vagin.

Opitz (E.). Erfahrungen mit der Umwandlung der Gesichtslage in Hinterhauptslage, insbesondere mit dem Thorn'schen Handgriff. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 1.) — Sur la transformation de la présentation de la face en présentation du sommet, surtout au moyen de la manœuvre de Thorn.

Ostrcil (A.). O polohach oblicejovych. (*Sbornik klinicky*, II, 5.) — Des présentations de la face.

Pazzi (M.). Ancora sull'aborto interno. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, sept.)

Phillips (J.). Outlines of diseases of women. 3e éd. In-8°, 296 p. avec fig. Londres. — Précis de gynécologie.

Rissmann (P.). « Intra-uterine Krepitation » am kindlichen Kopfe. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai.) — De la « crépitation intra-utérine » de la tête fœtale.

Rosthorn (A. von). Erfahrungen über die momentanen Heilerfolge mittels der erweiterten Freund'schen Operation bei Krebs der Gebärmutter. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai.) — Des résultats immédiats de l'hystérectomie abdominale pratiquée d'après le procédé de Freund dans les cas de cancer de l'utérus.

Ruth (W.). Ein Fall von Selbsthilfe bei Fusslage mit Abreissung des Rumpfes und Retention des Kopfes. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai.) — Un cas d'intervention de la mère dans un accouchement tête dernière; arrachement du tronc et rétention de l'extrémité céphalique.

Sapelli (A.). Contributo allo studio del rapporto eziologico fra pelvi ampia e presentazione podalica. In-8°, 8 p. Gênes.

PÉDIATRIE

Knöpfelmacher (W.). Ueber Wanderniere und die Tastbarkeit der Nieren im Säuglingsalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 3.) — De la néphroptose et de la palpation des reins chez les nourrissons.

Laurent. Impétigo pédiculaire mortel. (*Arch. méd. de Toulouse*, 1er août.)

Morquio (L.). Quiste hidatídico intracraneano en un niño. (*Rev. méd. del Uruguay*, août.)

Muggia (A.). La pericardite acuta nei bambini. (*Morgagni*, sept.)

Parel (A.). Observations faites à l'hôpital des enfants de Bâle sur la tuberculose dans la première année de l'enfance. (*Thèse de Bâle*.)

Queirel. Du purpura. (*Marseille méd.*, 15 mai.)

Rühle (W.). Ueber Icterus gravis Neugeborener. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — De l'ictère grave des nouveau-nés.

Schengelidze. Ueber die Pathogenese der Otitis media purulenta bei Säuglingen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXI, 3-4.) — Pathogénie de l'otite moyenne purulente chez les nourrissons.

Silvestri (S.). Sul valore diagnostico e pronostico della diazoreazione di Ehrlich nelle malattie infantili. (*Pediatria*, mai.)

Torday (F. von). Ueber narbige Speiseröhrenstricturen nach Laugenvergiftung im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 3.) — Des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage consécutifs à l'ingestion de caustiques.

Tracy (E. A.). Tubercular disease of the knee-joint and hip-joint in children; diagnosis and treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 mai.) — Les affections tuberculeuses du genou et de la hanche chez les enfants.

Wunsch (M.). Multiple congenitale Contracturen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXI, 3-4.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Moure (E.). Considérations pratiques sur l'otite moyenne suppurée aiguë. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 mai.)

Natier (M.). Lavages et pansements secs dans le traitement de l'otorrhée simple. (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 21 et 28 sept.)

Peláez (P. L.). El sarcoma en rino-laringología. (*Bol. de laringol., otol. y rinol.*, sept.-oct.)

Politzer (A.). Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 4e éd. In-8°, 710 p. avec fig. Stuttgart. — Traité d'otologie.

Rocha (L.). Suppuraçao da cavidade de Schrapnell, seguida de thrombo-sinusite lateral direita e de abcesso cerebelloso esquerdo. (*Brazil-med.*, 15 août.)

Roure. Du morcellement des végétations adénoïdes; technique, résultats. (*Bull. de la Soc. méd.-chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, juillet.)

Sattler (R.). The ocular expression of intranasal lesions. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 mai.)

Sieur et Jacob. Recherches anatomiques, cliniques et opératoires sur les fosses nasales et leurs sinus. In-8°, 552 p. avec fig.

Williams (P. W.). Diseases of the upper respiratory tract : nose, pharynx, larynx. 4e éd. In-8°, 460 p. avec fig. Londres. — Maladies des voies respiratoires supérieures.

Wood (G. B.). Laryngeal hemorrhage from an apparently normal larynx. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Baruchello (L.). Sulla tossicità della stricnina iniettata nell'organismo con metodi e procedimenti speciali. (*Riforma med.*, 11 mai.)

Bogdan (G.). Note sur deux cas peu communs de suicide. (*Arch. orientales de méd. et de chir.*, mai.)

Brunton (Sir T. L.). The action of arsenic as observed during the recent epidemic of arsenic poisoning. (*Lancet*, 4 mai.)

Cappelletti (L.). Uno pseudo-delinquente passionale. (*Boll. del Manicomio di Ferrara*, XXIX, 3.)

Fürst (M.). Ueber den Tod durch giftige Gase. In-8°, 48 p. Berlin. — De la mort par inhalation de gaz toxiques.

Glitsch (R.). Ueber perforirende Magenverletzungen in gerichtlich-medicinischer Beziehung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 13, 20, 24 et 27 avril; 1er, 4 et 8 mai.) — Les perforations traumatiques de l'estomac au point de vue médico-légal.

Kunkel (A. J.). Handbuch der Toxikologie. 2e partie. In-8°, p. 565 à 1117. Iéna.

Mégevand (L.). De la vulvo-vaginite des petites filles. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.)

Perrando (G.). Contributo preliminare intorno alla struttura della tiroide dei neonati. In-8°, 14 p. Gênes.

Rem-Picci. Ricerche sul ricambio materiale nell'uomo nell'avvelenamento acuto per fosforo. (*Boll. dell'Accad. med. di Roma*, XXVII, 5.)

Tarchetti (C.). Di un nuovo metodo per differenziare il sangue umano da quello di altri animali. (*Gazz. degli Osped.*, 19 mai.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Aufrecht. Zur Behandlung des Puerperalfiebers. (*Therap. Monatsh.*, mai.) — Traitement de la fièvre puerpérale.

Baravalle (S.). Sul valore terapeutico del cacodilato di sodio. (*Morgagni*, mai.)

Candido (J.). A super-alimentaçao na tuberculose pulmonar. (*Brazil-med.*, 1er juin.)

Carles (P.). Les raisins en urothérapie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 5 mai.)

Coley (W. B.). Late results of the treatment of inoperable sarcoma with the mixed toxins of erysipelas and bacillus prodigiosus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 25 mai.)

Corradini Rovatti (G.). Contributo clinico alla sieroterapia antitubercolare. (*Gazz. med. lombarda*, 17 mars.)

Del Punta (T.). Caso di tetano traumatico guarito col siero Tizzoni. (*Gazz. degli Osped.*, 5 mai.)

Etiévant. Traitement de la rhinite spasmodique et du rhume des foins. (*Province méd.*, 25 mai.)

Gambardella (A.). Contributo alla cura del gonidrarto col metodo dello Schede. (*Gazz. degli Osped.*, 5 mai.)

Hérail (J.). Traité de pharmacologie et de matière médicale. 2e partie. In-8°, p. 529 à 896, avec fig.

21e ANNÉE. — N° 49. Vingt centimes le numéro. 27 NOVEMBRE 1901.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Ficquet, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

Ecole de médecine d'Angers. — M. le docteur Allanic est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

Ecole de médecine de Caen. — M. le docteur Charbonnier est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Boinet, professeur de pathologie interne et de pathologie générale, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Villard, décédé.

Ecole de médecine de Tours. — M. Javillier, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Victor Hinsberg est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Herczel, privatdocent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Gœttingue. — MM. les docteurs Bickel et Waldvogel sont nommés privatdocenten de médecine interne.

Faculté de médecine de Naples. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Francesco-Camaggio et Ugo De Rinaldis (*anatomie chirurgicale et médecine opératoire*) ; Gaetano Sorge (*maladies d'origine traumatique*).

Faculté de médecine de Vienne. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à MM. les privatdocenten : Heinrich Lorenz (*médecine interne*); Eduard Schiff (*dermatologie et syphiligraphie*); Karl August Herzfeld (*gynécologie*).

NÉCROLOGIE

M. le docteur K. von Liebermeister, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur Giuseppe Chiarleoni, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur A. Maseras, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Manille. — M. le docteur Henry Sutherland, ancien lecteur des maladies mentales à Westminster Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur Edward Willis Way, lecteur d'obstétrique à la Faculté de médecine d'Adélaïde.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE MONTPELLIER

Frécus. Fosse iliaque interne; phlegmon inter-musculo-périostique de cette fosse.

Gayraud. Du sérum antidiphtérique dans le traitement de la pneumonie.

Giuli. Contribution à l'étude de l'anémie et de la chloro-anémie chez les enfants.

Graille. De la luxation en dehors de la tête radiale.

Guibert. Du paludisme; de son mode de propagation, de son traitement.

Guichou. Du prolapsus rectal chez l'enfant; sa guérison par le traitement médical.

Huertas. Le cèdre de l'Atlas en thérapeutique.

Ivanoff-Hadji. Syphilis héréditaire précoce.

Jean (F.). Les abcès calcifiés du testicule.

Kofmann (M[lle]). Association du rétrécissement mitral pur et de l'hystérie (essai pathogénique).

Laborde. Un oculiste du douzième siècle: Bienvenu de Jérusalem et son œuvre; le manuscrit de la bibliothèque de Metz.

Lafon (L.). Contribution à l'étude des arthrites à pneumocoques.

Lafoy. Faiblesse congénitale et ictère du nouveau-né.

Lankoff. La putréfaction gazeuse des poumons du mort-né; son rôle dans la docimasie pulmonaire hydrostatique.

Laroche. Splénalgie et splénomégalie; leur influence sur la température dans les maladies infectieuses.

Léné (A.). De l'athrepsie tardive.

Levère. Du cancer broncho-pulmonaire primitif.

Lucchini (J.). Intervention chirurgicale dans les hématomètres.

Luigi. Eczéma de la nuque lié à l'évolution de la dent de sept ans.

Mandjosse (M[lle]). Quelques considérations sur les statistiques et l'étiologie de la paralysie générale des aliénés chez la femme.

Marquès. Contribution à l'étude des résultats de la sympathicectomie dans les cas de goitre exophtalmique.

Martin (J.-N.). Hérédo-syphilis des centres nerveux et diplégies spasmodiques de l'enfance.

Massarel. De l'appendicite au cours de la grossesse.

Meinard. Contribution à l'étude du diagnostic de la perméabilité rénale.

Meyohas. Œdème aigu du poumon dans le rhumatisme articulaire.

Mossé (D.). De l'analgésie chirurgicale par injections de chlorhydrate de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire.

Neymann (M[lle]). Emploi du sérum gélatiné et du chlorure de calcium dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses.

Peloni. Contribution à l'étude des formes rares de l'hydrocèle vaginale commune et des formes rares de l'hydrocèle congénitale.

Pieri. Des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu.

Plomb. Le rachitisme thoracique; son influence sur les divers appareils et en particulier sur les appareils respiratoire et circulatoire.

Puig-Ametler. Contribution à l'étude des tumeurs malignes du rein.

Pujol. Des rapports de la chlorose avec la tuberculose.

Rey (L.). Contribution à l'étude des résultats de l'intervention chirurgicale dans l'épilepsie jacksonienne d'origine traumatique.

Ricôme. De la persodine; son mode d'action, ses applications à la thérapeutique.

Roubaudi. Contribution à l'étude de la môle hydatiforme.

Senès. Du traitement du trichiasis granuleux de la paupière inférieure.

Sergent. Les tatouages dans les pays chauds; leur ablation.

Sertcheffsky (M[lle]). Des blessures de l'utérus gravide au cours des opérations abdominales.

Sollier. De la dyspepsie: les trois formes qu'elle revêt comme entité morbide et ses deux états symptomatiques les plus fréquents.

Soubeiran (E.). L'impuissance sexuelle en matière de désaveu de paternité.

Spartali. La peste en Asie Mineure.

Stéphanoff. Contribution à l'étude de la paralysie faciale tardive consécutive aux traumatismes du crâne.

Tabakian. Galactocèle.

Tabet (E.). Contribution à l'étude clinique des fièvres typhoïdes abortives à début brusque.

Tankoff. Du cœur dans la chlorose.

Teitelbaum (M[me]). Quelques considérations sur les rapports des polynévrites motrices et des poliomyélites antérieures; neuronites motrices inférieures.

Teltcharoff. Contribution à l'étude de l'épithélioma de la face interne de la joue.

Touren. Des ramollissements corticaux extra-rolandiques.

Vailhé (M.). Insuffisances mitrale et aortique combinées.

Valkoff-Petko. Contribution à l'étude des sarcomes primitifs des nerfs des membres.

Varenne. La variole à Toulon pendant les années 1900-1901 (étude statistique et clinique).

Veylon. De l'action de quelques antiseptiques sur le virus rabique; essai de vaccination au moyen du virus fixe traité par les antiseptiques.

Villa. Considérations générales sur l'épithélioma de la verge et sur son traitement chirurgical.

Vitalis-Cohen. La fièvre intermittente et en particulier son traitement chez l'enfant.

Vladimiroff. De l'opération d'Alquié-Alexander.

MÉDECINE

Janson (C.). Einige Gesichtspunkte bei der Untersuchung und Beurteilung der Lebensversicherungsrisikos. In-8°, 68 p. Stockholm. — Sur la recherche et l'appréciation des risques d'assurance sur la vie.

Kompe (K.). Die Behandlung des Nasenblutens innerhalb der Grenzen der allgemeinärztlichen Praxis. In-8°, 9 p. Halle. — Le traitement de l'épistaxis dans la pratique générale.

Leftwich (R. W.). An index of symptoms as a clue to diagnosis. 2e éd. In-8°, 267 p. avec fig. Londres.

Moritz (E.). Ueber Lebensprognosen. In-8°, 51 p. Saint-Pétersbourg. — Sur la durée probable de la vie [au point de vue des assurances].

Riureanu. Quelques cas de pleurésies sérofibrineuses chez les vieillards. In-8°, 15 p. Bucharest.

Robinson. Sur un cas de colique hépatique nerveuse. (*Rev. neurol.*, 30 sept.)

Saint-Paul (G.). L'appréciation de l'étendue et de la valeur des zones de matité thoracique. (*Médecine scientifique*, nov.)

Schilling (F.). Hygiene und Diätetik des Magens. In-8°, 132 p. avec fig. Leipzig. — Hygiène et diététique de l'estomac.

Schmidt (A.). Beiträge zur Kenntnis der Herzneurosen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 avril.) — Des névroses du cœur.

Schupfer (F.). Su alcuni sintomi del cancro primitivo della testa del pancreas. (*Riforma med.*, 27, 29 et 30 avril et 2 mai.)

Struppler (T.). Ueber den physikalischen Befund und die neueren klinischen Hülfsmittel bei der Diagnose Zwerchfellshernie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 1-2.) — Des constatations physiques dans les cas de hernie diaphragmatique, et de quelques nouveaux moyens cliniques pouvant faciliter le diagnostic de ces hernies.

Supino (R.). Chimica clinica. In-16, 198 p. Milan. U. Hoepli.

Thomayer (J.). Bronchitis osob starych. (*Sbornik klinicky*, II, 5.) — La bronchite des vieillards.

Turck (F. B.). The gyromele in the diagnosis of stomach and intestinal diseases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 mai.) — L'emploi de la sonde à spirale pour le diagnostic des maladies de l'estomac et de l'intestin.

Walsham (H.). Is the murmur of mitral stenosis systolic or presystolic in rhythm? (*Lancet*, 18 mai.)

Wells (H. G.). The pathology of active tuberculosis of the pericardium. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 mai.)

Zender (N.). Contributo allo studio etiologico del reumatismo articolare e muscolare acuto. (*Gazz. degli Osped.*, 5 mai.)

MALADIES INFECTIEUSES

Atti della Società per gli studi della malaria. T. II. In-8°, 329 p. Rome.

Austin (M. A.). Variola and varicella. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juin.)

Baccarani (U.). Sopra una nuova forma infettiva maligna dell'uomo (poliorromenite acutissima maligna di Concato, forma infettiva maligna di Bozzolo, infezione reumatica maligna di Bonardi). (*Gazz. degli Osped.*, 9 juin.)

Bouveyron. Paludisme et moustiques. (*Lyon méd.*, 9 juin.)

Cairns (D. L.). On the agglutinating property of blood serum in cases of plague. (*Lancet*, 22 juin.) — Des propriétés agglutinantes du sérum sanguin des sujets atteints de peste.

Chancel. Un cas de contagion directe dans la dothiénentérie. (*Echo méd. du Nord*, 2 juin.)

Dreyer (G.). Ueber die Grenzen der Wirkung des Diphtherieheilserums gegenüber den Toxonen des Diphtheriegiftes. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 2.) — Sur les limites de l'action du sérum antidiphtérique à l'égard des toxones du virus de la diphtérie.

Federn (S.). Ueber Influenza. (*Wien. med. Wochensch.*, 15 juin.)

Gros (H.). Les résultats de la variolisation. (*Arch. de méd. navale*, mai.)

Hare (H. A.) et **Landis** (H. M.). A study of some complications and sequelæ of typhoid fever. (*Med. News*, 15, 22 et 29 juin.) — De quelques complications et suites de la fièvre typhoïde.

Kumberg (N.). Ein Fall von acutem Rotz (Lungenrotz). (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 1er juin.) — Un cas de morve aiguë à forme pulmonaire.

Pagani (C.). Contributo alla casistica dell'infezione diplococcica. (*Riforma med.*, 5 juin.)

Payne (E. M.). Whooping-cough cured by irrigation of the nares. (*Brit. Med. Journ.*, 4 mai.) — Un cas de coqueluche guéri par des irrigations nasales.

Polacco (R.). Diagnostische und therapeutische Versuche über den Abdominaltyphus. (*Wien. med. Presse*, 16, 23 et 30 juin.)

Putzer (R.). Praktische Erfahrungen über die hydriatische Behandlung bei Masern und Scharlach. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 9 mai.) — L'hydrothérapie dans la rougeole et dans la scarlatine.

Sacquépée (E.) et **Peltier** (E.). Méningites cérébro-spinales grippales. (*Arch. gén. de méd.*, mai.)

Tedeschi (V.). La immunizzazione del vaccino e del vaiuolo. (*Clinica moderna*, 19 juin.)

Tobiesen (F.). Ueber den diagnostischen Wert der Widal'schen Serumreaction bei Febris typhoidea. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 1-2.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Behrend (M.). The biceps tendon jerk in locomotor ataxia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 1er juin.) — Le réflexe du tendon du biceps dans l'ataxie locomotrice.

Claparède (E.). La psychologie dans ses rapports avec la médecine. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, oct.)

Courtney (J. W.). Psychic epilepsy, with the report of a case. (*Med. News*, 22 juin.)

Czyhlarz (E. von) et **Marburg** (O.). Beitrag zur Histologie und Pathogenese der amyotrophischen Lateralsclerose. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 1-2.)

Duchesne. Deux cas de psychose infectieuse. (*Année méd. de Caen*, juin.)

Eiselt (B.). O posuncine. (*Casopis lékaru ceskych*, 22 juin.) — De la chorée.

Fischer (I.). Ein seltener Gehirntumor (meningeales Cholesteatom). (*Pest. med.-chir. Presse*, 16 et 23 juin.)

François (E.). Un cas de syndrome de Brown-Séquard. (*Policlinique*, 1er juin.)

Glorieux. Un cas de polynévrite d'origine diphtéritique chez un homme de quarante-cinq ans. (*Journ. de neurol.*, 20 juin.)

Gordon (A.). The role of infection and intoxications in diseases of the spinal cord. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 juin.) — Rôle des infections et des intoxications dans les maladies de la moelle épinière.

Haskovec (L.). Neurosis traumatica. (*Casopis lékaru ceskych*, 25 mai, 1er, 8, 15, 22 et 29 juin et 6 juillet.)

Hermann (J.). Myoklonische Zuckungen bei progressiver Paralyse. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juin.) — Convulsions myocloniques dans la paralysie générale.

Kedzior (W.). O przewleklem unieruchomiajacem zapaleniu Kregoslupa. (*Gaz. lekarska*, 22 et 29 juin.) — De l'inflammation chronique ankylosante du rachis.

Korzon (T.). Rozsiane zapalenie nerwów po ostrem otruciu arszenikiem. (*Gaz. lekarska*, 22 juin.) — Polynévrite due à une intoxication aiguë par l'arsenic.

Paravicini (F.). Ein Fall von spinal-cerebellarer Ataxie im Kindesalter. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 mai.) — Ataxie spino-cérébelleuse chez une fillette de neuf ans.

Pellegrini (R.). La tossicità del liquido cerebro-spinale negli epilettici; ricerche sperimentali. (*Riforma med.*, 3 et 4 juin.)

Polidori (C.). Un caso di « chorea laringea » in istero-coreica. (*Policlinico*, 29 juin.)

Remy. De la rareté et des causes de la paralysie générale dans le canton de Fribourg. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin.)

Rueda (F.). Sobre algunos hechos de rara observación en la parálisis facial de origen ótitico. (*Bol. de laringol., otol. y rinol.*, sept.-oct.)

Sachs (B.) et **Wiener** (A.). Some tropho-neuroses and their relation to vascular disease of the extremities. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 juin.) — Quelques trophonévroses et leurs rapports avec les affections vasculaires des extrémités.

Schwenn (P. F.). Ein Beitrag zur Pathogenese der Paralysis agitans. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 3-4.)

Steinhausen. Ueber den Scapula-Periostreflex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juin.)

Tedeschi (E.). Osservazioni sui riflessi cutanei e tendinei. (*Riforma med.*, 29, 30 et 31 mai et 1er juin.)

Vogt (R.). Om infektionspsykoser. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, oct.)

Witthauer (K.). Peroneuslähmung durch Beckenhochlagerung. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 mai.) — Paralysie du nerf péronier provoquée par la position élevée du bassin.

PARASITOLOGIE

Barbagallo (P.). Sulla durata della vitalità degli endoparassiti animali racchiusi entro gli organi dopo la morte dei loro ospiti; ricerche sperimentali. (*Rassegna internaz. della med. mod.*, 1er avril.)

Gaylord (H. R.). The protozoon of cancer; a preliminary report. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Genser (Th. von). Eingeweidewürmer bei Appendicitis. (*Wien. med. Wochensch.*, 11 mai.) — Les vers intestinaux dans l'appendicite.

Girard (J.). Rôle des trichocéphales dans l'infection de l'appendice iléo-cæcal. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Martirano (F.). L'anopheles claviger ospite di un distoma. (*Policlinico*, 29 juin.)

Moynier de Villepoix. Sur la présence d'œufs d'entozoaires dans un calcul de l'appendice. (*Gaz. méd. de Picardie*, juin.)

CHIRURGIE

Bernacchi (L.). La cura moderna della frattura della rotula. In-8°, 52 p. avec fig. Milan.

Meyer (W.). Rare complications after operations for appendicitis. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Möllers (B.). Ueber die Bedeutung von Morel-Lavallée's « décollement traumatique » in der Friedens- und Kriegschirurgie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 5-6.) — Sur le décollement traumatique de la peau et des couches sous-jacentes en chirurgie de paix et en chirurgie de guerre.

Mori (A.). Occlusione intestinale per milza mobile. (*Riforma med.*, 21, 22 et 23 mai.)

Moty. Accidents de la dent de sagesse. (*Rev. de chir.*, mai, juin et juillet.)

Müller (A.). Ueber einen ungewöhnlichen Verlauf nach Gallenblasenoperation. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er mai.) — Intervention sur la vésicule biliaire avec suites opératoires insolites.

Murphy (J. B.). Adhesive rubber dam for the prevention of possible infection at the site of operation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 mai.) — Protecteur adhérent en caoutchouc pour garantir le champ opératoire contre toute infection.

Murray (F. W.). The surgical treatment of amœbic dysentery. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Ninni (G.). Il primo intervento nelle ferite del pancreas. (*Riforma med.*, 26 avril.)

Oelsner (L.). Anatomische Untersuchungen über die Lymphwege der Brust mit Bezug auf die Ausbreitung des Mammacarcinoms. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 1.) — Recherches anatomiques sur les vaisseaux lymphatiques du sein dans leurs rapports avec l'extension du cancer de cet organe.

Oraison (J.). Cryptorchidie double avec atrophie considérable de la verge. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 mai.)

Orlov (L.). De l'éléphantiasis sporadique (en russe). (*Vratch*, 21 et 28 avril.)

Panizo y Muñoz (M.). Influencia que ejercen las llamadas diatesis en los traumatismos en general y en particular en los de las articulaciones. (*Rev. méd. de Sevilla*, 15 sept.)

Payr (R.). Zur Verwendung des Magnesiums für resorbirbare Darmknöpfe und andere chirurgisch-technische Zwecke. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 18 mai.) — De l'emploi du magnésium en chirurgie et surtout pour la confection de boutons intestinaux résorbables.

Perassi (A.). Osservazioni cliniche e considerazioni sulla chirurgia enterica. (*Giorn. med. del Rº. Esercito*, août.)

Poncet (A.). Du décollement du « Mikulicz » et des pansements adhérents par l'arrosage des plaies avec l'eau oxygénée. (*Lyon méd.*, 19 mai.)

Poulsen (K.). Om hernier og panaritier. In-8°, 100 p. avec fig. Copenhague.

Quénu (E.) et **Tesson** (R.). Des fractures postéro-antérieures para-médianes de la base du crâne. (*Rev. de chir.*, mai.)

Rivet. Un cas de sténose pylorique, à forme douloureuse exclusivement; gastro-entéro-anastomose; guérison. (*Gaz. méd. de Nantes*, 18 mai.)

Robson (A. W. M.). The surgical treatment of chronic ulcer of the stomach. (*Lancet*, 25 mai.)

Roskoschny (F.). Zur Casuistik der Darmausschaltungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 5-6.) — De l'exclusion de l'intestin.

Sabatini (P.). Ferita dei tronchi linfatici jugulare e succlavio; loro legatura comprendente la parete del dutto toracico; guarigione. (*Policlinico*, 11 mai.)

Scarrone (T.). Note intorno a cinque colecistotomie per litiasi biliare. (*Riforma med.*, 8 mai.)

Schäffer (R.). Experimentelle und kritische Beiträge zur Händedesinfectionsfrage. In-8°, 110 p. avec fig. Berlin. S. Karger. — La désinfection des mains.

Schjerning. Die Schussverletzungen durch die modernen Feuerwaffen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 1.) — Les blessures par les armes à feu modernes.

Sengensse (B.). Deux faits de torticolis traités par la section à ciel ouvert du tendon du sterno-mastoïdien suivie de mobilisation précoce; guérison définitive dans les deux cas. (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, mai.)

Spijarny (I.). Des côtes cervicales (en russe). (*Méd. Obozr.*, mai.)

Sprengel. Zur Frühoperation bei acuter Appendicitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 1.) — De l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë.

Stewart (J. C.). Tuberculosis of fascia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 mai.)

Stieda (A.). Zur Lymphdrüsen-Exstirpation beim Unterlippenkrebs. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIII, 3.) — Extirpation des ganglions lymphatiques dans les cas de cancer de la lèvre inférieure.

UROLOGIE

Herring (H. T.). A method of sterilising soft catheters. (*Brit. Med. Journ.*, 25 mai.) — Un procédé de stérilisation des sondes molles.

Horton-Smith (P.). Ueber die echte typhöse Cystitis und ihre Behandlung. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 5.) — De la cystite typhoïdique vraie et de son traitement.

Kudinzew. Ueber die partielle Resection der Vasa deferentia bei seniler Prostatahypertrophie und über die Resultate dieser Operation. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 5.)

Kukula. Die Blasennaht beim hohen Steinschnitte auf Grund bakteriologischer Untersuchungen des Harnes. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 1.) — La suture de la vessie dans la taille sus-pubienne; étude basée sur l'examen bactériologique des urines.

Loumeau (E.). Sur un cas de prostatectomie sus-pubienne. (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, avril.)

Noble (G. H.). An operation for cystocele. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 avril.)

Purdy (C. W.). Practical uranalysis and urinary diagnosis. 5e éd. In-8°, 414 p. Londres.

Revilliod (H.). De l'urinémie aseptique dans les cas de rétrécissement latent de l'urèthre. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

Rizzo (L.). Formazione di calcoli intorno ad una minugia rimasta lungo tempo ignorata in vescica; tentativo infruttuoso di epicistotomia ed estrazione col taglio peritoneale della vescica. (*Riforma med.*, 13 mai.)

Roll (J.). Et tilfælde af blæreruptur. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.) — Un cas de rupture de la vessie.

Violet (H.). Nouvelle observation de prostatectomie trans-ano-rectale médiane. (*Province méd.*, 13 avril.)

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Archambault (L.). Guide de l'examen gynécologique. In-12, 116 p. avec fig. A. Maloine.

Oui (M.). Traitement de l'inversion utérine. In-8°, 29 p. Nantes.

Schoofs (L.). Un cas de kyste tubo-ovarien à répétition. (*Ann. de l'Inst. chir. de Bruxelles*, oct.)

Seeligmann (L.). Ueber die Drainage der Bauchhöhle nach Laparotomie. (*Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 18 mai.) — Sur le drainage de la cavité abdominale après la laparotomie.

Sellheim (H.). Leitfaden für die geburtshülflich-gynäkologische Untersuchung. In-8°, 32 p. avec fig. Fribourg-en-Brisgau. — Guide pour l'examen obstétrical et gynécologique.

Shober (J. B.). Varicocele of the broad ligament. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.) — Varicocèle du ligament large.

Spencer (H. R.). The dangers and diagnosis of breech presentation, and its treatment by external version towards the end of pregnancy. (*Brit. Med. Journ.*, 18 mai.) — Les dangers et le diagnostic des présentations du siège; traitement par la version externe vers la fin de la grossesse.

Stone (I. S.). Some recent operative work for the relief of prolapse of the uterus and bladder. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.) — Quelques opérations récemment proposées pour prolapsus de l'utérus et de la vessie.

Stratz (C. H.). Blutanhäufungen bei einfachen und doppelten Genitalien. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 1.) — Collections sanguines dans les cas d'organes génitaux doubles ou simples.

Stroganoff (W.) Weitere Untersuchungen über die Pathogenese der Eklampsie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.)

Tarnier (S.) et **Budin** (P.). Traité de l'art des accouchements. T. IV : dystocie fœtale; accidents de la délivrance; opérations; infections puerpérales. In-8°, 754 p. avec fig.

Tello (E.). La irrigación continua en las puérperas. (*Rev. méd. de Sevilla*, 15 août.)

Thomson (H.). Konservirende Behandlung von entzündlichen Adnextumoren. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 mai.) — Traitement conservateur des affections inflammatoires des annexes.

Turenne (A.). Contribución al estudio de la distocia por retracción del anillo de Bandl. (*Rev. méd. del Uruguay*, août.)

Vineberg (H. N.). The differential diagnosis of ectopic pregnancy, with especial reference between it and that of early uterine abortion. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 mai.) — Diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine d'avec l'avortement intra-utérin précoce.

Wallgren (A.). Zur Kenntnis der Inversio uteri. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 3.)

Weir (W. H.). Muscle-cell sarcomata of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Winternitz (E.). Zur Geschichte und Technik des Morcellements. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai.)

Zangemeister (W.). Blasenveränderungen bei Portio- und Cervix- Carcinomen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIII, 1-2.) – Altérations de la vessie dans les cas de cancer du col de l'utérus.

Zarukow (H.). Zwei Fälle von Mammahypertrophie bei Schwangeren. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai.) — Deux cas d'hypertrophie des seins au cours de la grossesse.

TÉRATOLOGIE

Adrian (C.). Ueber kongenitale Humerus- und Femurdefekte. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 2.) — Sur l'absence congénitale de l'humérus et du fémur.

Barabo. Ueber einen Fall von ausgedehnter Verwachsung der Placenta mit dem Schädel bei gleichzeitiger Exencephalie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — Un cas d'exencéphalie avec adhérences étendues entre le placenta et le crâne.

Ceni (C.). Sui caratteri dei fatti teratologici ereditari nella pellagra sperimentale. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 1.)

Chapot-Prévost. Novo xiphopago vivo do sexo feminino : os irmaos chinezes Liou-Tang-Sen e Liou-Seng-Sen. (*Brazil-med.*, 8 juin.)

Kuse. Ueber Agnathie und die dabei zu erhebenden Zungenbefunde. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 mai.) — De l'agnathie [absence de la mâchoire] et des vestiges de la langue qu'on trouve dans les cas de ce vice de conformation.

Vigot. Malformations multiples chez un fœtus d'environ trois mois. (*Année méd. de Caen*, mai.)

HYGIÈNE

Brault (J.). Hygiène et prophylaxie dans les pays chauds; climatologie des pays chauds et tropicaux, son influence en pathologie. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.)

Calmette (A.). Les procédés biologiques d'épuration des eaux résiduaires. In-8°, 32 p. Lille.

Carles (P.). Assainissement du linge des malades. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 mai.)

Cohn (H.). Wie soll der gewissenhafte Schularzt die Tages-Beleuchtung in den Klassenzimmern prüfen? (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 15, 18, 22, 25 et 29 mai.) — Mode d'examen de l'éclairage dans les salles de classes.

Falk (E.). Nähmaschinenarbeit und Plätten; ihr Einfluss auf den weiblichen Organismus. (*Therap. Monatsh.*, mai et juin.) — La machine à coudre et le repassage; leur influence sur l'organisme de la femme.

Hansen (H.). Kort vejledning i hygiejnisk meteorologi. (*Ugeskrift for Læger*, 6 et 13 sept.)

Jacobitz. Ueber desinficirende Wandanstriche. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 1.) — Couleurs antiseptiques pour peindre les murs.

Lemoine et **Carrière**. Des moyens à utiliser dans la lutte contre la tuberculose. (*Nord méd.*, 1er mai.)

Libov (B.). De l'influence exercée sur l'organisme par le travail dans les caissons (en russe). (*Vratch*, 19 et 26 mai.)

Monod (H.). L'alimentation publique en eau potable de 1890 à 1897 devant le Comité consultatif d'hygiène publique de France. In-8°, 127 p. Melun. Impr. administrative.

Navarre (P.-J.). Nos défenses naturelles; applications à l'hygiène des pays chauds. In-8°, 150 p. Lyon.

Paul (G.). Jahresbericht der k. k. Impfstoffgewinnungsanstalt in Wien über das Betriebsjahr 1900. (*Oesterreich. Sanitätswesen*, 39, 40, 41 et 42.) — Rapport sur l'Institut império-royal de vaccine à Vienne en 1900.

Sommerfeld (Th.). Traité des maladies professionnelles; avec aperçus statistiques et les arrêtés du Conseil fédéral allemand. (Trad. de l'allemand par G. De Geynst.) T. Ier. In-8°, 478 p. Bruxelles. A. Castaigne.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Joire (P.). Emploi thérapeutique de la lumière. (*Nord méd.*, 15 mai.)

Lemanski. L'abus de la quinine et l'école de MM. Treille et Legrain. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, mai.)

Manzone (L.) et **Germano** (J. B.). Contribución al estudio del tratamento del tétano por el método Baccelli. In-8°, 21 p. Buénos-Ayres.

Mladejovsky (V.). O nové methode odtucnovaci. (*Casopis lékaru ceskych*, 11 mai.) — Une nouvelle méthode de traitement de l'obésité.

Montalti (A.). La cura Baccelli in un caso di tetano traumatico. (*Policlinico*, 18 mai.)

Neuhoff (F.). The treatment of pneumonia, including the hypodermic injection of saline solution. (*Med. Record*, 11 mai.)

Ortolani (V.). Le iniezioni di iodio alla Durante nella cura delle adeniti cervicali croniche di natura tubercolare. (*Morgagni*, avril.)

Paczkowski. Die schädlichen Nebenwirkungen mancher Arzneimittel. In-8°, 90 p. Leipzig. — Les effets nuisibles de quelques médicaments.

Pembrey (M. S.) et **Phillips** (C. F.). Physiological action of drugs; introduction to practical pharmacology. In-8°, 108 p. Londres.

Salvioli (G.). Un caso d'insuccesso nella cura del tetano col metodo Baccelli. (*Riforma med.*, 24 mai.)

Sawyers (J. L.). Medical treatment of actinomycosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 mai.)

Sépet, **Rolland** et **Guillot**. Les levures en thérapeutique. (*Marseille méd.*, 15 mai.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Armagnat (H.). Eléments de la théorie des bobines d'induction. (*Arch. d'électricité méd.*, mai.)

Bordier (H.). Effets physiologiques de la franklinisation hertzienne sur l'estomac et l'intestin. (*Arch. d'électricité méd.*, mai.)

Doumer (E.). Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse par les courants continus d'intensités élevées. (*Nord méd.*, 15 mai.)

Eulenburg. Ueber Anwendung hochgespannter Wechselströme zu therapeutischen Zwecken. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 13 mai.) — De l'emploi thérapeutique des courants de haute tension.

Guilleminot (H.). Spirales de haute fréquence et haute tension; effets interpolaires et différentes modalités de l'effluve. (*Arch. d'électricité méd.*, mai.)

Kalabin (J.). Beiträge zur Frage über die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der Gebärmutter-Adnexe mit dem galvanischen und dem faradischen Strome. In-8°, 230 p. avec fig. Iéna. — Traitement des affections inflammatoires des annexes utérines au moyen des courants galvaniques et faradiques.

Libotte. Nouveau traitement des vertigineux de l'oreille. (*Journ. de neurol.*, 5 mai.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Araujo (J. M.). Ideas médicas acerca de la atmósfera de Sucre [Bolivar]; su clima. In-8°, 38 p. Sucre.

Kothe. Zur physikalisch-diätetischen, insbesondere hydriatischen Behandlung der Neurosen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 13 mai.) — Du traitement physico-diététique des névroses, et en particulier de l'hydrothérapie.

Labat (A.). Climat et eaux minérales d'Espagne. In-8°, 85 p.

Legrand (G.). De l'influence du climat marin de Biarritz sur la marche de la phtisie pulmonaire. In-8°, 80 p.

Munter (S.). Die Hydrotherapie der Gicht. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, mai.) — L'hydrothérapie dans la goutte.

Rubino (A.). La cura d'aria nella tubercolosi polmonare. In-8°, 13 p. Naples.

Williams (F. H.). The reduction of temperature in fevers by evaporation baths, warm water being used for baths. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 mai.) — Abaissement de la température fébrile au moyen de bains tièdes.

BACTÉRIOLOGIE

Bacialli (P.). Sulla riduzione del colore fucso-indaco-carminico da parte di culture batteriche. (*Gazz. degli Osped.*, 19 mai.)

Barannikov (I.). Bactériologie de la lymphe vaccinale (en russe). (*Roussk. journ. kojn. i vénéritch. boliézn.*, mai.)

Concetti (L.). Ueber die actinomycotische Form des Löffler'schen Bacillus in gewissen Zuständen saprophytischen Lebens. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXI, 3-4.) — Des formes actinomycosiques du bacille de Löffler dans certaines phases de son existence saprophyte.

Engelhardt. La bactériologie de la peste. (*Marseille méd.*, 1er mai.)

Hegeler (A.). Ueber die Ursache der baktericiden Serumwirkung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 1.) — Sur les causes de l'action bactéricide du sérum sanguin.

Kedrowski (W. J.). Ueber die Cultur der Lepraerreger. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 1.) — Sur la culture de l'agent pathogène de la lèpre.

GÉNÉRALITÉS

Annales de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille (10e année, 1900). In-8°, 528 p. avec fig.

Boyce (R.) et **Sherrington** (C. S.). The Thompson Yates laboratories report. T. IV, 1re partie. In-4°, 212 p. avec fig. Liverpool.

Bulletin de la Société de médecine de Paris (année 1900). T. VIII, 4e série. In-8°, 236 p.

Etard (A.). Essais sur la nature chimique des tissus [1er mémoire]. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Hikmet et **Regnault** (F.). Les exercices des derviches expliqués par l'hypnotisme. (*Arch. orientales de méd. et de chir.*, mai.)

Küttner (H.). Stereoskopische Röntgenaufnahmen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 2.) — Radiographies stéréoscopiques.

Marro (A.). La puberté chez l'homme et chez la femme, étudiée dans ses rapports avec l'anthropologie, la psychiatrie, la pédagogie et la sociologie. (Trad. de l'italien par J.-P. Medici.) In-8°, 536 p.

Mount Sinai Hospital reports for 1899 and 1900. In-8°, 540 p. New-York.

Rose (A.). Our onomatology in regard to Greek terms. (*Post-Graduate*, sept.)

Vasiliu (C.). Spitalul comunal Ploesci; raport sciintific pe anul 1900. In-8°, 92 p. avec fig. Ploesci.

Zunz (E.). La réforme des études médicales en Allemagne. (*Rev. de l'Université de Bruxelles*, juillet.)

21e ANNÉE. — N° 50. Vingt centimes le numéro. 4 DÉCEMBRE 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de ne point attendre la fin du mois pour nous adresser le montant de leur renouvellement, afin de leur éviter tout retard dans la réception du journal.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Hermann Löhlein, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur B. von Jirus, professeur de pharmacologie à la Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur William F. Norris, professeur d'ophtalmologie à l'University of Pennsylvania de Philadelphie,

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE LYON

Aribaud (Ch.). La tumeur prélacrymale.

Auguy (J.). De l'adénopathie appendiculaire.

Baisset (P.-M.). De la mensuration externe du bassin.

Bargy (M.). Recherches expérimentales sur les amétropies de courbure d'origine cornéenne.

Baroncelli (R.). De la voûte palatine et des mâchoires au point de vue de l'identification judiciaire.

Bayle (Charles). Cancer du maxillaire supérieur d'une forme ayant pour origine les glandes muqueuses de la voûte palatine.

Bayle (Maurice). Contribution à l'étude de la photothérapie (méthode de Finsen).

Bertrand (G.). Considérations sur les grands kystes séreux du pancréas; symptomatologie et traitement en particulier.

Bonne (F.). La variole à Lyon en 1899-1900; statistique de l'hôpital d'isolement.

Bouyon (H.). Sur quelques desiderata de l'hygiène dans la construction des maisons d'habitation et l'agencement des appartements.

Bouzoud (A.). Du choc hépatique.

Brodsky (Nadia). De la nature épithéliale du fibrome végétant de la mamelle (kyste prolifère; adéno-fibrome kystique et végétant).

Cahuzac (P.). Contribution à l'étude des organes lymphoïdes du pharynx et de l'amygdale, en particulier dans leurs rapports avec l'infection.

Caire (V.). Contribution à l'étude clinique de la syphilis tertiaire scléro-gommeuse du foie : du diagnostic de l'hépato-syphilose tertiaire.

Cazaux (J.). De la transposition des os iliaques comme traitement de la luxation congénitale de la hanche chez l'adulte.

Chaffal (M.). Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la pleurésie purulente interlobaire.

Channac (F.). Considération sur l'œsophagotomie et les corps étrangers de l'œsophage chez l'enfant.

Chavanne (F.). Oreille et hystérie.

Chevalier-Joly (P.). Contribution à l'interprétation pathogénique des localisations spéciales de l'œdème et de la congestion pulmonaires dans les affections cardiaques : rôle de la compression ou de la courbure des veines pulmonaires droites par l'oreillette droite dilatée.

Comte (F.). Contribution à l'étude du traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche (50 observations inédites).

Cortez (E.). L'endémie cholérique et le système défensif de la mer Rouge.

Coudour (G.). Contribution à l'étude des distocies vaginales (vagin borgne interne).

De Brye (C.). Du décollement des pansements adhérents (cavitaires et autres) par l'arrosage des plaies à l'eau oxygénée.

Defrain (I.-L.). Variole et vaccination.

Demanneville (H.). Contribution à l'étude de la résection dans les luxations anciennes du coude (incision latérale interne unique).

Detcheff (A.). Du traitement de la chorée de Sydenham par le cacodylate de soude.

Du Clot (H.). De l'énucléation massive des goitres.

Dumaine (R.). Contribution à l'étude de la symphyse cardiaque d'origine tuberculeuse.

Dupuy (F.). Du syndrome hyperchlorhydrie et de son traitement par l'hydrate de chloral.

Dusserre (A.). De la péritonisation comme traitement préventif de quelques accidents consécutifs aux opérations intra-abdominales.

Dussuc (A.). De la cure radicale de la hernie crurale par la voie inguinale.

Ettighoffer (H.). Essai sur la pathogénie du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire.

Faure-Darmet (G.). Etude sur la tuberculose de la glande parotide.

Feldmuller (P.-G.). Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale : de l'étranglement interne à travers l'épiploon.

Ferron (M.). Les nerfs de l'orbite; leurs paralysies dans les traumatismes du crâne.

Fleurot (P.). Pyopneumothorax sous-phrénique par ulcère perforant de l'estomac.

Fouilhoux (P.). Les appareils d'approximation en chirurgie intestinale; le nouveau bouton anastomotique de M. Jaboulay.

Fraisse (H.). De la métatarsalgie (maladie de Morton).

Gailhard (E.). De l'infection sudorale des plaies par les mains du chirurgien; contribution à l'étude de l'asepsie opératoire.

Gaillardon (J.). De la ligature des hypogastriques en gynécologie.

Gantcheff (G.). Etude sur les exostoses de l'omoplate.

Gantin (E.). Contribution à l'étude de l'éther diacétique de la morphine (héroïne); son action analgésique; ses rapports avec la morphine.

Gardel (J.). Etude sur le pavage des voies publiques au point de vue de l'hygiène.

Garnier (Ch.). Blennorrhagie et gangrène des organes génitaux externes.

Graz (F.). L'aliénation mentale chez les prostituées.

Hitoff (S.). Les ostéoarthropathies d'origine syringomyélique.

Ivanoff (G.). Compression et oblitération de la veine cave supérieure dans le goitre cancéreux.

Jacques (P.). De la désarticulation de la hanche après amputation de la cuisse au tiers supérieur.

Jeantelet (R.). De l'augmentation de l'amplitude thoracique chez les tuberculeux soumis à la cure d'altitude.

Kiépen (Mlle E.). Etude comparée de la myocardite diphtérique expérimentale et de la myocardite diphtérique humaine.

Krougliakoff (Mlle S.). De la néphrostomie dans l'anurie par rétrécissement des uretères au cours du cancer de l'utérus.

Lacomme (J.). Des troubles oculaires consécutifs aux brûlures étrangères à l'œil.

Lafont (M.). Kyste de l'ovaire et grossesse; adhérence au foie simulant les accidents de torsion du pédicule.

Lançon (Ch.). De l'emploi du camphorate de pyramidon chez les phtisiques.

Lantiéri (J.). Revue critique des moyens de désinfection des locaux contaminés.

Levet (C.). Des parentés morbides et de la toxicité du sérum dans la chlorose.

L'Hoste (Th.-A.). Les réinfections atténuées de la syphilis (pseudo-chancre induré de récidive).

Lischnevsky (Mlle). Changements de volume de l'oreillette droite révélés par la percussion en arrière.

Loras (J.). Contribution à l'étude de l'imperméabilité de la muqueuse vésicale saine.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Adeodato (J.). Contribuiçao para o estudo das anomalias musculares na raça negra : grande peitoral, musculo chondro-epitrochleano. (*Gaz. med. da Bahia*, sept.)

Bettmann. Ueber Neutralroth-Färbung der kernhaltigen rothen Blutkörperchen. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 juin.) — De la coloration des hématies nucléées au moyen du « rouge neutre. »

Biffi (U.). Sulla natura e sul significato delle granulazioni iodofile e di quelle eosinofile nei leucociti. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 7.)

Bordier (H.). Sur la mesure de la surface du corps de l'homme; appareil permettant d'effectuer cette mesure (intégrateur de surfaces). (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Lœwenthal (N.). La cellule et les tissus au point de vue général. In-12, 210 p. Genève. Georg et Cie.

Patellani (S.). Modificazione ad un metodo di Mallory per la colorazione del tessuto connettivo. (*Gazz. degli Osped.*, 2 juin.)

Rawitz (B.). Trattato di istologia normale. (Trad. de l'allemand et annoté par R. Versari.) In-8°, 335 p. avec fig. Rome.

Reinke (F.). Grundzüge der allgemeinen Anatomie. In-8°, 339 p. avec fig. Wiesbaden. — Précis d'anatomie générale.

Wolff (B.). Die Anfertigung mikroskopischer Gefrierschnitte mittels Aethylchlorid. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er juin.) — La préparation de coupes microscopiques par congélation au moyen du chlorure d'éthyle.

PHYSIOLOGIE

Albu. Der Stoffwechsel bei vegetarischer Kost. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 1-2.) — Les échanges organiques chez les sujets soumis au régime végétarien.

Bellu Forteleoni (N.). Sull'azione biologica della tiosinamina. (*Gazz. degli Osped.*, 16 juin.)

Chanoz (M.). Conductibilité électrique des liquides en général, et du sang en particulier. (*Lyon méd.*, 2 juin.)

Cipollina. Ueber die Oxalsäure im Organismus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 mai.) — De l'acide oxalique dans l'organisme.

Ghillini (C.) et **Canevazzi** (S.). Betrachtungen über die statischen Verhältnisse des menschlichen Skeletes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 juin.) — Considérations sur la statique du squelette humain.

Labbé (D.). Action de l'ozone sur l'oxyhémoglobine et sur les globules rouges. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. de Paris*, mai-juin-juillet.)

Pugliatti (V.). Sulla digeribilità gastrica degli alimenti. (*Gazz. degli Osped.*, 23 juin.)

Sänger (M.). Ueber die Inhalation zerstäubter Flüssigkeit. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 mai.) — De l'inhalation des liquides pulvérisés.

Weiss (J.). Ueber den Einfluss von Alkohol und Obst auf die Harnsäurebildung. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 juin.) — Influence de l'alcool et des fruits sur la formation d'acide urique.

Zimmermann (O.). Ueber künstlich beim Menschen erzeugte Glykokollverarmung des Organismus und die Abhängigkeit des Glykokollgehaltes von der Gallensekretion. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 1er juin.) — De l'appauvrissement artificiel de l'organisme humain en glycocolle, et des rapports entre la teneur de l'organisme en glycocolle et la sécrétion de bile.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Agapov (A.). Altérations du système nerveux central dans un cas de chorée chronique des adultes (en russe). (*Méd. Obozr.*, juin.)

Busse (O.). Verlagerung von Tube und Ovarium in Folge Ausbleibens des Descensus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — Un cas de non-descente de l'ovaire [chez une jeune fille de dix-huit ans].

Deetz (E.). Ueber Darmgries. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 3-4.) — Du sable intestinal.

Fränkel (E.). Ueber das sog. Pseudomyxoma peritonei. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 juin.)

Gutch (J.). Cardiac hypertrophy and atrophy. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juin.)

Harbitz (F.). Om nekrose og blödning i pankreas og multiple nekroser i fedtvævet. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.) — De la nécrose et de l'hémorrhagie du pancréas, ainsi que des nécroses graisseuses multiples.

Hirschmann (A.). Pathologisch-anatomische Studien über acute und chronische Laryngitis nichtspecifischen Ursprungs nebst Bemerkungen über Vorkommen von Plasma- und Mastzellen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 3.)

Ibrahim (Aly Bey). Zur Kenntnis der akuten gelben Leberatrophie, insbesondere der dabei beobachteten Regenerationsvorgänge. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 et 21 mai.) — De l'atrophie jaune aiguë du foie, surtout au point de vue des processus de régénération.

Kreutzmann (H. J.). Remarkable condition of the kidneys in a woman dead from eclampsia parturientium. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.) — Etat particulier des reins chez une femme morte d'éclampsie puerpérale.

Lindenthal (O. Th.). Ueber Decidua ovarii und ihre Beziehungen zu gewissen Veränderungen am Ovarium. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — De la caduque ovarienne et de ses rapports avec certaines altérations de l'ovaire.

Oppel (W. von). Ueber Veränderungen des Myocards unter der Einwirkung von Fremdkörpern. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 3.) — Des altérations du myocarde, consécutives à l'action des corps étrangers.

Polano (O.). Zur Lehre vom sogenannten Pseudomyxoma peritonei. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.)

Prochazka (F.). O spontannich rupturach srdecnich. (*Casopis lékaru ceskych*, 25 mai et 1er juin.) — Des ruptures spontanées du cœur.

Rizzuto (G.) et **Gomez** (R.). Angioma misto; considerazioni sulla patogenesi del cavernoma. (*Riforma med.*, 7 juin.)

Schwab (S. I.). The pathology of trigeminal neuralgia, illustrated by the microscopic examination of two Gasserian ganglia. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Sinclair (A. H.). The pathology of idiopathic detachment of the retina. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juin.)

Wright (H.). Changes in the neuronal centres in beri-beric neuritis. (*Brit. Med. Journ.*, 29 juin.)

Zenoni (C.). Amiloidosi tossica nell'immunizzazione antidifterica dei cavalli. (*Riforma med.*, 10, 11, 12, 13 et 14 juin.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Behla (R.). Ueber « cancer à deux » und Infektion des Krebses. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 juin.)

Brauer (L.). Ueber pathologische Veränderungen der Galle. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 juin.) — Des altérations pathologiques de la bile.

Coudray (P.). Rôle des ganglions lymphatiques dans l'infection cancéreuse. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. de Paris*, mai-juin-juillet.)

Courtois-Suffit. Rôle des ganglions lymphatiques dans l'infection et dans l'extension des diathèses. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. de Paris*, mai-juin-juillet.)

Ehrlich (P.) et **Morgenroth** (J.). Ueber Hämolysine; sechste Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 mai et 3 juin.)

Grawitz (E.). Zur Frage der enterogenen Entstehung schwerer Anämien. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 juin.) — De l'origine endogène des anémies graves.

Kreibich (K.). Ueber bacterienfreie Eiterung beim Menschen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 juin.) — De la suppuration amicrobienne chez l'homme.

Leyden (E. von). Zur Aetiologie des Carcinoms. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 1-2.)

Mertens (V. E.). Beiträge zur Immunitätsfrage. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 juin.) — Contribution à l'étude de l'immunité.

Neisser (E.) et **Döring** (H.). Zur Kenntnis der hämolytischen Eigenschaften des menschlichen Serums. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 juin.) — Des propriétés hémolytiques du sérum humain.

Ritter (C.). Die Aetiologie des Carcinoms und Sarkoms auf Grund der pathologischen Forschung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 1-2.)

Rosenqvist (E.). Ueber den Eiweisszerfall bei der perniciösen, speciell der durch Botriocephalus latus hervorgerufenen Anämie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 juin.) — De la décomposition des albuminoïdes dans l'anémie pernicieuse et, en particulier, dans l'anémie provoquée par le *Botriocephalus latus*.

MÉDECINE

Abadie (J.). Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique chez un paludéen. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 9 juin.)

Auché (B.). Tuberculose primitive de la rate. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 juin.)

Bial (M.) et **Blumenthal** (F.). Beobachtungen und Versuche bei chronischer Pentosurie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 mai.)

Boas (I.). Ueber okkulte Magenblutungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 mai.) — Des gastrorrhagies latentes.

Bouinévitch (K.). Un cas de persistance du trou de Botal et de communication entre l'artère pulmonaire et un anévrysme de l'aorte (en russe). (*Méd. Obozr.*, juin.)

Bouveret (L.). Sur la crampe du pylore. (*Lyon méd.*, 23 juin.)

Braun (L.). Das « bewegliche Herz ». (*Wien. med. Presse*, 9 et 16 juin.) — De la cardioptose.

Brown (W. L.). Hæmaturia following the administration of urotropin. (*Brit. Med. Journ.*, 15 juin.)

Buard (G.). Diagnostic précoce de la tuberculose et séroréaction tuberculeuse. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 2 juin.)

Burckhardt (M.). Untersuchungen über Blutdruck und Puls bei Tuberkulösen in Davos. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 3-4.) — Recherches sur la pression sanguine et le pouls chez des tuberculeux à Davos.

Campbell (Th.). The pulse-rate in pulmonary tuberculosis. (*Brit. Med. Journ.*, 1er juin.) — La fréquence du pouls dans la tuberculose pulmonaire.

Cervello (V.). Comportamento di alcuni segni fisici nel processo di guarigione della tubercolosi polmonare. (*Riforma med.*, 24 juin.)

Chappet (V.) et **Gallavardin** (L.). Rupture intra-péricardique de l'aorte, due à la formation d'une caverne pariétale non athéromateuse et précédée de la dissection d'un manchon interne complet; considérations sur les ruptures de l'aorte. (*Arch. gén. de méd.*, juin.)

Cipollina (A.). Ueber den Nachweis von Zucker im Harn. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 mai.) — De la recherche du sucre dans les urines.

Colbeck (E. H.) et **Pritchard** (E.). An explanation of the vulnerability of the apices in tuberculosis of the lungs. (*Lancet*, 8 juin.) — De la vulnérabilité des sommets pulmonaires à l'égard de la tuberculose.

Einhorn (M.). Sitophobia of enteric origin. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 juin.)

Kronfeld (R.). Die dentalen Symptome des Diabetes mellitus und der Tabes dorsalis. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 et 29 juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Benenati (U.). A proposito del rapporto tra cecità ed atassia in due casi di tabe. (*Riv. critica di clinica medica*, 12 oct.)

Bruce (L. C.). Clinical and experimental observations upon general paralysis. (*Brit. Med. Journ.*, 29 juin.)

Buzzard (E. F.). Alcohol and arsenic in the etiology of alcoholic neuritis. (*Lancet*, 8 juin.)

Capriati (V.). Di una particolare forma di reazione elettrica anormale. (*Ann. di nevrologia*, XIX, 3.)

Glorieux. Un cas de polynévrite motrice d'origine grippale chez un garçon de trois ans et demi. (*Journ. de neurol.*, 20 juin.)

Heilbronner (K.). Ueber pathologische Rauschzustände. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 et 18 juin.) — Des états pathologiques d'ébriété.

Heim (M.). Die nervöse Schlaflosigkeit; ihre Ursachen und ihre Behandlung. In-8°, 59 p. Bonn. F. Cohen. — L'insomnie nerveuse; ses causes, son traitement.

Hirschl (J. A.). Die juvenile Form der progressiven Paralyse. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 mai.)

Höniger. Zur Diagnose der Geschwülste des Stirnhirns. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 mai.) — Du diagnostic des tumeurs du lobe frontal.

Kron (J.). Ein Beitrag zur Lehre über den Verlauf der Geschmacksfasern. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juin.) — Recherches sur le trajet des fibres gustatives.

Mager (W.). Zur Casuistik der vasomotorischen Neurosen. (*Prag. med. Wochensch.*, 27 juin.)

Moutier (A.). La neurasthénie; ses limites. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. de Paris*, mai-juin-juillet.)

Obersteiner (A.). Ueber das Helweg'sche Bündel. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juin.) — Du faisceau d'Helweg.

Oppenheim (K.). Du caractère psychique de quelques troubles de la miction et de la défécation (en russe). (*Méd. Obozr.*, juin.)

CHIRURGIE

Coromilas (G.-P.). Etudes sur la tuberculose et son traitement (tuberculoses chirurgicale, pulmonaire, intestinale). In-8°, 254 p. avec fig. A. Maloine.

Schifone (O.). Tubercolosi primaria della mammella. (*Incurabili*, 1er-15 mars.)

Teirlinck (A.). L'S iliaque et ses affections. In-8°, 78 p. Gand.

Terrier (F.) et **Auvray** (M.). Chirurgie du foie et des voies biliaires. T. Ier : traumatismes du foie et des voies biliaires; foie mobile; tumeurs du foie et des canaux biliaires. In-8°, 322 p. avec fig.

Tilmann. Zur Frage des Hirndrucks. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 1.) — De la pression intracrânienne.

Van Eden (P. H.). Verbandlehre. In-8°, 195 p. avec fig. Iéna. — Des pansements.

Vincent (E.). Résultats éloignés de la tarsoplasie; lésions articulaires et osseuses déterminées par la tarsoplasie sous l'ostéoclaste ou massage forcé instrumental dans les pieds bots difficiles. (*Rev. de chir.*, mai.)

Vorobiev (A.). Genu recurvatum (en russe). (*Vratch*, 5 et 12 mai.)

Warren (J. C.). The surgery of the spleen. (*Ann. of Surgery*, mai.) — La chirurgie de la rate.

Wilms (M.). Die Mischgeschwülste. 3. Heft : Die Mischgeschwülste der Brustdrüse, der Speicheldrüsen und des Gaumens; allgemeine Geschwulstlehre. In-8°, p. 169 à 275, avec fig. Leipzig. A. Georgi. — Les tumeurs mixtes des seins, des glandes salivaires et du palais.

Wolff (J.). Ueber die frühzeitige Operation der angeborenen Gaumenspalte. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 301.) — De l'intervention précoce dans les cas de fentes congénitales du palais.

Wyeth (J. A.). Amputation through the hip-joint with a synopsis of 267 cases in which the author's method was employed. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 mai.) — 267 cas de désarticulation de la hanche d'après le procédé préconisé par l'auteur.

Zahradnicky. Spinalni analgesie eukainem β. (*Casopis lékaru ceskych*, 11 mai.)

BACTÉRIOLOGIE

Klimoff (J.). Zur Frage der Immunstoffe des Organismus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 1.) — Des substances immunisantes de l'organisme.

Perez (F.). Bactériologie de l'ozène : étiologie et prophylaxie. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Radziewsky (A.). Untersuchungen zur Theorie der bakteriellen Infection (Gesetz der Infection). (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 1.)

Rosenberger (R. C.). The bacteriologic examination of clinical thermometers. (*Proceedings of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, mai.)

Schürmayer (B.). Ueber die Bakterienflora von Nährpräparaten. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 6 mai.) — De la flore bactérienne des préparations alimentaires.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Ebstein (W.). Einige Bemerkungen zu der Geschichte des Stethoskops. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIX, 5-6.) — Quelques remarques sur l'histoire du stéthoscope.

Kossmann (R.). Zur Geschichte des Wortes « Eclampsie ». (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Historique du mot « éclampsie ».

Magnus (H.). Die Augenheilkunde der Alten. In-8°, 691 p. avec fig. Berlin. — L'oculistique des anciens.

Preuss (J.). Chirurgisches in Bibel und Talmud. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIX, 5-6.)

21e ANNÉE. — N° 51. Vingt centimes le numéro. 11 DÉCEMBRE 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de ne point attendre la fin du mois pour nous adresser le montant de leur renouvellement, afin de leur éviter tout retard dans la réception du journal.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

Nous publierons samedi prochain un numéro supplémentaire.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Caen. — M. le docteur P.-E. Léger est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Ch.-J. Mirallié est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Karl Winkler est nommé privatdocent de pathologie générale et d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Otto Drasch, professeur extraordinaire d'histologie et d'embryologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur W. Scholtz est nommé privatdocent de dermatologie.

Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le docteur Miguel Couto, professeur suppléant, est nommé professeur de clinique médicale propédeutique, en remplacement de M. F. de Castro, décédé.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Ambrogio Cuneo est nommé privatdocent d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Heinrich Albrecht, privatdocent d'anatomie pathologique, est nommé professeur extraordinaire.

VARIA

Le mouvement de la population en France pendant l'année 1900.

D'après le rapport officiel sur le mouvement de la population en France pendant l'année 1900, la balance des naissances et des décès se solde par un excédent de 25,988 décès, alors que l'année précédente avait fourni un excédent de 31,394 naissances (Voir *Semaine Médicale,* 1900, Annexes, p. CCII). Ce résultat est dû, tant à une diminution de la natalité (827,297 en 1900 contre 847,627 en 1899) qu'à un accroissement de la mortalité (853,285 en 1900 contre 816,233 en 1899). Il y a donc eu, en 1900, 20,330 naissances de moins qu'en 1899, et 37,052 décès de plus. Le rapport du nombre des décès au chiffre de la population légale a été, en 1900, de 2.21 pour 100 habitants, soit en augmentation par rapport à la moyenne calculée pour la période décennale 1890-1899, qui n'a été que de 2.16 %.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Gouguenheim, médecin des hôpitaux de Paris. — Sir William Mac Cormac, chirurgien consultant de l'hôpital français de Londres, correspondant étranger de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Francisco Meléndez y Herrera, professeur d'anatomie topographique à la Faculté de médecine de Cadix. — M. le docteur Robert Harvey, directeur général du service médical des Indes anglaises. — M. le docteur Jarvis S. Wight, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire au Long Island College Hospital de Brooklyn.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE LYON

Maillefert (G.). Manuel opératoire et résultat de la colostomie iliaque par le procédé de la double ligature (procédé de M. Gangolphe).

Mamonoff (M[lle] C.). Contribution à l'étude des chorées d'origine infectieuse.

Marcailhou d'Aymeric. De l'ectopie sous-cutanée abdominale du testicule (type nouveau).

Martin (F.). Traitement non sanglant des cicatrices vicieuses (procédé de Claude Martin).

Métoz (P.). La furonculose du conduit auditif externe simulant la mastoïdite.

Meynet (P.). Contribution à l'étude des troubles gastriques dans l'eczéma.

Michaux (L.). Etude clinique des formes unilatérales de la paralysie agitante.

Monier (J.). Du losange de Michaëlis.

Montagard (L.). Technique de la coloration des leucocytes.

Morel (A.). Des abcès urineux à siège exceptionnel non périnéaux.

Mounier (H.). Ostéomyélite bipolaire.

Murjas (E.). Du traitement des abcès ossifluents par la ponction simple.

Ozanon (M.). Contribution à l'étude du tétranitrate d'érythrol, médicament vaso-dilatateur.

Paget (A.). Des fractures bimalléolaires et astragaliennes combinées et des cals vicieux qui en résultent.

Pallud (L.). Contribution à l'étude de certaines formes d'abcès à streptocoques à la suite de la grippe.

Pariset (A.). Du pylorospasme essentiel de l'enfance, de MM. Weill et Péhu.

Perrier (F.). D'un procédé de drainage péritonéo-vaginal pouvant remplacer le Mikulicz abdominal.

Pétroff (N.). Des ruptures traumatiques intrapéritonéales du rein.

Piétrement. De la nécrose du testicule consécutive à la cure radicale du varicocèle.

Poncin (J.). De l'appendicectomie sous-séreuse.

Pons (F.). Considération sur le traitement des fractures de la rotule.

Ponte (A.). Contribution à l'étude de l'ostéotomie dans les fractures diaphysaires du fémur vicieusement consolidées (procédé de M. Vincent).

Prat (R.). Etude sur la leucocytose totale et polynucléaire dans l'immunisation expérimentale par la toxine diphtérique.

Privat (E.). Contribution à l'étude du traitement de l'érysipèle par l'antipyrine.

Rérolle (A.). Etude clinique du purpura infectieux à forme typhoïde.

Rey (G.). Orthopédie et sections nerveuses; contribution au traitement orthopédique des paralysies par sections nerveuses.

Riollet (F.). De l'emploi thérapeutique de l'éther amyl-salicylique.

Robert (J.). De l'héméralopie dans les maladies générales.

Rochette (Henri). Le sérodiagnostic dans la fièvre typhoïde et dans l'embarras gastrique.

Rochette (Louis). Législation des logements insalubres (loi de 1850); aperçus critiques sur les législations étrangères; projet de loi de 1901.

Roucaché (P.). Etude des chutes d'un lieu élevé sans lésion.

Roux (E.). Contribution à l'étude de l'ulcus rodens.

Servel (P.). Des fractures et enfoncements du frontal chez le fœtus, pendant l'accouchement, produits par les saillies du promontoire ou de l'arc antérieur du bassin.

Solovieff (M[lle]). Le cholestéatome du sang.

Sotty (J.). Essai sur la péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite.

Soumaire (P.). Contribution à l'étude de l'éosinophilie dans la maladie de Duhring et dans certaines autres dermatoses.

Tabar (F.). Contribution à l'étude de la thérapeutique chirurgicale des kystes hydatiques du rein.

Taillefer (J. A.). Contribution à l'étude histologique et clinique des polypes de l'oreille.

Thibaudet (J.). Contribution à l'étude des blessures accidentelles de la vessie; pénétration au niveau de la région périnéo-anale.

Tribet (J.). Empoisonnement par le vernis au noir d'aniline appliqué à la chaussure.

Vitaut (L.). Maladie de Dercum (*adiposis dolorosa*).

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bardier (E.) et **Frenkel** (H.). Etude sur la sécrétion urinaire dans la néphrite expérimentale. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Benenati (U.). Alcune ricerche ematologiche sui conigli arrabbiati. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 30 sept.)

Cao (G.). La pretesa tossicità dei succhi degli elminti intestinali; note critiche e sperimentali. (*Riforma med.*, 17, 18 et 19 sept.)

Müller (F.). Beiträge zur Frage nach der Wirkung des Eisens bei experimentell erzeugter Anämie. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 3.) — Des effets du fer dans l'anémie expérimentale.

Roger (H.) et **Detot** (E.). Note sur la contractilité des muscles dans la variole expérimentale. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Sabrazès (J.) et **Lesson** (A.). Résultats de l'examen d'un sujet normal soumis pendant huit jours au régime lacté absolu (variations de la formule hématologique). (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 2 juin.)

Sclavo (A.). Neue experimentelle Untersuchungen über die Heilwirkung des Milzbrandserums. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 et 13 mai.) — Nouvelles recherches expérimentales sur l'action curative du sérum anticharbonneux.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Italia (F. E.). Pancreas e tubercolosi. (*Policlinico*, 22 juin.)

Lustig (A.). Patologia generale. T. I[er]. In-8°, 574 p. avec fig. Milan.

Schumacher (H.). Beitrag zur Frage des Ueberganges der im Serum gesunder und typhuskranker Wöchnerinnen enthaltenen Agglutinine auf den kindlichen Organismus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 2.) — Du passage des agglutinines du sérum sanguin de la mère (bien portante ou atteinte de fièvre typhoïde) à l'enfant.

Verchère. Du rôle des ganglions lymphatiques dans les diathèses tuberculeuses et syphilitiques; indications thérapeutiques. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. de Paris*, mai-juin-juillet.)

Walker (E. W. A.). Antityphoid sera. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juin.)

Wallerstein (P. S.). Ueber Cylindrurie und Albuminurie bei künstlich erzeugter Koprostase. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 mai.) — De la cylindrurie et de l'albuminurie dans la coprostase obtenue artificiellement.

Wassermann (A.). Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der natürlichen und künstlichen Immunität. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 2.) — Recherches expérimentales sur l'immunité naturelle et sur l'immunité acquise.

Weiss (J.). Zur Kenntnis der Physio-Pathologie der Magen-Darm-Arbeit. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 juin.) — Physiologie pathologique du fonctionnement de l'estomac et de l'intestin.

White (Ch. P.). The pathogenesis of tumours. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juin.)

MÉDECINE

Criegern (von). Die Feststellung kleiner Mengen freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle von den Leistenringen aus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 mai.) — La recherche de petites quantités de liquide libre dans la cavité abdominale, pratiquée à travers les anneaux inguinaux.

Dorendorf. Benzin-Vergiftung als gewerbliche Erkrankung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 1-2.) — L'intoxication par la benzine en tant que maladie professionnelle.

Drasche. Ueber die compensatorischen Vorgänge bei Aorteninsufficienz. (*Wien. med. Wochensch.*, 1[er] et 8 juin.)

Engel (H.). Fettembolie einer tuberkulösen Lunge in Folge von Leberruptur. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 juin.) — Embolie graisseuse d'un poumon tuberculeux, consécutive à une rupture du foie.

Frick (H.). Ueber objectiv nachweisbare Sensibilitätsstörungen am Rumpfe bei Aneurysma aortae. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 juin.) — Des troubles de la sensibilité au niveau du tronc dans les cas d'anévrysme de l'aorte.

Gibbes (C.). The morbid anatomy and origin of the various presystolic murmurs heard at the apex. (*Lancet*, 8 juin.) — Les souffles présystoliques à la pointe (anatomie et physiologie pathologiques).

Godart-Danhieux. Tuberculose péritonéale simulant un cancer de l'estomac. (*Policlinique*, 15 juin.)

Grasset (J.). Consultations médicales. 5[e] éd. In-16, 420 p. Montpellier. Coulet et fils.

Halipré (A.). Pouls lent permanent (syndrome d'Adams-Stokes). (*Rev. méd. de Normandie*, 25 juin.)

Halliburton (W. D.) et **McKendrick** (J. S.). An experimental inquiry into the pathology of gastric tetany. (*Brit. Med. Journ.*, 29 juin.)

Hawthorne (C. O.). On enlargement of the spleen in cancer of the liver. (*Edinburgh Med. Journ.*, juin.) — De l'hypertrophie de la rate dans les cas de cancer du foie.

Herschell (G.). On oral sepsis as a modifying factor in gastric affections. (*Internation. Med. Magazine*, juin.)

Hesse (A.). Ueber Mastdarmparalyse. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 juin.) — De la paralysie du gros intestin.

Hirsch (K.). Vergleichende Blutdruckmessungen mit dem Sphygmomanometer von Basch und dem Tonometer von Gärtner. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 3-4.) — Mensurations comparatives de la pression sanguine au moyen du sphygmomanomètre de Basch et du tonomètre de Gärtner.

Hoton. Localisations hyperthermiques paradoxales dans un cas de pneumonie. (*Arch. méd. belges*, oct.)

Huddleston (J. H.). The freezing-point of urine: its determination and the inferences which may be drawn from it. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 juin.) — La cryoscopie des urines et les conclusions qu'on peut en tirer.

Ingals (E. F.). The diagnosis of diaphragmatic hernia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 juin.)

Jarotzny (A.). Zur Methodik der klinischen Blutdruckmessung. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 22 juin.) — Technique de la mensuration de la tension sanguine au lit du malade.

Kawahara. Ueber den Bruststich mit nachfolgender Luft-Einführung. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 3.) — De la thoracentèse suivie d'injection d'air.

Kisch (E. H.). Herzarhythmie bei fettiger Myodegeneration des Herzens. (*Wien. med. Wochensch.*, 25 mai.) — Arythmie cardiaque dans la dégénérescence graisseuse du myocarde.

Kühn (A.). Ueber Spondylitis typhosa. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 juin.)

Kullmann (J.). Ueber Pleuritis pulsans. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 mai.)

Landstein (I.). Przypadek niezarosnietego otworu owalnego (foramen ovale) w sercu. (*Gaz. lekarska*, 8 juin.) — Un cas de persistance du trou de Botal.

Lange (W.). Ueber eine eigenthümliche Erkrankung der kleinen Bronchien und Bronchiolen (Bronchitis und Bronchiolitis obliterans). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 3-4.)

Maj (A.). Su di un caso di morbo d'Addison venuto a guarigione. (*Clinica medica italiana*, août.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Audry (Ch.). Zur Histopathologie der parasitären Melanodermie. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 avril.)

Balzer (J.) et **Alquier** (L.). Les dermatoses linéaires; étude clinique et pathogénique. (*Arch. gén. de méd.*, juin.)

Beck (C.). Ueber einen interessanten Fall von Naevus papillomatosus universalis; Behandlung mit Thyreoidin. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mai.)

Campbell (R.). Gumma of the spermatic cord, with report of a case. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 juin.)

Castelfranco (G.). Contributo allo studio della solfuraria in dermatologia. (*Gazz. degli Osped.*, 16 juin.)

Fodor (J.). Ueber die Behandlung chronischer Ekzeme mit strömendem Dampfe. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, juin.) — Traitement de l'eczéma chronique par la vaporisation.

Hall (A.). Multiple ulcers of hands due to occupation. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juin.) — Ulcérations multiples des mains, d'origine professionnelle.

Hodara (M.). Ueber die Verwendung des Ichthyol Ammonium purum in der dermatologischen Praxis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juin.)

Leven (L.). Eine neue Form des Merkurialexanthems (squamöses, annuläres Merkurialexanthem). (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juin.)

Lieven. Extragenitale Syphilisinfection an den Lippen. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 juin.) — Chancre syphilitique des lèvres.

Lochte. Untersuchungen über Syphilis maligna und Syphilis gravis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mai, 1er et 15 juin.)

Mracek (F.). Zur Dactylitis syphilitica. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 mai.)

Okamura (T.). Zur Kenntnis der « systematisirten Naevi » und ihres Ursprungs. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVI, 3.)

Oppenheim (M.). Ueber das Auftreten von Quecksilber im Mundspeichel. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVI, 3.) — Du passage du mercure dans la salive.

Paggi (E.). Considerazioni cliniche ed etiologiche su alcuni casi di alopecia areata. (*Boll. delle mal. veneree, sifil., urin. e della pelle*, mai.)

Paulsen (J.). Ueber gonorrhoische Exantheme bei Neugebornen. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 juin.) — Des exanthèmes blennorrhagiques des nouveau-nés.

Prochaska (A.). Ueber die gonorrhoischen Allgemein- Infectionen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIV, 3.) — Des infections blennorrhagiques généralisées.

Reiss (W.). Ueber spontane multiple Keloide. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVI, 3.)

Riehl (G.). Ueber den Einfluss der Behandlung syphiliskranker Mütter auf das Schicksal des Fötus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 juin.) — Le traitement des mères syphilitiques dans ses rapports avec le sort du fœtus.

Róna (S.). Lupus erythematosus bei Geschwistern. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVI, 3.) — Lupus érythémateux chez trois sœurs.

Rouget. La dourine. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 juin.)

Sedziak (J.). O pierwotnem stwardnieniu przymiotowem (*ulcus induratum syphiliticum*) w jamie ustnej, gardzieli, nosie i uszach. (*Gaz. lekarska*, 8 juin.) — Du chancre syphilitique de la bouche, de la gorge, du nez et des oreilles.

Sherwell (S.). Cutaneous manifestations in diabetes. (*Med. News*, 29 juin.)

Unna (P.). Zur Desinfektion der Hände. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mai.) — De la désinfection des mains.

Zechmeister (H.). Beitrag zur Radiotherapie der Sykosis hyphogenes. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er avril.)

Ziemssen (O.). Warum erscheint Hirnlues schwerer heilbar? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 mai.) — Pourquoi la syphilis cérébrale est-elle difficilement curable?

CHIRURGIE

Arezzi (F.). Ascesso sotto-diaframmatico sinistro. (*Riforma med.*, 8 juin.)

Arrou (J.). Chirurgie de l'appareil génital de l'homme. In-18, 354 p.

Bartlett (W.). Excision of the intact Gasserian ganglion, with a report of two cases of trifacial neuralgia successfully treated by this means. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Beck (C.). Ueber die Darstellung von Gallensteinen mittelst der Röntgenstrahlen, nebst Bemerkungen über die Erblichkeit der Prädisposition zur Gallensteinkrankheit. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 mai.) — Sur la radiographie des calculs biliaires et sur l'hérédité de la prédisposition à la cholélithiase.

Becker (E.). Zur Aethernarkose. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 1er juin.)

Bergmann (von), **Bruns** (von) et **Mikulicz** (von). Handbuch der praktischen Chirurgie. T. IV. In-8°, 1191 p. avec fig. Stuttgart. — Manuel de chirurgie pratique.

Biagi (N.). La tiroide nella nevrectomia del simpatico e dei laringei; contributo sperimentale alla patogenesi ed alla cura del morbo di Basedow. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 7.)

Bittner (W.). Zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen. (*Prag. med. Wochensch.*, 27 juin.) — Des corps étrangers des voies respiratoires.

Bobbio (L.). Un caso di estirpazione di aneurisma inguinale. (*Clinica chirurgica*, sept.)

Bolli (A.). A proposito di 4 casi di varici operati con il processo Moreschi. (*Policlinico*, 15 juin.)

Bornhaupt (L.). Ein Fall von Darmnekrose mit einer fraglichen ätiologischen Basis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 juin.) — Un cas de nécrose intestinale à étiologie obscure.

Cassanello (R.). Sulla istogenesi dei tumori cosidetti misti delle glandule salivari. (*Clinica chirurgica*, juin et juillet.)

Cavaillon (P.). Sur un cas d'invagination intestinale subaiguë chez l'adulte. (*Province méd.*, 15 juin.)

Chanoz (M.). A propos de l'emploi de l'eau oxygénée pour le décollement des pansements adhérents. (*Lyon méd.*, 2 juin.)

Chavannaz (G.). L'amputation de la langue par voie transhyoïdienne. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 juin.)

Clark (A.). The effect of the Röntgen rays in a case of chronic carcinoma of the breast. (*Brit. Med. Journ.*, 8 juin.) — Radiothérapie dans un cas de cancer du sein.

Colley (F.). Ein Versuch, die Behandlung der Pseudarthrose zu vereinfachen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 29 juin.) — Un essai de simplification du traitement des pseudarthroses.

Cordero (A.). La somministrazione del nitrito d'amile per diminuire i disturbi dovuti all'anestesia cocainica per via lombare. (*Gazz. degli Osped.*, 16 juin.)

Cormontagne. Diverticule de Meckel trouvé dans une hernie étranglée. (*Gaz. méd. de Picardie*, juin.)

Dagron (G.). Réduction spontanée des fractures en général et plus particulièrement des fractures de jambe. In-8°, 23 p. Clermont.

Deaver (J. B.). The examination of the blood in relation to surgery of scientific but often of no practical value, and may misguide the surgeon. (*Philadelphia Med. Journ.*, 1er juin.) — L'examen du sang en chirurgie; sa valeur pratique relative et les erreurs auxquelles il peut donner lieu.

De Gaetano (L.). Ulteriore contributo alla chirurgia traumatica addominale. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 7.)

Delore (X.) et **Patel** (M.). Du traitement de l'anus contre nature (sa guérison par l'entérectomie avec réunion des deux bouts à l'aide du bouton anastomotique). (*Rev. de chir.*, mai et juin.)

De Rinaldis (U.). Dei progressi dell'insegnamento e della tecnica chirurgica studiati a Parigi durante l'Esposizione mondiale del 1900. In-8°, 129 p. Naples.

D'Urso (G.). Ricerche sperimentali sulla patogenesi della idronefrosi. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 7.)

Favre. Paraphimosis ulcéré suivi de tétanos foudroyant. (*Lyon méd.*, 2 juin.)

Fenger (Ch.). A loop around the hyoid bone as an aid in narcosis during certain operations on the lower jaw and in the mouth, and in after-treatment. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Tractions directes sur l'os hyoïde comme moyen de faciliter la respiration pendant la narcose pour opérations sur le maxillaire inférieur et sur la bouche, ainsi qu'au cours des soins post-opératoires.

Féré (Ch.) et **Francillon** (Marthe). Note sur la coïncidence des lipomes symétriques avec la paralysie générale progressive. (*Rev. de chir.*, juin.)

UROLOGIE

Balacescu. Sofortige Cystorrhaphie nach der Sectio alta (suprapubica). (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 22 juin.) — Cystorrhaphie immédiate après la taille sus-pubienne.

Baldwin (J. F.). The technique of nephro-ureterectomy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Cheesman (W. S.). Hernia of the urinary bladder. (*Med. Record*, 22 juin.) — Hernies de la vessie.

Englisch (J.). Ueber die plastische Verhärtung der Schwellkörper des Gliedes. (*Wien. med. Wochensch.*, 8, 15 et 22 juin.) — De l'induration plastique des corps caverneux.

Fuchs (F.). Zur Technik der Blasenspülung. (*Deutsche Praxis*, 25 juin.) — Technique des lavages de la vessie.

Glävecke. Ueber den Prolaps der Urethra beim weiblichen Geschlecht. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 mai.) — Du prolapsus de l'urèthre chez la femme.

Hébert (A.). La tuberculose uréthro-vésicale au début; diagnostic et traitement. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 juin.)

Horwitz (O.). What I have learned from one hundred and sixty-one operations for the relief of senile hypertrophy of the prostate gland. (*Philadelphia Med. Journ.*, 8, 15 et 22 juin.) — Les enseignements tirés de 161 opérations pour hypertrophie de la prostate.

Loumeau (E.). Gros calcul de l'urèthre extrait par la taille uréthrale. (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, juin.)

Nicolich (G.). Stein in einem Divertikel der weiblichen Harnröhre. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 6.) — Un cas de calcul diverticulaire de l'urèthre chez la femme.

Róna (D.). Ueber Ureteritis cystica. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 6.)

Stein (L.). Antisepsis und Asepsis in der Urologie. (*Wien. med. Wochensch.*, 11, 18 et 25 mai.)

Wertheim (E.). Beitrag zur Klinik der überzähligen Ureteren beim Weibe. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 2.) — Un cas d'uretère surnuméraire chez une femme, observé pendant la vie.

Zeissl (M. von). Ueber die Innervation der Blase und der männlichen Harnröhre. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 juin.) — Sur l'innervation de la vessie et de l'urèthre chez l'homme.

OPHTALMOLOGIE

Bitzos (G.). Encore le glaucome primitif en Orient. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

Bondi (M.). Die klinischen und anatomischen Augenhintergrunderkrankungen eines Falles von Leukaemia lienalis. (*Prag. med. Wochensch.*, 27 juin.) — Les lésions du fond de l'œil dans un cas de leucémie splénique.

Breuer (A.). On the operative treatment of corneal astigmatism. (*Lancet*, 1er juin.)

Brown (H.). The relation existing between diseases of the conjunctiva, nose and throat. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 juin.) — Rapports des affections de la conjonctive avec celles du nez et de la gorge.

Dianoux. Des injections de vaseline après l'énucléation de l'œil. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er juin.)

Fage. Les abcès de la cornée; étiologie, symptômes, traitement. (*Gaz. méd. de Picardie*, juin.)

Guiot. A propos du traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés. (*Année méd. de Caen*, juin.)

Guttmann (E.). Die Blutungen des Sehorgans in ihrer semiotischen Bedeutung für die allgemeine Praxis. (*Berlin. Klinik*, juin.) — Les hémorrhagies de l'organe visuel et leur signification séméiologique générale.

Hamburger (J.). Das Trachom und seine Heilung. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er et 8 juin.)

Heimann (E.). Internationale Sehprobentafel für Kinder. Tableau pour l'examen de l'acuité visuelle chez les enfants, avec texte explicatif en quatre langues (allemand, français, anglais et russe). Berlin. Fischer.

Lapersonne (F. de). Les paralysies oculaires au cours des otites. (*Echo méd. du Nord*, 2 juin.)

Mazet (C.). Corps étranger du cristallin; petite perforation persistante de l'iris; hétérochromie traumatique. (*Marseille méd.*, 1er juin.)

Naxera (L.). Hippus a jeho vyznam. (*Sbornik klinicky*, II, 6.) — L'hippus et sa signification diagnostique.

Pearse (H. S.). The relation of the sympathetic nervous system to functional amblyopia. (*Albany Med. Ann.*, juin.)

Petit (P.) et **Chevallier**. Ophtalmie métastatique de l'œil gauche; ulcère serpigineux de l'œil droit; conjonctivite bilatérale chez une malade atteinte de pneumonie. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 juin.)

Pichler (A.). Zur Symptomatologie des Rheumatismus (Tendinitis rheumatica ocularis). (*Münch. med. Wochensch.*, 7 mai.)

Picot (V.) et **Aubaret** (E.). Staphylectomie; nouveau procédé de suture conjonctivale à capitonnage musculaire. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 30 juin.)

Salanoue-Ipin. Note sur quelques modifications apportées à l'examen de la vision dans la marine. (*Arch. de méd. navale*, mai.)

Schanz (F.). Ueber das Westphal-Piltz'sche Pupillenphänomen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 oct.)

Schwarz (O.). Die extrakraniell bedingten Augenstörungen bei Lues. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 avril et 7 mai.) — Des troubles oculaires d'origine extra-crânienne dans la syphilis.

Teillais. Troubles oculaires de la méningite; paralysies de l'œil; lésions rétiniennes concomitantes. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er juin.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Alexandroff (Th.). Ueber eine neue operative Behandlungsmethode der Dysmenorrhoe bei kongenitaler Anteflexio uteri. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 juin.) — Un nouveau procédé opératoire pour le traitement de la dysménorrhée liée à une antéflexion congénitale de l'utérus.

Amann (J. A.). Ein neuer Weg zur Exstirpation des carcinomatösen Uterus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 juin.) — Une nouvelle voie pour l'extirpation de l'utérus cancéreux.

Berndt (F.). Zur Casuistik der Geburtsstörungen nach Vaginofixation. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 2.) — Dystocie consécutive à la vaginofixation de l'utérus.

Bohnstedt (G.). Zur Kasuistik der Verletzungen der Scheide *sub coitu*. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er juin.) — Traumatismes du vagin *sub coitu*.

Braquehaye (J.). Sur quelques formes d'abcès du sein de cause puerpérale. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, juin.)

Cerio (G.). Zur Verwendung der Laminaria. (*Wien. med. Wochensch.*, 18 mai.) — De l'emploi des laminaires.

Dauchez (H.). De la conception au cours de l'aménorrhée. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. de Paris*, mai juin-juillet.)

Ekstein (E.). Die Therapie bei Abortus. In-8o, 76 p. Stuttgart.

Engelmann (F.). Ein Beitrag zu dem Nachweise von Typhusbacillen in vereiterten Ovariencysten. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 juin.) — Présence de bacilles d'Eberth dans des kystes suppurés de l'ovaire.

Fedorov (V.). Traitement de la grossesse extra-utérine (en russe). (*Méd. Obozr.*, juin.)

Fournier (C.). L'opération césarienne; enucléation de l'œuf. (*Nord méd.*, 1er juin.)

Fuchs (H.). Experimentelle und klinische Beiträge zur Vaporisation des Uterus. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 mai.)

Goldspohn (A.). Intrapelvic infravaginal perineorrhaphy without loss of tissue. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Gräfe (M.). Ueber Amputation der Portio vaginalis, insbesondere die schädlichen Folgen derselben. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 mai.) — La résection de la portion vaginale du col utérin, surtout au point de vue des suites fâcheuses de cette opération.

Grube (H.). Strychnin als Peristaltik anregendes Mittel nach gynäkologischen Operationen in der Bauchhöhle. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 juin.) — La strychnine comme excitant des contractions de l'intestin après interventions gynécologiques sur la cavité abdominale.

Hense (K.). Adhärenz der Placenta. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 2.)

Ikeda (Y.). Beiträge zur operativen Gynäkologie und Geburtshilfe. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 2.)

PÉDIATRIE

Auvard (A.). Le nouveau-né (physiologie, hygiène, allaitement, maladies les plus fréquentes et leur traitement), avec une introduction sur l'hygiène génitale de la femme. 4e éd. In-18, 364 p. avec fig.

Baginsky (A.). Ueber die Indicationen und Contraindicationen des Aderlasses bei Kindern. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXI, 5-6.) — Des indications et des contre-indications de la saignée chez les enfants.

Berti (G.). Die Theorie von Haushalter und Thiry über die Blutknötchen der Herzklappen Neugeborener. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXI, 5-6.) — La théorie de MM. Haushalter et Thiry sur les hématonodules des valvules cardiaques chez les nouveau-nés.

Carles (P.). Fécules, farines et gruaux dans l'alimentation. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 juin.)

Carrière (G.). La tuberculose des ganglions mésentériques. (*Nord méd.*, 1er juin.)

Durante (D.). Leucocitosi digestiva nei bambini in condizioni normali e morbose del tubo intestinale. (*Pediatria*, juin.)

Fischl (R.). Neueres zur Pathogenese der Rachitis. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXI, 5-6.)

Geissler et **Japha.** Beitrag zu den Anämieen junger Kinder. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 6.) — Contribution à l'étude des anémies chez les jeunes enfants.

Gregor (K.). Der Fettgehalt der Frauenmilch und die Bedeutung der physiologischen Schwankungen desselben in Bezug auf das Gedeihen des Kindes. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 302.) — La teneur en substances grasses du lait de femme et la signification de ses oscillations physiologiques au point de vue de la santé du nourrisson.

Guérin (A.). La fièvre ganglionnaire. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 juin.)

Jacobi (A.). Terapia delle malattie dell'infanzia e della fanciullezza. (Trad. de l'anglais par L. Colombo.) In-8o, 512 p. Milan.

Kirton (R. G.). The feeding of diphtheria patients, with special reference to children and severe cases. (*Lancet*, 15 juin.) — L'alimentation des enfants atteints de diphtérie grave.

Lachs (J.). Die Temperaturverhältnisse bei den Neugeborenen in ihrer ersten Lebenswoche. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 307.) — La température chez les nouveau-nés pendant la première semaine de la vie.

Lorand (L.). Das Koplik'sche Frühsymptom der Masern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 6.)

Malagodi (A.). Di un caso di tubercolosi infantile generalizzata complicato ad enfisema del mediastino. (*Policlinico*, 1er juin.)

Manley (Th. H.). Diagnosis and symptomatology in the appendicitis of children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juin.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Arnheim (J.). Lysoformlösung zur Verhütung des Anlaufens der Kehlkopfspiegel. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 12 juin.) — L'emploi d'une solution de lysoforme pour empêcher le laryngoscope de se ternir par l'haleine.

Bertelsmann. Ueber einen geheilten Fall von otogener Meningitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 mai.) — Un cas guéri de méningite otitique.

Besold (G.). Ueber Behandlung der Kehlkopftuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 juin.) — Traitement de la tuberculose du larynx.

Breitung (M.). Ein Fall von Reflexhusten durch Fremdkörper im Ohre. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 juin.) — Toux réflexe due à la présence d'un corps étranger dans l'oreille.

Brunel (P.). De la perforation du tympan comme moyen de diagnostic et de pronostic dans les surdités. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 26 oct.)

Bulletins et Mémoires de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie. T. XVII, 1re partie. In-8o, 166 p.

Fein (J.). Zur Resection der unteren Nasenmuschel. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 mai.) — De la résection du cornet inférieur.

Gaudier (H.). Mastoïdites suppurées à évolution anormale. (*Echo méd. du Nord*, 23 juin.)

Harmer (L.). Ueber die Wirkung des Nebennierenextractes auf die Schleimhaut der Nase und des Kehlkopfes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 mai.) — De l'action exercée par l'extrait de capsules surrénales sur les muqueuses du nez et du larynx.

Hecht. Die Heissluftbehandlung bei chronischen Mittelohreiterungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 juin.) — Traitement des otites moyennes chroniques par l'air chaud.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Adamkiewicz (A.). Ist der Krebs heilbar? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 juin.) — Le cancer est-il curable?

Arnozan (X.). L'évolution des doctrines opothérapiques. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 juin.)

Ausset (E.). Les injections préventives de sérum antidiphtérique. (*Echo méd. du Nord*, 23 juin.)

Bálint (R.). Ueber die diätetische Behandlung der Epilepsie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 juin.) — Traitement diététique de l'épilepsie.

Bernard (J.). La cure pratique de la tuberculose pulmonaire en Picardie. In-8o, 52 p.

Burwinkel. Zur therapeutischen Verwendung der Alkoholumschläge. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 1er juin.) — Les indications thérapeutiques des compresses à l'alcool.

Carrière (G.) et **Vanverts** (J.). Sur un cas de sciatique guéri par une injection intra-rachidienne de cocaïne. (*Nord méd.*, 15 juin.)

Chase (I. C.). The value of calcium carbid in the treatment of inoperable carcinoma of the uterus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 juin.)

Crouzel (E.). Pommades inaltérables à principes actifs insolubles et à base de vaseline. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 juin.)

Cuno (F.). Diphtherieheilserumresultate 1894-1900, Tracheotomie und Intubation. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 mai.)

Determeyer et **Büttner.** Zur Therapie der harnsauren Diathese. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 mai.) — Traitement de la diathèse urique.

Gebele (H.). Die Gelatine als Hämostaticum. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 juin.)

Görl. Zur Lichtbehandlung mit ultravioletten Strahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 mai.) — De la photothérapie au moyen des rayons ultra-violets.

Götsch. Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose mit Tuberkulin. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 juin.) — Traitement de la phtisie pulmonaire par la tuberculine.

21e ANNÉE. — N° 52. Vingt centimes le numéro. 14 DÉCEMBRE 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Ce numéro est exclusivement consacré à la Littérature médicale.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de ne point attendre la fin du mois pour nous adresser le montant de leur renouvellement, afin de leur éviter tout retard dans la réception du journal.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Mardi dernier a eu lieu à Stockholm la distribution solennelle des prix fondés par Nobel, parmi lesquels nous citerons les suivants :

Le prix de médecine a été décerné à M. le professeur E. von Behring (de Marbourg) pour sa découverte du sérum antidiphtérique.

C'est M. le professeur W. C. Röntgen (de Munich) qui a obtenu le prix de physique pour sa découverte des rayons X.

Le prix de chimie a été attribué à M. le professeur Van t'Hoff (de Berlin).

Enfin, le prix de la paix a été partagé entre M. Frédéric Passy (de Paris) et M. Henri Dunant, le philanthrope suisse qui fut le promoteur du mouvement international de secours aux blessés pendant la guerre, ayant abouti à la « Convention de Genève ».

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE LILLE

Acheray (P.). La lutte contre la tuberculose dans les milieux populaires; dispensaires antituberculeux.

Akhoundoff. Contribution à l'étude du croup ascendant.

Boda (F.). De l'autogreffe du testicule, après section totale des éléments du cordon.

Bournoville (P.). La typhose syphilitique.

Carpentier (E.). Contribution à l'étude des cavernes pulmonaires chez l'enfant.

Courteville (Ch.). Collections séreuses extraduremériennes dans le foyer des fractures anciennes du crâne.

Cresson (H.). Traitement des hémorrhagies placentaires des derniers trois mois de la grossesse par l'évacuation totale et manuelle de l'utérus, ou accouchement forcé.

Defossez (P.). Traitement des fistules vésico-vaginales par la méthode de dédoublement.

Deldalle (R.). De la conduite à tenir dans les écrasements des membres.

Dorion (R.). L'amygdalite pharyngée aiguë chez les enfants.

Dorvaux (A.-F.). De la persistance simple du canal artériel.

Dubois (C.-P.). L'atrésie du méat urinaire chez l'homme; son importance pathologique.

Foucher (A.). Des kystes dermoïdes du poumon.

Fouquet (E.). La pseudo-sclérose en plaques d'origine hystérique.

Galimant (R.). De l'hémiplégie hystérique du vieillard.

Huriez (C.). Des congestions pulmonaires du sommet simulant la tuberculose, au début, au cours et au déclin de la fièvre typhoïde.

Imhoff (F.). La diazoréaction d'Ehrlich dans la tuberculose expérimentale.

Jartel (R.-J.). De l'hydrocèle congénitale tuberculeuse.

Lecat (H.-I.). L'état mental chez les blennorrhagiques.

Leclercq (J.). La chorée de Sydenham et l'antipyrine à haute dose.

Lefebvre (P.). Des éruptions consécutives à l'injection de sérum antidiphtérique.

Lesne (Ch.). Contribution à l'étude des kystes tubo-ovariens.

Louis (G.). Contribution à l'étude de l'acidité urinaire.

Maes (V.). De la cryoscopie des urines chez les artérioscléreux.

Rembauville (A.). De l'albuminurie et de son traitement par les alcalins.

Sonneville (F.). La chorée arythmique hystérique chez l'enfant.

Valentin (L.). Les gastropathies d'origine cardiaque.

Vandeputte. La rechute dans la fièvre typhoïde.

Van Remoortère. Contribution à l'étude des ostéo-périostites de la fièvre typhoïde.

Vansteenberghe (P.). Contribution à l'étude des sérums anti-albumineux.

MÉDECINE

Mazzotti (L.). Della tubercolina adoperata a scopo diagnostico. (*Clinica medica italiana*, sept.)

Neubürger (Th.). Der Zusammenhang der Sklerose der Kranzarterien des Herzens mit der Erkrankung seiner Muskulatur. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 juin.) — La sclérose des artères coronaires dans ses rapports avec les affections de la musculature du cœur.

Oddo (C.) et **Mizzoni** (A.). Rupture d'un anévrysme de l'aorte abdominale suivie de désordres mécaniques considérables. (*Marseille méd.*, 15 juin.

Raimann (E.). Ueber alimentäre Glykosurie; zweite Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 mai.)

Reckzeh. Nervöse Tachypnoe. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 avril, 6 et 13 mai.)

Robinson (B.). Chronic myocarditis and fatty degeneration of the heart. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.) — Myocardite chronique et dégénérescence graisseuse du cœur.

Ruini (G.). Sulla ricerca e determinazione clinica del glucosio nelle urine coll'acido ortonitrofenilpropiolico. (*Riforma med.*, 25 juin.)

Rumpf (Th.). Zur Kenntnis der perniciösen Anämie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 mai.)

Russell (W.). Arterial hypertonus and arteriosclerosis; their relations and significance. (*Lancet*, 1er juin.)

Schlagenhaufer (F.). Zur Kenntnis der Erkrankungen der bronchialen Lymphdrüsen : Drei Fälle von Pyämie nach Vereiterung einer bronchialen Lymphdrüse. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 juin.) — Trois cas de pyémie consécutive à la suppuration d'un ganglion bronchique.

Schmidt (R.). Zur klinischen Diagnostik des Niereninfarctes und renal bedingter Kolikanfälle. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 et 16 mai.) — Diagnostic clinique de l'infarctus du rein et des coliques néphrétiques.

Schrötter (H. von). Ueber Stenosierung der Pulmonalarterie, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Metastasierung des Uteruscarcinomes. (*Deutsche Aerzte-Zeitung*, 1er nov.)

Schünemann (H.). Ein Fall von Pericarditis und Mediastinitis syphilitica. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 26 et 29 juin.)

Schütz (E.). Diabetes mellitus unter dem Bilde einer gastro-intestinalen Erkrankung. (*Wien. med. Wochensch.*, 18 et 25 mai.) — Le diabète sucré évoluant sous la forme d'une affection gastro-intestinale.

Schwarz (S.). La syphilis du cœur et sa curabilité (en russe). (*Méd. Obozr.*, juin.)

Simmonds (M.). Ueber Hirnblutung bei verruköser Endocarditis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 mai.) — De l'hémorrhagie cérébrale dans l'endocardite végétante.

Singer (G.). Weitere Erfahrungen über die Aetiologie des acuten Gelenkrheumatismus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 mai.) — Nouvelles recherches sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu.

Stadelmann (E.). Klinische und therapeutische Untersuchungen bei Phthisis pulmonum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 et 27 juin.)

Taylor (S. B.). Obstipation. (*Med. News*, 22 juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bálint (R.). Ueber das Verhalten der Patellarreflexe bei hohen Querschnittsmyelitiden. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 5-6.) — De l'état des réflexes rotuliens dans les myélites transverses haut situées.

Deléarde et **Bertin.** Sur un cas de mort subite par tumeur cérébrale (psammome) qui a passé inaperçue pendant la vie. (*Echo méd. du Nord*, 23 juin.)

Falkenheim. Ueber familiäre amaurotische Idiotie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIV, 2.)

Higier (H.). Zur Klinik der angiosklerotischen paroxysmalen Myasthenie (« claudication intermittente » Charcot's) und der sogen. spontanen Gangrän. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XIX, 5-6.)

Laquer (L.) et **Weigert** (C.). Beiträge zur Lehre von der Erb'schen Krankheit. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet.) — De la maladie d'Erb.

Lenoble (E.) et **Aubineau** (E.). Deux cas de maladie nerveuse familiale intermédiaire entre la maladie de P. Marie (hérédo-ataxie cérébelleuse) et la maladie de Friedreich. (*Gaz. méd. de Nantes*, 6 juillet.)

Levy (M.). Ererbte Mitbewegungen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet.) — Mouvements associés héréditaires.

Mendel (K.). Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Dystrophia musculorum progressiva. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet.)

Pospelov (A.). Un nouveau signe de la maladie de Raynaud (en russe). (*Méd. Obozr.*, juin.)

Rinoldi (C.). Due casi di atetosi bilaterale. (*Gazz. degli Osped.*, 23 juin.)

Robertson (W. F.). Observations bearing upon the question of the pathogenesis of general paralysis of the insane. (*Brit. Med. Journ.*, 29 juin.)

Rothmann (M.). Ueber die functionelle Bedeutung der Pyramidenbahn. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 mai.) — De la signification fonctionnelle du faisceau pyramidal.

Schidlowsky. Ueber gonorrhoische Myelitis und Tabes dorsalis. In-12, 23 p. Fulda.

Stewart (P.). Paralysis of the cervical sympathetic. (*Brit. Med. Journ.*, 8 juin.)

Tramonti (E.). Contributo clinico allo studio della paralisi spinale spastica sifilitica di Erb. (*Riv. mens. di neuropatol. e psichiatria*, juin.)

Watson (Ch.). The pathogenesis of tabes and allied conditions in the cord. (*Brit. Med. Journ.*, 1er juin.)

CHIRURGIE

Finkelstein (B.). La tuberculose des ganglions lymphatiques (en russe). (*Vratch*, 2 juin.)

Fiori (P.). Contributo alle lesioni traumatiche del sistema nervoso periferico. (*Gazz. degli Osped.*, 9 juin.)

Fowler (G. R.). Decortication of the lung for chronic empyema. (*Med. News*, 15 juin.)

Frazier (Ch. H.). The operative treatment of cirrhosis of the liver. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Gangitano (F.). Echinococco suppurato del rene destro; nefrectomia; guarigione. (*Riforma med.*, 19, 20 et 21 juin.)

German (W. H.). Surgical shock. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 juin.)

Gessner (A.). Ueber Mischgeschwülste des Hodens. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 1-2.) — Des tumeurs mixtes du testicule.

Goelet (A. H.). The diagnosis and surgical treatment of prolapsed kidney; with demonstration of a simple method of examination for its detection. (*Med. Record*, 1er juin.) — Le diagnostic et le traitement chirurgical de la néphroptose; un procédé simple de recherche du rein flottant.

Goldan (S. O.). Nitrous oxide and oxygen as a surgical anæsthetic. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Gordon (T. E.). A case of cervical rib; obliteration of the arteries of the right arm; gangrene of a portion of several fingers; excision of the rib. (*Brit. Med. Journ.*, 8 juin.) — Un cas de côte cervicale; oblitération des artères du bras droit; gangrène partielle de plusieurs doigts; résection de la côte cervicale.

Gottstein (G.). Ein Fall von Fremdkörper (Gebiss) in der Pars cardiaca des Magens, diagnostizirt durch Radiographie und Oesophagoskopie; Gastrotomie; Heilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 juin.) — Corps étranger (râtelier) de l'estomac, au voisinage du cardia, diagnostiqué par la radiographie et l'œsophagoscopie; gastrotomie; guérison.

Gourc. Nécrose post-variolique des maxillaires droits. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. de Paris*, mai-juin-juillet.)

Greife (H.). Rennthiersehnenfäden als Naht- und Ligaturmaterial. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 juin.) — Emploi de tendons de renne pour sutures et ligatures.

Grohé (B.). Unsere Nierentumoren in therapeutischer, klinischer und pathologisch-anatomischer Beleuchtung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 1-2.) — Les tumeurs du rein au point de vue thérapeutique, clinique et anatomo-pathologique.

Hackmann (N.). Die Jodoform-Plombe. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 mai.)

Hardon (V. O.). The alum enema in the after-treatment of abdominal operations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.) — Les lavements d'alun après les interventions sur l'abdomen.

Harris (M. L.). Movable kidney; its cause and treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juin.) — La néphroptose, son étiologie et son traitement.

Heermann. Ueber mechanische Behandlung von Wunden und Geschwüren besonders des Unterschenkels. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er juin.) — Traitement mécanique des plaies et des ulcères, surtout des ulcères de jambe.

Hermes. Einklemmung einer Dünndarmschlinge durch den ringförmig verwachsenen Wurmfortsatz. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 juin.) — Etranglement d'une anse de l'intestin grêle par l'appendice formant anneau.

Heusner (L.). Beitrag zur Behandlung der Kniegelenkscontracturen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 mai.) — Traitement des contractures du genou.

Hewitt (F. W.). Anæsthetics and their administration. In-8°, 552 p. avec fig. Londres.

Huschenbett. Ueber eine verbesserte Methode von Gehverbänden bei Ober- und Unterschenkelbrüchen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 15 juin.) — Appareils pour le traitement ambulant des fractures de la cuisse et de la jambe.

Israel (J.). Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. In-8°, 615 p. avec fig. Berlin. — Chirurgie clinique des maladies du rein.

Justian (F.). Ein Beitrag zur Casuistik der Tuberculosis herniosa. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 1-2.)

Karewski. Zur Semiotik und Therapie der Appendicitis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10, 17 et 24 juin.)

Kausch (W.). Cucullarisdefekt als Ursache des kongenitalen Hochstandes der Scapula. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 1er juin.) — Absence de la portion inférieure du muscle trapèze comme cause de la position élevée congénitale de l'omoplate.

Keetley (C. B.). The surgical treatment of ulcers of the stomach which are or have been complicated with severe hæmorrhage. (*Lancet*, 8 juin.)

Kehr (H.). Wie gross ist heute die Mortalität nach Gallensteinoperationen? (*Münch. med. Wochensch.*, 4 juin.) — Quelle est aujourd'hui la mortalité à la suite d'opérations pour cholélithiase?

Kelling. Ein in physiologischer Beziehung beachtenswerther Fall von Magenresection nebst Bemerkungen zur Gastro-Enterostomie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 1-2.) — Un cas de résection de l'estomac, intéressant au point de vue physiologique.

Podestá (B.). Las inyecciones de cocaína en la aracnóides lumbar; su aplicación en 195 operaciones. (*Thèse de Buénos-Ayres.*)

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Heinsius (F.). Carcinombildung im Beckenbindegewebe. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 2.) — Un cas de cancer ayant pris naissance dans le tissu conjonctif du bassin.

Henkel (M.). Ueber die im Gefolge der vaginalen Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus entstehenden Blasen- und Ureterverletzungen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 2.) — Des lésions de la vessie et des uretères consécutives à l'extirpation totale de l'utérus cancéreux par la voie vaginale.

Hofbauer (J.). Scheidenatresieen bei vorhandener Doppelbildung der Vagina. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 juin.) — Vagin double avec atrésie vaginale.

Jordan. Die chirurgische Behandlung der Uteruscarcinome. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 2.) — Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus.

Kleinwächter (L.). Einige Worte über eine sehr selten zu beobachtende krankhafte Complication der Gravidität. (*Wien. med. Presse*, 30 juin.) — A propos d'une complication très rare de la grossesse.

Kurz (E.). Secondamento normale e patologico, sua assistenza e sua cura. (*Clinica moderna*, 29 mai et 5 juin.) — La délivrance normale et pathologique.

Lambret (O.). Opération césarienne suivie d'hystérectomie deux ans après urétéro-cystonéostomie abdominale. (*Echo méd. du Nord*, 30 juin.)

Lehmann (F.). Ueber einige Beziehungen der Retroflexio uteri fixata zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 mai et 3 juin.) — De quelques rapports entre la rétroflexion adhérente de l'utérus, d'une part, et la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, d'autre part.

Ludwig (H.). Ueber Scheidengewölberisse bei der Geburt. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 et 9 mai.) — Sur les déchirures de la voûte du vagin pendant le travail.

Magnus (V.). Ovariets betydning for svangerskabet med særligt hensyn til corpus luteum. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, oct.) — Rôle joué dans la grossesse par l'ovaire et, en particulier, par le corps jaune.

Noble (Ch. P.). General considerations of treatment of placenta praevia. (*Therap. Gaz.*, mai.)

Pit'ha (V.). O cystách placentárnich. (*Sbornik klinicky*, II, 6.) — Des kystes du placenta.

Queirel. Indications et conditions d'une application de forceps. (*Marseille méd.*, 15 juin.)

Reed (C. A. L.). Text-book of gynecology. In-8°, 926 p. avec fig. Londres.

Reidhaar (L.). Ueber Metreuryse. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er juin.)

Rose (A.). Vaginaldouche mit Kohlensäure, ein Mittel bei puerperaler Eklampsie. (*Deutsche Praxis*, 10 juin.) — Traitement de l'éclampsie puerpérale par l'acide carbonique en douches vaginales.

Runge (M.). Lehrbuch der Gynäkologie. In-8°, 468 p. avec fig. Berlin. J. Springer.

Ruth (W.). Ueber Symphysenruptur. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 29 juin.)

Sandberg-Debelé (D.). Traitement des maladies des femmes par le procédé de Brandt, et quelques-unes de ses particularités (en russe). (*Vratch*, 19 et 26 mai et 2 juin.)

Schenk (F.). Zur instrumentellen Perforation des Uterus. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 mai.)

Schuchardt (K.). Ueber die paravaginale Methode der Extirpatio uteri und ihre Enderfolge beim Uteruskrebs. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — De l'extirpation de l'utérus par la méthode paravaginale et de ses résultats définitifs dans les cas de cancer utérin.

Schumacher (K.). Zur Kasuistik der puerperalen Uterusinversionen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 juin.)

Seydel (O.). Ein Enchondrom des Uterus; ein Beitrag zur Genese der Mischtumoren des Uterus. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 2.)

Siebourg (L.). Fall von Uterus biforis subseptus unicorporeus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 juin.)

Simpson (J. P.). Three cases of puerperal eclampsia; with critical notes on the etiology, pathology, prognosis, and treatment. (*Lancet*, 29 juin.)

Stolz (M.). Zur Kenntnis der Influenza im Wochenbette und ihrer Differential-Diagnose gegenüber puerperalen Infektionen auf Grund klinischer Beobachtungen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — La grippe dans les suites de couches et son diagnostic différentiel d'avec les infections puerpérales.

Theilhaber (A.). Die Ursachen und die Behandlung der Menstrualkolik (Dysmenorrhoe). (*Münch. med. Wochensch.*, 28 mai et 4 juin.) — Etiologie et traitement de la dysménorrhée.

Wilson (W. R.). Report of a cesarean section in a case of obliquely contracted pelvis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

PÉDIATRIE

Aussèt (E.). A propos d'un cas de maturité précoce chez une fillette de quatre ans et neuf mois. (*Echo méd. du Nord*, 30 juin.)

Mohr (M.). Die Prophylaxis der Ophthalmia neonatorum. (*Pest. med.-chir. Presse*, 30 juin.)

Muls. L'hémoglobinurie paroxystique essentielle. (*Policlinique*, 1er juin.)

Oppenheimer (K.). Ueber Säuglingsernährung durch unverdünnte Milch. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXI, 5-6.) — De l'alimentation des nourrissons au moyen du lait non coupé.

Peters (R.). De la psychothérapie chez les enfants (en russe). (*Vratch*, 2 juin.)

Rey (J. G.). Ueber eine bisher nicht berücksichtigte Contra-Indication der Phimosisoperation, die Cystitis der ersten Lebensjahre. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 6.) — Sur une contre-indication non encore signalée de l'opération du phimosis : la cystite des enfants en bas âge.

Rocaz. Pleurésie purulente chez un enfant traitée par le suc pulmonaire. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 16 juin.)

Schmid-Monnard. Bericht über 80 Darmkatarrhe im Monat August. (*Therap. Monatsh.*, juin.) — 80 cas d'entérite [chez des enfants] au mois d'août.

Schreiber (E.). Prophylaxis und Therapie der Rhachitis. In-8°, 26 p. Berlin.

Slawyk. Bakteriologische Blutbefunde bei infektiös erkrankten Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 5.) — Résultats de l'examen bactériologique du sang d'enfants atteints de maladies infectieuses.

Starck (von). Ueber die Stellung der sogen. Möller-Barlow'schen Krankheit nebst Bemerkungen über Kindermilch. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 juin.)

Stöltzner (W.). Histologische Untersuchung der Knochen von 9 mit Nebennierensubstanz behandelten rhachitischen Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIII, 5 et 6.) — Examen histologique des os provenant de 9 enfants rachitiques traités au moyen de capsules surrénales.

Taillens. Sur la mort, chez les enfants, par hypertrophie du thymus. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin.)

Taylor (J. M.) et **Pearce** (F. S.). Heart and circulation in the feeble-minded. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.) — Le cœur et la circulation chez les enfants faibles d'esprit.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Heine. Ein Fall von Blutung aus der Carotis interna in Folge von Cholesteatom. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 juin.) — Hémorrhagie provenant de la carotide interne et due à un cholestéatome.

Hopkins (G. W.). Superheated air in the therapeutics of chronic catarrhal otitis media. (*Med. Record*, 1er juin.) — L'air surchauffé contre l'otite moyenne catarrhale chronique.

Landau (M.). Les déformations de la cloison du nez et leur traitement par le trépan électrique. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, mai-juin.)

Lublinski (W.). Giebt es eine isolirte Lähmung des Musc. cricothyreoideus? (*Münch. med. Wochensch.*, 25 juin.) — Existe-t-il une paralysie isolée du muscle cricothyroïdien?

Natier (M.). Faux adénoïdisme par insuffisance respiratoire chez des névropathes; troubles de la voix parlée et chantée. (*La Parole*, juin.)

Rhodes (J. E.). Interesting throat paralyses in a case of locomotor ataxia of an irregular form. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 juin.) — Paralysie du larynx dans un cas d'ataxie locomotrice atypique.

Talbot (E. S.). Oral manifestations and allied states. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 et 29 juin.)

Thomson (J.) et **Turner** (A. L.). Etiologie du stridulisme congénital chez l'enfant. (*La Parole*, août.)

Tóvölgyi (E.). Ueber die Tuberkulose des Kehlkopfes. (*Pest. med.-chir. Presse*, 12, 19 et 26 mai; 2 et 9 juin.) — De la tuberculose laryngée.

Treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900); sections de laryngologie et de rhinologie, et d'otologie [compte rendu officiel]. In-8°, 595 p.

Zünd-Burguet (A.). De la valeur comparative des procédés médicaux ou chirurgicaux et des exercices orthophoniques dans le traitement de certains vices de prononciation. (*La Parole*, mai.)

HYGIÈNE

Albu. Zur Bewerthung der vegetarischen Diät. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 et 24 juin.) — De la valeur du régime végétarien.

Balland (A.). Les pains de munition et les pains de conserve des principales armées. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.)

Coulliaux (L.). Igiene della bocca e dei denti : nozioni elementari di odontologia. In-16, 298 p. avec fig. Milan.

De Giovanni (A.). La lega nazionale contro la tubercolosi; sua organizzazione e sue aspirazioni. In 16, 90 p. Rome.

Gosio (B.) et **Bonavia** (L.). Manuale pratico di chimica applicata all'igiene. In-8°, 292 p. avec fig. Turin.

Kister (J.). Ueber Gesundheitsschädlichkeit der Borsäure als Conservirungsmittel für Nahrungsmittel. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 2.) — Des effets nocifs de l'acide borique employé pour la conservation des substances alimentaires.

Proust (A.), **Netter** (A.) et **Bourges** (H.). Traité d'hygiène. 3e éd. Fasc. Ier. In-8°, 496 p. avec fig.

Sabatier (A.). Hygieia lugdunensis. (*Lyon méd.*, 9, 16, 23 et 30 juin.)

Schüder. Ueber das Schumburg'sche Verfahren der Wasserreinigung mittels Brom. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 2.) — De l'épuration des eaux au moyen du brome, d'après le procédé de Schumburg.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brat (H.). Ueber gewerbliche (Methämoglobin-) Vergiftungen und deren Behandlung mit Sauerstoffinhalationen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 et 16 mai.) — Des intoxications professionnelles (méthémoglobiniques) et de leur traitement par les inhalations d'oxygène.

Eberson (M.). Beitrag zur Entstehungsweise von subpleuralen Ekchymosen (Tardieu'schen Flecken) bei Erstickten. (*Wien. med. Presse*, 9 juin.) — Mode de production des ecchymoses sous-pleurales chez les asphyxiés.

Fallot. Contribution à l'étude des traumatismes volontairement provoqués; un instrument destiné à produire des lésions simulant une morsure de cheval. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.)

Firgau (F.). Gifte und stark wirkende Arzneimittel in gerichtlicher, hygienischer, gewerblicher Beziehung. In-8°, 305 p. Berlin. — Les poisons et les médicaments actifs au point de vue médico-légal, hygiénique et industriel.

Golding-Bird (C. H.). Remarks on skiagraphy and fractures, especially in their medico-legal relation. (*Brit. Med. Journ.*, 8 juin.)

Hoche (A.). Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. In-4°, 732 p. avec fig. Berlin. — Manuel de psychiatrie médico-légale.

Mulert. Schemata und Notizen für gerichtliche Obductionen. In-12, 24 p. Waren. — Vade-mecum pour les autopsies médico-légales.

Taylor (W. E.). Morphinism : an unusual case. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 juin.)

Ziemke (E.). Zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut mit Hilfe eines spezifischen Serums. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 juin.) — De la différenciation du sang de l'homme d'avec celui des animaux au moyen d'un sérum spécifique.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Grenet (H.) et **Piquand** (G.). Traitement des anévrysmes du tronc brachio-céphalique par la méthode de Brasdor et des anévrysmes en général par les injections sous-cutanées de gélatine. (*Arch. gén. de méd.*, mai et juin.)

Grube (K.). Die diätetische und hygienische Behandlung der Zuckerkrankheit. 2e éd. In 8°, 96 p. Bonn. — Le traitement diététique et hygiénique du diabète.

Harper (H.). Pure urea in the treatment of tuberculosis. (*Lancet*, 15 juin.)

Hutchison (R.). Sugar-free milk as a food for diabetics. (*Lancet*, 22 juin.) — Le lait exempt de sucre comme aliment pour les diabétiques.

Jardine (R.). The treatment of puerperal eclampsia by saline diuretic infusions. (*Lancet*, 15 juin.)

Kerley (Ch. G.). The treatment of scarlatinal nephritis. (*Med. News*, 15 juin.)

Kossmann (R.). Zur Geschichte der Behandlung der Leukorrhoe mit Hefe. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er juin.) — Historique du traitement de la leucorrhée au moyen de la levure de bière.

Lapponi (G.). Un caso di tetano curato con le iniezioni sottocutanee di acido fenico; guarigione. (*Policlinico*, 22 juin.)

Latham (A.). The treatment of the cough in pulmonary consumption. (*Edinburgh Med. Journ.*, juin.) — Le traitement de la toux dans la phtisie pulmonaire.

Lemoine (G.). De la congestion thérapeutique dans la tuberculose. (*Nord méd.*, 15 juin.)

Lewis (Ch. H.). The use of methylene-blue injections in pleurisy with effusion. (*Med. News*, 1er juin.)

Lusignoli (A.). A infecçao de Werlhof curada pelas injecçoes endovenosas de bichlorureto de mercurio. (*Brazil-med.*, 15 oct.)

Marfori Savini (G.). Sull'efficacia delle iniezioni preventive di siero antidifterico. (*Policlinico*, 29 juin.)

Mayer (A.). Treatment of diabetes mellitus. (*Med. News*, 29 juin.)

Mongour (Ch.). Traitement des pleurésies purulentes non tuberculeuses compliquées de fistule pleuro-bronchique par le sérum de Marmorek. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 16 juin.)

Moszkowicz (L.). Ueber subcutane Injectionen von Unguentum paraffini. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 juin.)

Ollive (G.). Le traitement de la fièvre typhoïde. (*Gaz. méd. de Nantes*, 8 juin.)

Petzold (A.). Die Behandlung der croupösen Pneumonien nach den vom 1. April 1897 bis 30. September 1900 beobachteten Fällen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 3-4.) — Le traitement de la pneumonie lobaire.

Porter (A. E.). The value of antitoxin in the prevention of diphtheria. (*Lancet*, 22 juin.)

Richmond (G. E.). Sulphur in the treatment of dysentery. (*Lancet*, 15 juin.)

Saalfeld (E.). Ueber die Anwendung von kakodylsauren Salzen bei Hauterkrankungen. (*Therap. Monatsh.*, juin.) — De l'emploi des cacodylates dans les maladies de la peau.

Salaghi (S.). Nuovi attrezzi di ginnastica medico-manuale; memoria preliminare. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, juillet.)

Schenk (A.). Die physikalische Therapie der Lungentuberkulose mittels Stauungshyperämie. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 10 juin.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'hyperémie artificielle.

Schmiedl (H.). Zur Behandlung der habituellen Obstipation. (*Therap. Monatsh.*, juin.) — Traitement de la constipation habituelle.

Schweitzer (R.). Zur Therapie des Wangenkrebses. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 5 et 8 juin.) — Traitement du noma.

Stadelmann (E.). Ueber Entfettungscuren. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 juin.) — Des cures de l'obésité.

Staub (H.). Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Zimmtsäure. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juin.) — Traitement de la phtisie par l'acide cinnamique.

Trovati (G.). Delle iniezioni endovenose di soluzione fisiologica di cloruro di sodio con saccarosio. (*Pammatone*, V, 2.)

Tyler (G. E.). Antipneumococcic serum treatment of pneumonia, with report of cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juin.)

Zangger (Th.). Beitrag zur Therapie des Keuchhustens. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juin.) — Traitement de la coqueluche.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Béclère (A.). Les instruments auxiliaires de l'emploi médical des rayons de Röntgen. (*Arch. d'électricité méd.*, juin.)

Bordier (H.) et **Durand** (V.). Recherches sur le souffle électrique. (*Arch. d'électricité méd.*, juin.)

Cassan. Des bains de lumière électrique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er, 8 et 15 juin.)

Courtade (D.). Du traitement électrique de la spermatorrhée. (*Arch. d'électricité méd.*, juin.)

Frankenhäuser. Ueber elektrochemische Therapie. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 3 juin.)

Mally. Etude sur le traitement des tissus de cicatrice et en particulier sur le traitement des rétrécissements par l'électricité. (*Centre méd. et pharmaceut.*, juin.)

Minine (A.). Action curative de la lumière électrique bleue (en russe). (*Vratch*, 23 juin.)

Romano (A.). Sul valore della « cataforesi elettrica medicata » nella terapia della ipertrofia tiroidea. (*Incurabili*, 1er-15 août.)

Sloan (S.). Faradisation of the head in the treatment of chronic insomnia and associated neuroses. (*Brit. Med. Journ.*, 29 juin.) — La faradisation de la tête contre l'insomnie chronique et les névroses qui s'y associent.

BALNEOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Atti del VI Congresso nazionale di idrologia e climatologia (Siena, 1900). In-8°, 151 p. avec planches. Pérouse.

Behrend (M.). Zur Klimato- und Balneotherapie der Herzkrankheiten. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 1er juin.) — Climatothérapie et balnéothérapie des maladies du cœur.

Burgonzio (L.). Sulla modificazione della pressione arteriosa per le pratiche idroterapiche. (*Idroterapia pratica*, mai.)

Determann. Das Höhenklima im Winter und seine Verwendbarkeit für Kranke. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 13 juin.) — Le climat d'altitude pendant l'hiver et son utilisation en thérapeutique.

Meffert (H.). Beitrag zur hydriatischen Behandlung der beginnenden Lungentuberkulose im Hause. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 mai.) — De l'hydrothérapie à domicile dans la tuberculose au début.

Stifler. Ueber Herz-Heilbäder. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 mai.) — De la balnéothérapie des affections cardiaques.

Targhetta (G.). L'idroterapia nel ricambio organico nello stato artritico e nella predisposizione tubercolare. (*Idroterapia pratica*, mai.)

BACTÉRIOLOGIE

Ascoli (G.). Zur Morphologie der Bakterien und ihre Beziehung zur Virulenz. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 mai.) — La morphologie des bactéries et ses rapports avec la virulence.

Funck (M.). Weitere Mitteilung über den Vaccine- und Variolaerreger. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 mai.) — Nouvelles recherches sur l'agent pathogène de la vaccine et de la variole.

Hunter (W.) et **Nuthall** (A. W.). The bacteriology of sporadic cerebro-spinal meningitis. (*Lancet*, 1er juin.)

Italia (F. E.). I batteri della calcolosi biliare coltivati nella bile; ulteriore contributo alla genesi microbica dei calcoli biliari. (*Riforma med.*, 22 juin.)

Krausz (A.). Ueber die Infectionsfähigkeit und Desinfection von gebrauchten Büchern. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 2.) — De l'infection par les livres.

Predtétchensky (V.). Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu (en russe). (*Vratch*, 16 juin.)

Ramus (C.). Variability of the tubercle bacillus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 juin.)

Revis (C.) et **Moore** (E. W.). A new method of examining milk for various bacteria. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juin.) — Une nouvelle méthode d'examen bactériologique du lait.

Unna (P. G.). Ueber die feinere Struktur der Kokken. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 3 juin.) — De la structure fine des cocci.

Walsh (J.). Diphtheria bacilli in noma. (*Proceedings of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, juin.)

Wright (A. E.). A further note on the technique of the quantitative estimation of the bactericidal power of the blood, and (incidentally) on the possible application of such estimations to the standardisation of bacterial vaccines. (*Lancet*, 1er juin.) — Nouvelles recherches sur la technique de l'évaluation du pouvoir bactéricide du sang, et sur l'application possible de cette évaluation aux vaccins bactériens.

21e ANNÉE. — N° 53. Vingt centimes le numéro. 18 DÉCEMBRE 1901.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de nous adresser au plus tôt le montant de leur renouvellement.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Copenhague. — M. le docteur F. C. C. Hansen est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. Chievitz, décédé.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Karl Adrian est nommé privatdocent de dermatologie.

VARIA

Distribution des prix de l'Académie de médecine de Paris pour 1901.

Hier a eu lieu la distribution des prix de l'Académie de médecine de Paris pour 1901. Parmi les lauréats, nous relevons les noms suivants de confrères étrangers : M. le docteur H. Cristiani et Mme A. Cristiani, docteur en médecine (de Genève), à qui a été décerné le prix Louis (3,000 fr.); M. le docteur A. Zinno (de Naples), qui a reçu le prix Portal (600 fr.); Mlle M. Lipinska, docteur en médecine (d'Odessa), qui a obtenu un prix de 500 fr. (prix Hugo), pour son *Histoire des femmes médecins depuis l'antiquité jusqu'à nos jours;* M. le docteur E. Ehlers (de Copenhague), à qui il a été accordé un prix Hugo, pour son travail sur *Les léproseries danoises du moyen âge, du dixième siècle à la fin du seizième siècle;* enfin, M. le docteur R. Dalla Vedova (de Rome), qui a reçu une mention honorable pour son mémoire sur la *Pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

THÈSES DE NANCY

Baldensperger (J.-A.). La sclérite.

Barrois (L.-J.). Etude sur le Kho-Sam.

Bazelaire de Ruppierre (M.-G. de). De la peur chez les vieillards.

Beltcheva (née Marie Gromova). Quelques considérations sur la chlorose.

Claus (L.-P.). Etude sur la tuberculose infantile.

Derappe (A.). Des abcès consécutifs aux injections sous-cutanées dans le cours de la pneumonie et de la fièvre typhoïde.

Dimitrova (Zaharine). Recherches sur la structure de la glande pinéale chez quelques mammifères.

Donet (Ch.). Contribution à l'étude du tabes traumatique considéré au point de vue médico-légal.

Dreyer (M.-F.-J.). De l'uréthrotomie complémentaire.

Gartcheff (N.). Du traitement palliatif non sanglant de la luxation congénitale de la hanche.

Hambartzoumian (L.). Accident méningitique consécutif aux corps étrangers et blessures de l'orbite.

Lemaire (Ch.). Du syndrome arthropathique de Charcot dans certaines affections de la moelle.

Mathieu (J.). Ostéomyélites simulant une tumeur.

Michel (L.). De la coxa vara.

Nivelet (L.-E.-R.). Contribution à l'étude de la pleurite interlobaire.

Pillement (P.-J.-N.). Action physiologique et clinique des huiles iodées.

Schachter (I.). De la trichosporie (*Piedra nostras* et *Piedra columbica*).

Schmit (N.). Contribution à l'étude clinique des complications rénales de la grippe.

Tananoff (S.). Du sommeil et de l'insomnie chez le vieillard; des effets hypnotiques de la péronine et de la dionine.

Urmès (M.-E.). De la pneumonie traumatique.

Vigneron (V.-M.-J.). De la prostitution clandestine à Nancy; esquisse d'hygiène sociale.

PHYSIOLOGIE

Barbiani (G.). Sul potere assorbente del grosso intestino per le sostanze medicamentose ed alimentari; ricerche sperimentali. (*Policlinico*, partie chir., VIII, 10.)

Deléarde et **Bardou**. De l'action de la levûre de bière desséchée sur la composition leucocytaire du sang. (*Echo méd. du Nord*, 7 juillet.)

Doyon et **Morel**. Action de la pression sur la composition du sang. (*Lyon méd.*, 21 juillet.)

Ferrannini (L.). Sulla fisiologia del lobo orbitario; nota preventiva. (*Riforma med.*, 13 juillet.)

Laulanié (F.). Eléments de physiologie. Fasc. 3 : du mouvement; fonctions du système nerveux. In-8°, p. 621 à 812, avec fig. Asselin et Houzeau.

Rosenberg (S.). Ueber die Beziehungen zwischen Galle und Hippursäurebildung im thierischen Organismus. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 20 juillet.) — Rapports entre la bile et la formation d'acide hippurique dans l'organisme animal.

Umber (F.). Ueber die fermentative Spaltung der Nucleoproteide im Stoffwechsel. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 3 4.) — Du dédoublement, sous l'influence des ferments, des nucléoprotéides dans les échanges organiques.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Braun (Ph.). Beitrag zur Frage der Induratio cyanotica renum; experimentelle Untersuchung. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 8.)

Ehrhardt (O.). Ueber Gallenresorption und Giftigkeit der Galle im Peritoneum. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 2.) — Sur la résorption de la bile et sur la toxicité de ce liquide dans la cavité péritonéale.

Faré (Ch.). Variations physiologiques et pathologiques de la salive. (*Touraine méd.*, juillet.)

Galeotti (G.). Sulla secrezione renale nelle nefriti sperimentali; nota preventiva. (*Clinica moderna*, 3 juillet.)

Kravkov (N.). Des pentoses dans l'organisme animal et de l'origine de la pentosurie (en russe). (*Vratch*, 28 juillet et 4 août.)

Orlovsky (V.). De la signification de l'auto-intoxication par des acides en pathologie interne et, en particulier, dans la pathogénie de l'urémie (en russe). (*Vratch*, 28 juillet.)

Ponticaccia (M.). Per la eziologia della rachitide; confutazione della teoria infettiva. (*Riv. veneta di scienze med.*, 31 août.)

Rem-Picci (G.). Sulle albuminurie da bagni freddi; effetti della perfrigerazione cutanea sull'organismo umano. (*Boll. dell'Accad. med. di Roma*, XXVII, 2.)

Török (L.). Eine Erklärung des kritischen Schweisses. (*Pest. med.-chir. Presse*, 21 juillet.) — Une interprétation des sueurs critiques.

Wang (E.). Om auto-intoxikationer. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.)

MÉDECINE

Albert (E.). Sur un cas d'abcès de la rate des pays chauds à pus stérile. (*Rev. de méd.*, juin.)

Aubry. Un cas d'alcoolisme chronique avec polynévrite chez la femme; stéatose du foie; néphrite dégénérative hépatogène. (*Gaz. méd. de Nantes*, 29 juin.)

Biernacki (E.). Hämatologische Diagnostik in der praktischen Medicin. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 306.)

Blumenau (E.). Erkrankungen der oberen Atmungswege bei Rheumatismus. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 15 et 19 juin.) — Les lésions des voies respiratoires supérieures dans le rhumatisme.

Boas (I.). Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten. 2e éd. In-8°, 607 p. avec fig. Leipzig. — Diagnostic et traitement des maladies de l'intestin.

Braesco (A. N.). Les souffles cardio-pulmonaires et leur importance dans le diagnostic des lésions valvulaires du cœur. (*Bull. de la Soc. des méd. et des natural. de Jassy*, janv.-fév. et mars-avril.)

Bruno (A.). Sopra i composti del cloro nelle urine. (*Riforma med.*, 15, 17 et 18 juin.)

Buard (G.). De la séro-réaction comme moyen de diagnostic de la tuberculose; divers moyens de la pratiquer. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 28 juillet.)

Bulletin de la Société médicale de l'Yonne. T. XLI (année 1900). In-8°, LII-184 p. Auxerre.

Burzagli (G. B.). Sulla natura della poliorromenite. (*Gazz. degli Osped.*, 28 juillet.)

Caccini (A.). Linfomatosi sistematica del midollo delle ossa con trapiantazione al fegato ed ai reni; contributo allo studio dell'albumosuria o propeptonuria. (*Policlinico*, 8 juin.)

Cominotti (V.). Aneurysma der aufsteigenden Aorta mit Durchbruch in die obere Hohlvene. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 sept.) — Anévrysme de l'aorte ascendante avec rupture dans la veine cave supérieure.

Cowl (W.). Ueber die Röntgographie des Herzens. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 24 juin.) — De la radiographie du cœur.

Drevet (G.). Tableaux synoptiques pour l'analyse des urines et des dépôts urinaires. 2e éd. In-16, 78 p. avec fig.

Fabre (P.). Du délire dans la gangrène sénile. (*Centre méd. et pharmaceut.*, juin.)

Galli (P.). Il valore clinico della reazione iodofila nel sangue. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 7.)

Holth (S.). Et tilfælde af hysteriske blödninger i hud og slimhinder; död ved pankreasapoplexi. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.) — Hémorrhagies de la peau et des muqueuses chez une hystérique; mort par apoplexie du pancréas.

Ingelrans et **Drucbert** (G.). Un cas de cancer thyroïdien. (*Echo méd. du Nord*, 9 juin.)

Isager (K.). Nogle træk af tuberkulosens optræden paa landet. (*Thèse de Copenhague.*)

Kisch (E. H.). Differentielle Symptome der Lipomatosis universalis bei Männern und Frauen. (*Wien. med. Presse*, 2 juin.) — La symptomatologie différentielle de l'obésité suivant le sexe.

Lépine (R.) et **Boulud**. Sur le dosage des principes sucrés existant dans le sang et dans l'urine. (*Lyon méd.*, 16 juin.)

Milla (V.). Sul rapporto tra le infiammazioni croniche dei vasi arteriosi e le sclerosi dei visceri. (*Gazz. med. lombarda*, 24 fév., 3 et 10 mars.)

Ricaldoni (A.). Un caso de adeno-lipomatosis difusa simétrica sin preiominancia cervical. (*Rev. méd. del Uruguay*, juin et juillet.)

Romberg (E.). Zur Serumdiagnose der Tuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 et 9 mai.)

Stiller (B.). Pneumothorax durch Niesen bei gesunden Lungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 mai.) — Pneumothorax par éternument chez un homme ayant les poumons intacts.

Strauss (H.). Die chronischen Nierenentzündungen in ihrer Einwirkung auf die Blutflüssigkeit und deren Behandlung; nach eigenen Untersuchungen am Blutserum und an Transsudaten. In-8°, 159 p. Berlin. A. Hirschwald. — Des néphrites chroniques dans leurs rapports avec la densité du sang, et de leur traitement.

Svenson (N.). Stoffwechselversuche an Reconvalescenten. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 1-2.) — Recherches sur les échanges organiques chez les convalescents.

Syers (H. W.). The position in which the regurgitant aortic murmur is most clearly audible at the base of the heart. (*Brit. Med. Journ.*, 1er juin.) — Du point auquel correspond le maximum du souffle de l'insuffisance aortique.

Tarchetti (C.) et **Badano** (F.). Contributo allo studio delle citotossine pancreatiche. (*Gazz. degli Osped.*, 2 juin.)

Thomas. De l'existence de la leucémie aiguë. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars.)

Traina (V.). Sulla reazione di Haycraft. (*Policlinico*, 1er juin.)

Türk (W.). Zur Leukämiefrage. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 mai.)

Turri (R.). Insufficienza delle valvole semilunari dell'arteria polmonare. In-8°, 6 p. Ferrare.

Verhandlungen des dritten nordischen Kongresses für innere Medicin zu Kopenhagen, 26.-28. Juli 1900. In-8°, 200 p. Stockholm. — Comptes rendus du troisième Congrès scandinave de médecine interne tenu à Copenhague du 26 au 28 juillet 1900.

White (W. H.). Are not some patients said to be afflicted with gastric ulcer really suffering from a different disease? (*Lancet*, 29 juin.) — Le diagnostic d'ulcère de l'estomac n'est-il pas quelquefois posé pour une affection tout autre?

Zaudy. Beiträge zur Lehre von der Lipämie und vom Coma diabeticum nebst Angabe einer einfachen Methode zur Feststellung abnorm hohen Fettgehaltes im Blut. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 3-4.) — Recherches sur la lipémie et le coma diabétique; une méthode simple pour la détermination de la teneur anormalement exagérée du sang en graisse.

Ziffer (E.). Zur Lehre vom hektischen Fieber. (*Wien. med. Wochensch.*, 15 juin.)

MALADIES INFECTIEUSES

Beck (M.) et **Rabinowitsch** (Lydia). Ueber den Wert und die Bedeutung der Arloing-Courmont'schen Serumreaction, besonders in Bezug auf die frühzeitige Erkennung der Rindertuberculose. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 2.) — Sur la valeur et la signification de la séroréaction d'Arloing et Courmont, surtout au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose bovine.

Bordet. Alimentation dans la fièvre typhoïde. (*Bull. méd. de l'Algérie*, juin.)

Carducci (A.). Sulla tecnica per la prova Widal. (*Policlinico*, 10 août.)

Carter (H. R.). A note on the spread of yellow fever in houses; extrinsic incubation. (*Med. Record*, 15 juin.) — Propagation de la fièvre jaune dans les maisons.

Conradi (H.) et **Vogt** (H.). Ein Beitrag zur Aetiologie der Weil'schen Krankheit. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 2.) — De l'étiologie de la maladie de Weil.

Delbecq (H.). Relation d'une épidémie de diphtérie aux Huttes de Gravelines. (*Echo méd. du Nord*, 16 juin.)

Dogliotti (A.). Rapporto fra l'erisipela facciale ed i venti. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, juillet.)

Dreyer (G.) et **Madsen** (Th.). Ueber Immunisirung mit den Toxonen des Diphtheriegiftes. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 2.)

Fiocca (R.). Infezione mista tifosa e malarica. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 10.)

Forchheimer (F.). Streptococcus bronchitis in influenza. (*Med. News*, 1er juin.)

Franke (F.). Ueber ein typisches Influenzasymptom, die Influenzaangina, und über die Influenzazunge und Influenzamilz. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXX, 3-4.) — Sur un symptôme pathognomonique de la grippe, l'angine grippale, ainsi que sur la langue et la rate grippales.

Galvão (R.). A raiva. (*Brazil-med.*, 22 fév., 1er, 15 et 22 mars, 22 avril, 8 août, 1er, 15 et 22 sept.) — La rage.

Houston (Th.). On anæmia in typhoid fever. (*Brit. Med. Journ.*, 15 juin.)

Kruse. Weitere Untersuchungen über die Ruhr und die Ruhrbazillen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 et 13 juin.) — Nouvelles recherches sur la dysenterie et sur ses bacilles.

Schmidt (F.). Ein Beitrag zur Virulenz des Scharlachcontagiums. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 mai.) — De la virulence du contage scarlatineux.

Stewart (J.). A report on 620 cases of typhoid fever treated in the Royal Victoria Hospital, Montreal, during the seven years ended December 31st, 1900. (*Brit. Med. Journ.*, 15 juin.)

Terrile (E.). Tifo ospedaliero. (*Pammatone*, V, 2.)

Thomson (G. S. et J.). Treatise on plague; conditions for its causation, prevalence, incidence, immunity, prevention, treatment. In-8°, 246 p. Londres. — Traité de la peste.

Trolard. La malaria et les nouvelles doctrines. (*Bull. méd. de l'Algérie*, mars, mai et juin.)

Valerio (N.). Sull'infezione locale da bacillo piocianeo. (*Gazz. degli Osped.*, 2 juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bechterev (V. von). Ueber den hypogastrischen Reflex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juillet.)

Brissaud (E.) et **Londe** (P.). Acroparesthésie, tétanie, fluxion goutteuse. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Deuxième Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique, tenu à Paris du 12 au 17 août 1900. Procès-verbaux sommaires. In-8°, 22 p. Impr. nationale.

Flatau (G.). Ueber die nervöse Schlaflosigkeit und deren Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie. (*Berlin. Klinik*, juillet.) — De l'insomnie nerveuse et de son traitement (surtout par la psychothérapie).

Grasset (J.). Diagnostic des maladies de l'encéphale; siège des lésions. In-16, 96 p. avec fig.

Higier (H.). Weiteres zur Klinik der Tay-Sachs'schen familiären paralytisch-amaurotischen Idiotie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 sept.)

Kann (G.). Ueber Frühdiagnose der Tabes. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 15 juillet.) — Du diagnostic précoce du tabes.

Mamlock (G. L.). Ueber aussergewöhnliches Fortbestehen, Mangeln oder Wiederauftreten des Kniesehnenreflexes bei Rückenmarkskrankheiten, besonders Tabes, Myelitis transversa und gummosa. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 3-4.) — De la conservation insolite, de l'abolition et de la réapparition du réflexe rotulien dans les affections médullaires, notamment dans le tabes, ainsi que dans les myélites transverse et gommeuse.

Marovsky (I.). Un cas rare d'hystérie (en russe). (*Vratch*, 28 juillet.)

Möbius (P. J.). Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes. 3e éd. In-8°, 93 p. Halle. — De l'imbécillité physiologique chez la femme.

CHIRURGIE

Casassa (A.). Tiroidite da pneumococco. (*Gazz. med. di Torino*, 6 juin.)

Dollinger (J.). Der Unterricht der Chirurgie an der 1. chirurgischen Universitätsklinik in Budapest. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 nov.)

Franke (F.). Ein seltener Fall von Magenresection. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 3-4.) — Un cas rare de résection de l'estomac.

Gangitano (F.). Di un nuovo processo di cura radicale delle ernie ombelicali. (*Riforma med.*, 1er, 2 et 3 juillet.)

Giani (R.). Per la casistica delle cisti sierose della guancia. (*Clinica moderna*, 17 juillet.) — Kystes séreux de la joue.

Klemm (P.). Ueber die Aetiologie der acuten Erkrankung des Processus vermiformis. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 8 juin.) — De l'étiologie de l'appendicite aiguë.

Köhler (A.). Geschichtliches über unser Nahtmaterial. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 avril.) — Etude historique sur le matériel à sutures.

Krause (F.). Zur Segmentdiagnose der Rückenmarksgeschwülste, nebst einem neuen durch Operation geheilten Fall. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 et 27 mai et 3 juin.) — Diagnostic du siège des tumeurs de la moelle épinière; un nouveau cas guéri à la suite d'une intervention opératoire.

Krumm (F.). Zur Frage der Cholecysto-Gastrostomie. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 mai.)

Kuhn (F.). Tüll bei der Transplantation. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 15 juin.) — L'emploi du tulle dans les greffes.

Lanz (O.). Zur Technik der Amputation des Wurmfortsatzes. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 mai.) — De la technique de la résection de l'appendice.

Lazarus (P.). Zur Pathogenese der Pankreascysten. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 6 et 10.)

Le Clerc (R.). De la conduite à tenir dans les grosses hernies adhérentes des vieillards. (*Année méd. de Caen*, juin.)

Legnani (T.). Un nuovo metodo di cura radicale delle varici agli arti inferiori. (*Policlinico*, 15 juin.)

Littlewood (H.). Intestinal suture by means of continuous catgut stitch and excision of the mucous membrane. (*Lancet*, 29 juin.)

Maclagan (T. J.). The surgical treatment of typhoid fever. (*Brit. Med. Journ.*, 15 juin.)

Manley (Th. H.). Complicated fractures, their diagnosis and treatment. (*Philadelphia Med. Journ.*, 1er juin.)

Mauclaire (P.). Chirurgie générale des muscles, des tendons, des bourses séreuses et de la peau. In-18, 430 p. avec fig.

Meyer (W.). Osteoplastic amputation of the arm, with the description of a useful saw for osteoplastic amputations. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Morris (R. T.). Diabetes in surgery. (*Med. News*, 29 juin.)

Muus (N.). Om processus vermiformis som brokindhold. (*Hospitalstidende*, 6 nov.)

Navarro (A.). Traitement des rectites sténosantes. (*Rev. de chir.*, juin.)

Nimier (H.) et **Laval** (E.). Traitement des blessures de guerre. In-18, 526 p. avec fig.

Ninni (G.). Un'altra sutura del cuore per ampia ferita penetrante del seno destro. (*Riforma med.*, 3 et 4 sept.)

Payr (E.). Beiträge zur Technik der Rhinoplastik. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 1-2.)

Peters (G. A.). Transplantation of ureters into rectum by an extraperitoneal method for exstrophy of bladder, and a new operation for procidentia recti in the same patient. (*Brit. Med. Journ.*, 22 juin.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Beckmann (W.). Einige klinische Beobachtungen über Uteruscarcinom. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 3.)

Boursier (A.). De la torsion du pédicule des salpingites kystiques. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 juillet.)

Bucura (C. J.). Ueber die plastische Verwendung des in die Scheide gestürzten Uteruskörpers bei Prolapsen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 3.) — Des opérations autoplastiques sur le corps de l'utérus prolabé dans le vagin.

Davis (E. P.). Dystocia from coiling or occlusion of the umbilical cord. (*Philadelphia Med. Journ.*, 6 juillet.)

Dickinson (R. L.). Pregnancies following ventral fixations, one ending in rupture and one in cesarean section. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.) — Deux cas de grossesse après ventrofixation de l'utérus; rupture de l'utérus dans l'un, opération césarienne dans l'autre.

Dührssen (A.). Die vaginale Coeliotomie als Concurrenzoperation der ventralen Coeliotomie auf Grund von 875 Fällen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 2.)

Ferraresi (C.). Sulle curve tubariche. (*Clinica ostetrica*, mai et juillet.)

Fischer (H.). Vade-mecum d'obstétrique et gynécologie des médecins-praticiens. In-12, 321 p. L. Boyer.

Franke (F.). Dilatirende Dauerdrainage des Uterus zur Behandlung der Endometritis und Dysmenorrhöe, insbesondere bei Stenose der Cervix. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLV, 3.) — Drainage prolongé de l'utérus dans le traitement de l'endométrite et de la dysménorrhée, surtout en cas de sténose du col de la matrice.

Fuchs (H.). Bemerkungen zur Zestokausis. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 juillet.)

Gallant (A. E.). The corset for movable kidney. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.) — Corset pour rein mobile.

Gradenwitz (R.). Ein Fall von doppelter Abreissung der Nabelschnur. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mai.) — Un cas de rupture double du cordon ombilical.

Häberlin. Ueber den Dammschutz. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juillet.) — De la protection du périnée.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Foster (Sir M.). Lectures on history of physiology during the 16th, 17th and 18th centuries. In-8°, 310 p. Londres.

Landis (H. R.). The history of the development of medical science in America as recorded in the « American Journal of the Medical Sciences ». In-8°, 24 p. avec portraits. Philadelphie.

Rasch (G.). Ældeste beretninger om de exanthematiske febre (kopper, mæslinger, skarlagensfeber). (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.) — Les plus anciennes descriptions des fièvres éruptives (variole, rougeole, scarlatine).

GÉNÉRALITÉS

Cabanès. Les morts mystérieuses de l'histoire : souverains et princes français de Charlemagne à Louis XVII. In-8°, 540 p.

Carini (A.). Il controllo obbligatorio dello stato sui sieri e sui vaccini. (*Riv. d'igiene e sanità pubbl.*, 1er sept.)

Gayon (U.) et **Dubourg** (E.). Nouvelles recherches sur le ferment mannitique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

Hahn (L.). Vocabulaire médical allemand-français. 2e éd. In-16, 337 p.

Köhler (A.). Der Arzt als Sachverständiger auf dem Gebiete der Unfallversicherung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 avril.) — L'expertise médicale dans les questions d'assurances contre les accidents.

Körösy (J. von). Die Sterblichkeit der Stadt Budapest in den Jahren 1891-1895 und deren Ursachen. In-8°, 216 p. Berlin. — La mortalité à Budapest pendant les années 1891-1895.

Tigerstedt (R.). Etude sur la presse médicale en Suède. In-8°, 19 p. Le Mans.

21e ANNÉE. — N° 54. Vingt centimes le numéro. 25 DÉCEMBRE 1901.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de nous adresser au plus tôt le montant de leur renouvellement.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

CORRESPONDANCE

Le dernier numéro de la *Semaine Médicale* renferme un article posthume du professeur Potain sur la *mensuration du cœur par la percussion*, où je relève la phrase suivante : « Elle a cependant trouvé des détracteurs, notamment M. le professeur Tripier (de Lyon) qui, dans son article sur la sémiologie cardiaque, soutient qu'on n'en peut obtenir que des renseignements peu précis, sauf dans les cas d'épanchement péricardique ou d'hypertrophie notable et qu'il suffit que les bords du poumon empiètent sur les vaisseaux (?) pour que ce procédé ne donne aucun résultat. »

Cette citation incompréhensible aurait pu passer pour une erreur de copie ou d'impression, si le point d'interrogation ne venait encore en souligner les défectuosités, comme si elles existaient réellement dans le texte facile à consulter.

Or, on a accolé deux membres de phrase se rapportant à des sujets différents et pris, même, à deux pages différentes. Pour le prouver et remettre les choses au point, il me suffira de rétablir le texte que j'ai écrit en collaboration avec M. Devic, dans le « Traité de pathologie générale » de Bouchard.

Après avoir résumé les travaux du professeur Potain, nous ajoutons (t. IV, p. 149) : « Dans la pratique courante on ne peut souvent obtenir que des renseignements peu précis des divers procédés de percussion, en dehors de l'épanchement péricardique abondant et de l'hypertrophie notable du cœur. »

A la page suivante où il est question de la *percussion de l'aorte*, nous disons : « Mais là encore comme à propos de la percussion du cœur, il est indispensable de savoir que toutes les dilatations aortiques ne peuvent pas se diagnostiquer par la percussion. Il suffit que les bords des poumons empiètent sur le vaisseau pour que ce procédé d'exploration ne donne aucun résultat. »

Dr TRIPIER,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Notre vénéré collaborateur n'étant plus là pour répondre, nous insérons purement et simplement la lettre de M. Tripier, non sans déclarer, toutefois, que le passage ci-dessus visé, tout comme l'article en son entier, a été reproduit exactement conforme au manuscrit écrit de la main même du professeur Potain.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Valence. — M. le docteur Jesús Bartrína y Capella est nommé professeur d'anatomie topographique.

Faculté de médecine de Zurich. — M. le docteur A. Prochaska est nommé privatdocent de médecine interne.

University of California de San Francisco. — M. le docteur Leo Newmark, lecteur, est nommé professeur de neurologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1901).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Adler (I.). Remarks on primary endothelioma of lung and pleura. (*Journ. of Med. Research*, VI, 1.) — Endothéliome primitif du poumon et de la plèvre.

Atlee (L. W.). Bronchial concretions, with the report of an original case. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Bothezat (P.). Contribution à l'étude des anomalies du foie. (*Bull. de la Soc. des méd. et des natural. de Jassy*, mars-avril.)

Gatta (R.). Sulle degenerazioni consecutive alla recisione delle radici posteriori nel midollo spinale e particolarmente sul fascio di Schultze. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 15 oct.)

Howard (W. T.). The origin of gas and gas cysts of the central nervous system. (*Journ. of Med. Research*, VI, 1.)

Pisenti (G.) et **Mandolesi** (S.). Anchilostoma e pellagra. (*Gazz. degli Osped.*, 14 juillet.)

Schultz (Th.). Pathologische Anatomie und Pathogenese der kleincystischen Follicülardegeneration der Eierstöcke. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIV, 1.) — Anatomie pathologique et pathogénie de la dégénérescence microkystique des ovaires.

Thoma (R.). Ueber atypische Formen der Capillar-Rückbildung. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 1.) — Des formes atypiques de la régression des capillaires.

Warthin (A. S.). A contribution to the normal histology and pathology of the hemolymph glands; preliminary report. (*Journ. of Med. Research*, VI, 1.)

Williamson (R. T.). On the pathological changes in a case of progressive muscular atrophy. (*Lancet*, 6 juillet.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bongiovanni (A.). Azione emolitica ed agglutinante comparativa in vivo ed in vitro. (*Riforma med.*, 3, 4 et 6 mai.)

Hobbs (J.). Néphrite expérimentale chez le cobaye par injection de sérum d'urémique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 12 mai.)

Loeb (L.). On transplantation of tumors. (*Journ. of Med. Research*, VI, 1.)

Loukachévitch (V.). Greffe des ovaires; quelques expériences sur des animaux (en russe). (*Vratch*, 21 juillet.)

Moursaïev (B.). De la réceptivité des pigeons domestiques à l'égard de la tuberculose aviaire et de la tuberculose des mammifères (en russe). (*Vratch*, 14 juillet.)

Tizzoni (G.). Recherches expérimentales sur la sérothérapie du tétanos. (*Policlinique*, 15 juillet.)

Tonzig (C.). Sul lavaggio dell'organismo nella infezione tetanica sperimentale. (*Riforma med.*, 10 mai.)

Vitzou (A. N.). Recherches expérimentales sur la sécrétion interne des reins. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Barberi (D. P.). Sur une couche spéciale sous-capsulaire hémolytique dans la rate. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Böing. Impfschutz, Impfgesetz und Impfstatistik. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 27 juillet.) — De la vaccination; statistiques [considérées au point de vue de la durée de l'immunité vaccinale].

Bordet (J.). Sur le mode d'action des sérums cytolytiques et sur l'unité de l'alexine dans un même sérum. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Burckhardt (E.). Ueber Kontinuitätsinfektion durch das Zwerchfell bei entzündlichen Processen der Pleura. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 3.) — De l'infection par continuité à travers le diaphragme dans les processus inflammatoires de la plèvre.

Castellani (A.). Ueber das Verhältnis der Agglutinine zu den Schutzkörpern. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 3.) — Des rapports entre les agglutinines et les substances protectrices.

Fletcher (H. M.). The tongue as a breeding place for bacteria. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juillet.) — La langue comme milieu favorisant la pullulation des microbes.

Levin (I.). Cell proliferation under pathological conditions with special reference to the etiology of tumors. (*Journ. of Med. Research*, VI, 1.)

Marnoch (J.). A contribution to the pathogenesis of cancer. (*Lancet*, 6 juillet.)

Parker (D. L.). The etiology of alopecia. (*Med. Record*, 13 juillet.)

Richardson (W. M.). Studies upon bacteriolysis and typhoid immunity. (*Journ. of Med. Research*, VI, 1.)

Sawjalow (W.). Das Blut bei Anämia gravis ex botriocephalo. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 20 juillet.) — L'état du sang dans l'anémie grave due à la présence du botriocéphale.

Sawtschenko et **Melkich**. Etude sur l'immunité dans la fièvre récurrente. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

Scagliosi (G.). Ueber den Sonnenstich. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 1.) — De l'insolation.

Sobotta (E.). Ueber die Dauer des Pocken-Impfschutzes. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 3 juillet.) — De la durée de l'immunité vaccinale.

Stern (H.). Osmotic pressure and its relation to uremic manifestations; a contribution to the pathogenesis of uremia and kindred affections. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 juillet.)

Stolz (A.). Ueber Gasbildung in den Gallenwegen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXV, 1.) — De la formation des gaz dans les voies biliaires.

Talasescu (A.). Rolul setei in determinarea alcoolismului. In-8°, 18 p. Bucharest. — Le rôle de la soif dans l'alcoolisme.

MÉDECINE

Battino (G.). Del cancro massivo del fegato; contributo clinico ed anatomo-patologico. (*Morgagni*, sept.)

Ewart (W.). The treatment of bronchiectasis and of chronic bronchial affections by posture and by respiratory exercises. (*Lancet*, 13 juillet.)

Moniz (G.). A terceira dentiçao no homem. (*Gaz. med. da Bahia*, sept.) — A propos d'un cas de troisième dentition.

Mossé (A.). Recherches sur la genèse de l'amélioration des diabètes sucrés soumis au régime des pommes de terre. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Pic (A.) et **Cade** (A.). Un cas de symphyse du péricarde avec tubercule isolé de l'oreillette droite. (*Rev. de méd.*, juin.)

Posner (C.) et **Zülzer** (G.). Neuere Methoden auf dem Gebiet der klinischen Harnuntersuchung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 20 juin.) — Des méthodes nouvelles d'examen clinique des urines.

Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire (année 1901). Fasc. 3. In-8°, 116 p. Tours.

Recueil des travaux de la Société de médecine du Loiret (année 1900, 2e semestre). In-8°, p. 77 à 126. Orléans.

Schrötter (H. von). Ueber eine seltene Ursache einseitiger Recurrenslähmung, zugleich ein Beitrag zur Symptomatologie und Diagnose des offenen Ductus Botalli. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 1-2.) — Sur une cause rare de paralysie unilatérale du récurrent; contribution à la symptomatologie et au diagnostic de la persistance du trou de Botal.

Strajesko (N.). Un cas d'abcès gazeux sous-diaphragmatique (en russe). (*Vratch*, 9 juin.)

Tarchetti (C.). Aspetto dei globuli rossi nell'urina. (*Gazz. degli Osped.*, 9 juin.)

Woirhaye (E.) et **Caziot** (P.). Ictère grave avec hypertrophie aiguë du foie (pathologie générale et histologie). (*Rev. de méd.*, juin.)

MALADIES INFECTIEUSES

Allbutt (T. C.). Infection by the urine in convalescence from typhoid fever. (*Brit. Med. Journ.*, 13 juillet.)

Buckley (Ch. W.). A rare form of purpura complicating diphtheria. (*Lancet*, 20 juillet.)

Cochez (A.). Un cas de fièvre typhoïde chez un Esquimau avec séro-réaction positive. (*Bull. méd. de l'Algérie*, juillet.)

Keirle (N. G.). Practical notes relative to rabies. (*Med. News*, 6 juillet.) — Considérations pratiques sur la rage.

Kermorgant (A.). Epidémie de fièvre jaune du Sénégal, du 16 avril 1900 au 28 février 1901. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, juillet-août-sept.)

Laurent. Le paludisme au campement des Mares (Cochinchine). (*Arch. de méd. navale*, juillet.)

Lo Monaco (D.) et **Panichi** (L.). Sul fenomeno dell'agglutinazione nel sangue dei malarici. (*Policlinico*, partie méd., VIII, 8.)

Markl. Weitere Untersuchungen über die Pesttoxine. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 3.)

Marsden (R. W.). Diagnosis and treatment of typhoid fever. (*Lancet*, 13 juillet.)

Mizzoni (A.). Sur un cas de béribéri. (*Marseille méd.*, 15 juillet.)

Novi (A.) et **Meruzzi** (C.). Il potere agglutinante del sangue nei malarici. (*Policlinico*, 20 juillet.)

Pismenny (N.). De la rubéole (en russe). (*Méd. Obozr.*, juillet.)

Rabinowitsch (Lydia). Die Infectiosität der Milch tuberculöser Kühe, die Sicherstellung der bakteriologischen Diagnose, sowie die praktische Bedeutung des Tuberculins für die Ausrottung der Rindertuberculose. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 3.) — Le pouvoir infectieux du lait des vaches tuberculeuses, la nécessité du diagnostic bactériologique et la valeur pratique de la tuberculine pour la lutte contre la tuberculose bovine.

Roger (H.). Etude clinique sur quelques maladies infectieuses d'après les observations recueillies à l'hôpital d'isolement de la Porte d'Aubervilliers, pendant l'année 1900. (*Rev. de méd.*, mai, juin et juillet.)

Wright (B. L.). The malaria of the tropics. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Mesnard (L.). Céphalalgie épileptique; hémiathétose à forme de paralysie agitante. (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, juillet.)

Moraczewski (W. D. von). Stoffwechsel bei Akromegalie unter der Behandlung mit Sauerstoff, Phosphor, etc. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 3-4.) — Les échanges organiques dans l'acromégalie traitée par l'oxygène, le phosphore, etc.

Neutra (W.). Beitrag zur Aetiologie der Dupuytren'schen Fingercontractur. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 sept.)

Petrén (K.). Ueber den Zusammenhang zwischen anatomisch bedingter und functioneller Gangstörung (besonders in der Form von trepidanter Abasie) im Greisenalter. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 3 et XXXIV, 2.) — Les troubles de la marche chez les vieillards.

Pilcz (A.). Die periodischen Geistesstörungen. In-8°, 210 p. Iéna. — Troubles psychiques périodiques.

Provera (C.). Contributo alla casuistica delle paralisi del plesso brachiale consecutive a lussazioni della spalla. (*Morgagni*, sept.)

Sachs (B.) et **Brooks** (H.). Progressive muscular dystrophy, with the report of an autopsy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Sano (F.). Considérations sur les noyaux moteurs médullaires innervant les muscles. (*Journ. de neurol.*, 20 juillet.)

Silvestri (T.). Due casi di contrattura isterica generalizzata. (*Policlinico*, 16 fév.)

Walker (W. K.). The recognition of early symptoms indicating dangerous forms of insanity. (*Philadelphia Med. Journ.*, 6 juillet.) — Diagnostic précoce des formes de folie rendant le malade dangereux pour lui-même ou pour autrui.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Anthony (H. G.). Relation of syphilis to blastomycetic dermatitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 juillet.)

Dockrell (M.). Lichen from a histological point of view. (*Lancet*, 20 juillet.)

Dubreuilh (W.) et **Frèche** (D.). Décollement des ongles. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 juin et 7 juillet.)

Etienne (G.). La prostitution : interventionnistes et abolitionnistes; la prostitution et l'extension de la syphilis à Nancy; les lois générales de la prostitution; prophylaxie rationnelle des maladies vénériennes. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er et 15 juin, 15 juillet, 1er et 15 août et 1er sept.)

Franceschini (G.). Le false ulceri semplici dello stomaco nella sifilide secondaria. (*Policlinico*, 9 fév.)

Glück (L.). Ueber den leprösen Initialaffect. (*Wien. med. Wochensch.*, 20 et 27 juillet et 3 août.) — De la lésion initiale de la lèpre.

Gottheil (W. S.). Adenoma sebaceum of the non-symmetrical type. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juillet.)

Heidingsfeld (M. L.). The treatment of cutaneous cancer. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 juillet.)

Hellmer (E.). Ein Beitrag zur Phototherapie des Ekzems. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, juillet.)

Johnston (J. C.). Sarcoma and the sarcoid growths of the skin. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juillet.)

Justus (J.). Die Action des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe; ein Versuch zur Lösung der Frage nach dem Wesen der specifischen Therapie. 1. Mitteilung. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 1-2.) — L'action du mercure sur les tissus syphilitiques; un essai en vue de déterminer le mécanisme intime du traitement spécifique.

Morquio (L.). Sifilis hereditaria y niños expósitos. (*Rev. méd. del Uruguay*, mai et juin.)

Porosz (M.). Ueber Epididymitis sympathica et blennorrhoica. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juillet.)

Ravogli (A.). A case of erythroderma squamosum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 juillet.)

Rosenthal (O.). Ueber Iododerma tuberosum fungoides. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 1-2.)

Saalfeld (E.). Ueber die Behandlung von Hautkrankheiten mit Kälte. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — Traitement des affections cutanées par le froid.

Startin (J.). On X rays in the treatment of lupus and rodent ulcer. (*Lancet*, 20 juillet.)

PARASITOLOGIE

Calamida (D.). Ulteriori ricerche sul veleno delle tenie; memoria preventiva (*Riforma med.*, 5 août.)

Kernig (W.) et **Ucke** (A.). Ueber Amoeben-Enteritis in St. Petersburg. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 6 et 13 juillet.)

Lyon (I. Ph.). Cancer distribution and statistics in Buffalo for the period 1880-1899, with special reference to the parasitic theory. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Messineo (G.) et **Calamida** (D.). Sul veleno delle tenie. (*Riforma med.*, 17 juillet.)

Oppenheim (M.). Ueber einen vom Pediculus pubis gebildeten Farbstoff. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LVII, 1-2.) — Sur une matière colorante produite par le morpion.

CHIRURGIE

Charier. Notes sur l'asepsie opératoire dans la pratique de la chirurgie courante en dehors des hôpitaux et des maisons de santé et plus particulièrement à la campagne. In-8°, 61 p. avec fig. Angers.

Pacinotti (G.). Contributo allo studio della rottura degli aneurismi. (*Gazz. degli Osped.*, 23 juin.)

Pantaloni (J.). Trois cas de restauration du nez dans l'acné hypertrophique. (*Arch. provinc. de chir.*, avril.)

Phocas (G.). Thérapeutique chirurgicale et chirurgie journalière. In-8°, 647 p. avec fig.

Pichevin (R.). Opérations parcimonieuses et opérations larges dans la cure du cancer du sein et du cancer utérin. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. de Paris*, mai-juin-juillet.)

Poljakoff (W.). Einige Bemerkungen über Appendicitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 juin.)

Pritchard (J. F.). Non-constrictive dressings for fractures. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 juin.)

Putnam (J.). Theoretical and practical considerations on the treatment of Jacksonian epilepsy by operation, with the report of five cases. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 et 22 juin.)

Reccas (B.). Le phimosis congénital comme cause de lithiase. (*Arch. orientales de méd. et de chir.*, juin.)

Rivet. Un cas d'anévrysme de l'iliaque primitive chez un homme de vingt-deux ans. (*Gaz. méd. de Nantes*, 15 juin.)

Robson (A. W. M.). Pancreatitis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 1er juin.)

Ruocco (F.). Frattura trasversa dell'apofisi odontoidea; emorragia interna con compressione della midolla spinale e midolla allungata seguita da morte. (*Gazz. degli Osped.*, 23 juin.)

Schachner (A.). The sterilization of suture material. (*Amer. Practitioner and News*, 1er juin.)

Schena (A.). Anestesia cocainica midollare. (*Policlinico*, 8 juin.)

Schenk (F.) et **Lichtenstern** (E.). Studien über den Keimgehalt aseptischer Wunden. (*Zeitsch. f. Heilk.*, XXII, 6.) — Recherches sur la teneur en microbes des plaies aseptiques.

Schlieben. Ueber Versuche mit Amyloform als Ersatz des Jodoforms. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 22 juin.) — L'amyloforme comme succédané de l'iodoforme.

Schloffer (H.). Zur Technik der Phimosenoperation. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 29 juin.)

Schou (J.). Om nyretuberkulose. (*Ugeskrift for Læger*, 1er nov.) — La tuberculose rénale.

Schultze (F.). Zur Technik der Exarticulation der grösseren Gelenke. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 1-2.) — Technique de la désarticulation des grosses jointures.

Silhol (J.). L'examen du sang en chirurgie et en particulier au point de vue du diagnostic. (*Rev. de chir.*, juin.)

Simoni (A.). Contributo alla cura delle vene e delle ulcere varicose. (*Policlinico*, 15 juin.)

Stierlin (R.). Zur Casuistik der Aneurysmen und des Angioma arteriale racemosum. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 1-2.)

Stubenrauch (L. von). Die Lehre von der Phosphornekrose. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 303.)

Sturmdorf (A.). On nephrorrhaphy with flap fixation. (*Med. Record*, 22 juin.) — Néphrorrhaphie à lambeau.

Taddei (D.). Ricerche sperimentali sul processo di riparazione nella legatura laterale delle vene. (*Gazz. degli Osped.*, 7 juillet.)

Tamkó (K.). Ueber Alkoholverbände. (*Pest. med.-chir. Presse*, 23 juin.) — Des pansements à l'alcool.

Tansini (I.). Nuovi strumenti per l'operazione radicale dell'ernia inguinale. (*Clinica moderna*, 17 avril.)

Tcherniakhovsky (M.). Une nouvelle modification du bandage pour fractures de la clavicule (en russe). (*Vratch*, 9 juin.)

Tonarelli (C.). Cancrena da acido fenico. (*Clinica moderna*, 12 juin.)

Toussaint (H.). Section du nerf cubital remontant à deux années; suture nerveuse; guérison rapide de l'impotence fonctionnelle de la main; retour immédiat du mouvement et de la sensibilité. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.)

Trzebicky (R.). Zur Cocainisirung des Rückenmarkes nach Bier. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 mai.)

Vulpius (O.). Einiges über die heutige Behandlung von Frakturen. (*Deutsche Praxis*, 10 et 25 juin.) — Quelques réflexions sur le traitement actuel des fractures.

Walbaum. Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 juin.) — Traitement des ulcères de jambe.

Walter (G. Th.). Bijdrage tot de casuïstiek van het kystoma epididymidis proliferum (spermatokele). (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 14 sept.)

Ward (G.). The prevention of post-operative adhesions of the peritoneum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Weber (J.). Ein weiterer Beitrag zur Casuistik der subphrenischen Abscesse. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 1-2.)

White (J. W.). The topical treatment of focal and Jacksonian epilepsy. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 juin.)

Wynkoop (E. J.). Ether as an anæsthetic. (*Med. Record*, 1er juin.)

UROLOGIE

Abrajanov (A.). 14 cas de taille sus-pubienne (en russe). (*Méd. Obozr.*, juillet.)

Bovee (J. W.). The preferable method of uretero-ureteral anastomosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 juillet.)

Ehrich (E.). Gallertkrebs der ekstrophierten Harnblase; gleichzeitig ein Beitrag zum Maydl'schen Operationsverfahren der Blasenektopie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXX, 3.) — Cancer colloïde de la vessie exstrophiée; contribution à l'étude du traitement opératoire de l'ectopie de la vessie, d'après le procédé de Maydl.

Goldberg (B.). Cystoskopische Erfahrungen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 27 juillet.) — Observations cystoscopiques.

Krasnobaïev (T.). 117 lithotrities chez des enfants (en russe). (*Méd. Obozr.*, juillet.)

Pinkuss (A.). Beitrag zur Pathologie und Therapie des Prolapses der weiblichen Urethra. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13, 20 et 27 mai.) — Pathologie et traitement du prolapsus de l'urèthre chez la femme.

Rosenstein (P.). Ein Fall von Implantation der Urethra ins Rectum. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LX, 3-4.)

Rovsing (Th.). Erfahrungen über Uretersteine. (*Monatsberichte für Urologie* VI, 7.) — Des calculs des uretères.

Schmidt (L. E.) et **Kolisher** (G.). Radiographie an sondirten Ureteren und Nieren; vorläufige Mitteilung. (*Monatsberichte für Urologie*, VI, 7.) — Radiographie des uretères et des bassinets avec introduction préalable d'un cathéter [métallique].

Squier (J. B.). Some factors relating to the etiology of prostatic enlargement. (*Med. News*, 1er juin.)

OPHTALMOLOGIE

Badal. Traitement chirurgical de la myopie; la réfraction statique avant et après l'extraction du cristallin. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 14 juillet.)

Carpenter (G.) et **Stephenson** (S.). Tuberculosis of the choroid. (*Lancet*, 20 juillet.)

Collica-Accordino (V.). I distacchi retinici incipienti. (*Policlinico*, 27 juillet.)

Le Méhauté. L'acuité visuelle des officiers de la marine de guerre et de la marine marchande; nouveau procédé pour la mesurer : amétropomètre, disque optométrique. (*Arch. de méd. navale*, oct.)

Motais. De la sclérotomie postérieure; son procédé rationnel, ses résultats, ses indications. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Piton. Campo-périmètre. (*Arch. de méd. navale*, juillet.)

Querenghi (F.). Encore du glaucome et de son opérabilité sans l'iridectomie. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Terson. Tumeurs intra-oculaires et glaucome foudroyants; erreur inévitable de diagnostic et recherche du meilleur mode d'intervention dans les cas douteux. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Whitehead (A. L.). The treatment of glaucoma by excision of the superior cervical ganglion of the sympathetic. (*Lancet*, 6 juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Jacob (L.). Placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus; hémorrhagie grave au début du travail; du traitement de ces hémorrhagies. (*Marseille méd.*, 15 juillet.)

Kelly (H. A.). A new and better method of opening and of draining the bladder in women. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.) — Un nouveau procédé perfectionné d'incision et de drainage de la vessie chez la femme.

Le Conte (R. G.). The value of Hegar's sign in differentiating pregnancy from uterine myoma. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.) — La valeur du signe d'Hegar pour le diagnostic différentiel de la grossesse d'avec les fibromes utérins.

Leube (W.). Ueber Nabelschnurversorgung der Neugeborenen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 juillet.) — Traitement du cordon ombilical chez les nouveau-nés.

Mackenrodt (A.). Die Radikaloperation des Gebärmutter-Scheidenkrebses mit Ausräumung des Beckens. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 juillet.) — La cure radicale du cancer de l'utérus et du vagin avec évidement du bassin.

Monari (U.). Modificazione alla tecnica dell'isterectomia addominale. In-8°, 48 p. avec fig. Bologne.

Orlov (V.). Des ruptures de l'utérus pendant le travail et de leur traitement (en russe). (*Vratch*, 7 juillet.)

Pérochaud. Ictère et grossesse. (*Gaz. méd. de Nantes*, 27 juillet.)

Polano (O.). Eine neue Methode der Behandlung chronischer Beckenexsudate. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 juillet.) — Un nouveau procédé de traitement des exsudats pelviens chroniques.

Pryor (W. R.). A method of operating upon intraligamentous and subperitoneal fibroids, based upon the establishment of mobility and symmetry. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Secchi (T.). A proposito d'un caso di ulcera tubercolare vulvo-vaginale. (*Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle*, 5.)

Seigneux (R. de). Ueber die Neigung der Uterusaxe am Ende der Schwangerschaft und die Kopfeinstellung. (*Beiträge z. Geburtsh. u. Gynäkol.*, IV, 3.) — De la direction de l'axe de l'utérus à la fin de la grossesse, et de l'engagement de la tête fœtale.

PÉDIATRIE

Blaker (P. S.) et **Bailey** (B.). On some cases of hæmorrhage into the skin and suprarenal capsules. (*Brit. Med. Journ.*, 13 juillet.) — Quelques cas d'hémorrhagies de la peau et des capsules surrénales.

Cerf (L.). Le stridor congénital. (*Arch. de méd. des enfants*, déc.)

Etlinger (N. von). Zur Casuistik der Haemophilie im Säuglingsalter; ein Fall von tötlicher Blutung aus dem rechten Conjunctivalsack bei einem dreiwöchentlichen Kinde. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIV, 1.) — Hémorrhagie mortelle provenant du cul-de-sac conjonctival droit chez un enfant âgé de trois semaines.

Finizio (G.). Osservazioni sulla glicosuria alimentare e ricerche sulla glicosuria e sulla carboidraturia spontanee. (*Pediatria*, juillet.)

Hagenbach-Burckhardt (E.). Ueber Sauerstoffinhalationen bei Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIV, 4.) — Les inhalations d'oxygène chez les enfants.

Hollopeter (W. C.). Treatment of the febrile stage of gastrointestinal disorders in children. (*Internation. Med. Magazine*, juillet.)

Kontovte (L.). Quelques cas de traumatismes graves de la tête chez les enfants (en russe). (*Vratch*, 21 juillet.)

Koplik (H.). Gastro-intestinal autointoxication occurring with forms of mucous colitis in children. (*Philadelphia Med. Journ.*, 27 juillet.) — Auto-intoxication gastro-intestinale évoluant, chez les enfants, sous la forme d'une colite muqueuse.

Robey (W. H.). Treatment of infantile diarrhea. (*Philadelphia Med. Journ.*, 27 juillet.)

Schiff (E.). Neuere Beiträge zur Haematologie der Neugeborenen. (*Jahrb f. Kinderheilk.*, LIV, 1 et 2.) — Nouvelles recherches hématologiques chez les nouveau nés.

Solomon (L.). Mitral regurgitation produced by the efforts at resuscitation in a partially asphyxiated newborn babe. (*Amer. Practitioner and News*, 15 juillet.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Aboulker (H.). Quelques remarques sur les signes et le diagnostic des sinusites maxillaires. (*Bull. méd. de l'Algérie*, juillet.)

Baker (L. H.). The relation of the middle turbinate body to chronic nasal diseases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juillet.) — Le cornet moyen dans ses rapports avec les affections chroniques du nez.

Braquehaye (J.). Les exostoses du conduit auditif. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, juillet.)

Dench (E. B.). The early operative treatment of acute mastoid inflammation. (*Med. News*, 6 juillet.) — Traitement opératoire précoce de la mastoïdite aiguë.

Genta (S.). Gli schiacciarori del Grazzi, nella cura meccanica della faringite granulosa. (*Clinica moderna*, 24 juillet.)

Goodale (J. L.). Acute edema of the nasal septum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juillet.)

Ingals (E. F.). Empyema of the frontal sinus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 juillet.)

Kœnig (Ch.-J.). Sur un nouveau procédé simple et pratique de rendre le massage direct de la chaîne des osselets de l'oreille au moyen de la sonde à ressort de Lucae moins douloureux et partant plus efficace. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et rhinol.*, sept.-oct.)

Payne (R. W.). Anomalies of the frontal sinus and their bearing upon chronic suppurative sinusitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 juillet.)

Pooley (Th. R.). Empyema of the frontal and ethmoidal sinuses and orbital abscess. (*Philadelphia Med. Journ.*, 6 juillet.)

Zünd-Burguet (A.). Rectification de la parole et développement des restes auditifs chez un sourd-muet. (*La Parole*, juillet.)

HYGIÈNE

Bunge (G. von). Der wachsende Zuckerconsum und seine Gefahren. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 20 juillet.) — L'accroissement de la consommation du sucre et ses dangers.

Carrière (H.). L'hygiène publique en Suisse (rapport rédigé d'après les documents du Bureau sanitaire fédéral). (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.)

Glibert. Installation hygiénique d'un atelier de vulcanisation du caoutchouc par le sulfure de carbone. In-8°, 7 p. avec fig. Bruxelles.

Klimmer (M.). Genügt unsere Milchkontrolle und wie ist dieselbe auszuführen, um den notwendigsten Ansprüchen der Hygiene Rechnung zu tragen? (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIV, 1.) — L'inspection du lait, telle qu'elle est organisée actuellement, est-elle suffisante, et comment devrait-elle être pratiquée pour répondre aux conditions indispensables de l'hygiène?

Rolland (E.). Myope et bossu par flexion de la tête pendant la lecture. In-8°, 96 p. avec fig.

Scott (A.). The danger of anthrax from the manipulation of horsehair, and its prevention. (*Brit. Med. Journ.*, 20 juillet.) — La manipulation du crin de cheval comme cause d'anthrax; prophylaxie.

Stempel (W.). Ueber die Gefahren der Gasheizungsanlagen, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Haemoglobinurie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIV, 2.) — Sur les dangers des appareils de chauffage par le gaz; contribution à l'étude de l'hémoglobinurie.

Van Voornveld (H. J. A.). Bestaat in Davos verhoogd infectiegevaar? (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 fév.) — Y a-t-il à Davos plus de danger qu'ailleurs au point de vue de l'infection?

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Baroux. Sur un mode spécial d'empoisonnement par l'acide oxalique d'origine alimentaire et par réaction chimique. (*Gaz. des hôpitaux*, 2 juillet.)

Chirokikh (M.). Quelques remarques sur un nouveau procédé de différenciation du sang humain d'avec celui des animaux (en russe). (*Vratch*, 21 juillet.)

Crétal (M.). Un cas de caféisme chronique. (*Echo méd. du Nord*, 14 juillet.)

Minovici (M.) et **Bogdan** (G.). Rupture de l'utérus pendant l'accouchement; mort de l'enfant et de la mère; responsabilité médicale; rapport médico-légal. (*Arch. d'anthropol. crim.*, juillet.)

Rossi (U.) et **Nepi** (A.). Sulla docimasia epatica; osservazioni sperimentali e cliniche. (*Riforma med.*, 31 juillet.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Anelli. Le iniezioni endovenose di cacodilato di soda nella tubercolosi polmonae; nota preventiva. (*Riforma med.*, 19 juillet.)

Cosci (C.). Il siero antidifterico usato a scopo curativo e preventivo nel Comune delle Masse di Siena. (*Atti dell'Accad. dei Fisiocritici di Siena*, 4e série, XIII, 6.)

Decref (J.). Nouvelle méthode de massage (massage humide) employée comme agent thérapeutique et comme moyen de diagnostic. In-8°, 8 p. Madrid.

Demange (J.). Injections de sérum gélatiné contre les hémorrhagies bronchiques. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet.)

Mosse (M.) et **Tautz** (K.). Untersuchungen über Berberin. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIII, 3-4.)

Pirkner (F.). Bisherige Kasuistik und Bemerkungen über den Gebrauch von Alkohol in der Behandlung von Karbolsäureätzungen und Vergiftungen. (*Deutsche Praxis*, 10 juillet.) — L'emploi de l'alcool dans le traitement des accidents dus à l'acide phénique.

Setti (G.). Sull'innocuità delle iniezioni intramuscolari di bicloruro di chinino nella terapia della malaria. (*Gazz. degli Osped.*, 14 juillet.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Ehrmann. Erfahrungen über die therapeutische Wirkung der Elektricität und der X-Strahlen. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 juillet et 3 août.)

Lagriffoul (A.) et **Denoyès** (J.). Action des courants de haute fréquence sur la tuberculose expérimentale. (*Arch. d'électricité méd.*, juillet.)

Luzenberger (A. de). L'électricité statique en médecine. (*Arch. d'électricité méd.*, juillet.)

Stenbeck (Th.) et **Bollaan** (C. W.). Traitement du cancer de la peau par les rayons X. (*Arch. d'électricité méd.*, juillet.)

BACTÉRIOLOGIE

Baldwin (E. R.) et **Levene** (P. A.). The action of proteolytic enzymes on bacterial toxines. (*Journ. of Med. Research*, VI, 1.)

Lesieur (Ch.). Les bacilles dits « pseudo-diphtériques : leur rôle en pathologie humaine; étude bactériologique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Libman (E.). On certain features of the growth of bacteria on media containing sugars and serum, with remarks upon the acid production. (*Journ. of Med. Research*, VI, 1.) — Développement des bactéries sur des milieux contenant du sucre et du sérum sanguin; production d'acides.

Mironescu (Th.). Ueber das Vorkommen von tuberkelbacillenähnlichen Bakterien in menschlichen Fäces. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXVII, 3.) — De la présence, dans les fèces humaines, de bactéries ressemblant au bacille de Koch.

Wilde (M.). Ueber das Verhalten der baktericiden Kraft des Kaninchenserums bei der Milzbrandinfection. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskrankh.*, XXXVII, 3.) — De l'état du pouvoir bactéricide du sérum de lapins infectés avec le charbon.